

Neue Weiblichkeitsbilder und ein problematischer Arzneimittelkonsum bei adolescenten Mädchen

Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
durch den Promotionsausschuss Dr. phil.
der Universität Bremen

vorgelegt von Andrea Butt-Behrmann

Bremen, den 01.03. 2004

Diese Veröffentlichung lag dem Promotionsausschuss Dr. phil der
Universität Bremen als Dissertation vor.

Erstgutachter: Prof. Dr. Stephan Quensel

Zweitgutachter: Prof. Dr. Gerd Glaeske

Das Kolloquium fand am 22.02.05 statt.

Einleitung

Vorbemerkung

Auf der Grundlage eines großen Interesses der an dieser Studie beteiligten Schüler und Schülerinnen sowie der ausgesprochen kooperativen Unterstützung seitens der beteiligten Schulleiter konnte diese Arbeit entstehen. Ihnen möchte ich an dieser Stelle meinen Dank aussprechen.

Weiterhin bedanke ich mich ganz herzlich bei meinen beiden Gutachtern Herrn Prof. Dr. Stephan Quensel und Herrn Prof. Dr. Gerd Glaeske für die freundliche und anregende Begleitung.

Mein besonderer Dank gilt auch der „Prof. Dr. Volker und Dr. Hildegard Neuhoff-Fricke-Stiftung zur Förderung von Wissenschaft und Kunst“ aus Nienburg/Weser, die die Realisierung dieser Arbeit finanziell unterstützt hat.

Ein ganz großes Dankeschön möchte ich meiner Familie aussprechen, die wesentlich dazu beigetragen hat, dieses Vorhaben trotz eines kleinen Kindes zu realisieren. Ebenso gilt dieser Dank meinen Freundinnen, hier insbesondere Dr. Andrea Hintze, die neben fachlicher Unterstützung immer ein offenes Ohr hatte.

Ich möchte diese Arbeit meinem Ehemann Roland Behrmann widmen, der mich ermunterte dieses Vorhaben anzugehen, der mir als kritischer Gesprächspartner zur Seite stand und geduldig manche Klippe mit mir nahm.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

1 **Medikamentenkonsument: Bedeutung und Funktion**

1.1	Nicht indikationsbezogener Konsum	5
1.2	Allgemeine Daten zum Arzneimittelmarkt	6
1.3	Definitionen: Drogen, Abusus, Abhängigkeit	6
1.3.1	Drogen	7
1.3.2	Missbrauch von Arzneimitteln	7
1.3.3	Abhängigkeit	7
1.3.4	Diagnose der Abhängigkeit	9
1.3.5	Diagnose des Abusus	10
1.4	Abhängigkeit und Missbrauch psychotroper Arzneimittel bei Frauen	12
1.5	Häufig konsumierte Arzneimittel	13
1.5.1	Schmerzmittel	14
1.5.2	Xanthine: Coffein und Mischanalgetika	15
1.5.3	Beruhigungs- und Schlafmittel	17
1.5.4	Grippemittel	17
1.6	Forschungsstand und Erklärungsmodelle	17
1.6.1	Arzneimittelkonsum in der empirischen Forschung	17
1.6.2	Forschungslage in der Jugendgesundheitsforschung	19
1.7	Arzneimittelkonsum und Problembewältigung	24
1.8	Problemstellung	25

2 Weibliche Identität

2.1 Weiblichkeitsbilder

2.1.1	Individualisierung und Pluralisierung	26
2.1.2	Das neue Mädchenbild und dessen Antizipation	26
2.1.3	Berufsfindung und Lebensperspektive in der weiblichen Adoleszenz	28
2.1.4	Psychologische Ansätze zur Konstruktion von Weiblichkeit	30
2.1.5	Weibliche Adoleszenz	
2.1.5.1	Definitionen: Pubertät und Adoleszenz	31
2.1.5.2	Zur kulturellen Genese der Adoleszenz	32
2.1.5.3	Weiblichkeitszwang und Omnipotenz	34
2.1.5.4	Mädchen als Subjekte des Geschlechterverhältnisses	35
2.1.5.5	Geschlecht und Sexualisierung in der weiblichen Pubertät	36

2.2 Identitätsfindung bei Mädchen

2.2.1	Identitätskonzepte	38
2.2.2	Beziehungssackgasse	39
2.2.3	Stress- und Bewältigungstheorien	39
2.2.4	Kognitiv - transaktionale Stresstheorie nach Lazarus	40
2.2.5	Ursachenorientiert - strukturfunktionalistische Stresstheorie nach Pearlin und deren Verknüpfung mit der Theorie von Lazarus	41
2.2.6	Das Identitätskonzept nach Marcia	43
2.2.7	Scheitern und Gelingen im Identitätsprozess	44
2.2.8	Identitätsdiffusion als gelungener Identitätsstatus?	45
2.2.9	Normativität und Normalität	46
2.2.10	Statusunsicherheit bei Mädchen	46

3 Methodik und Durchführung

3.1	Deskription des Feldes	49
3.2	Qualitative Methode	49
3.2.1	Forschungsfragen	50
3.2.2	Durchführung	52

3.3	Triangulation	52
3.4	Zugrunde gelegter Forschungsansatz	53
3.4.1	Das problemzentrierte Interview	54
3.4.2	Leitfaden	55
3.4.3	Auswertung und Interpretation der Interviews	55
3.5	Quantitativer Erhebungsteil	
3.5.1	Erfassung des lebensweltlichen Kontextes der Mädchen	58
3.5.2	Allgemeine Vorlaufphase	59
3.5.3	Altersverteilung der befragten Jugendlichen	59
3.5.4	Zur Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse	60
3.5.5	Auswertung der quantitativ erhobenen Daten	60
4	Qualitative Datenauswertung	
4.1	Menstruation: Chance oder Blockade einer selbstbestimmten Weiblichkeit	61
4.1.1	Sexualität und Menstruation	62
4.1.2	Mutterbeziehung und Menstruation	63
4.1.3	Mutterbild und Weiblichkeit	65
4.1.4	Menstruation und die Bedeutung von Beziehungen	66
4.2	Vorstellung der befragten Mädchen	68
	Tabelle: I - XI	
4.3	Auswertung der Interviews zum Thema Menstruation	89
4.3.1	Die erste Menstruation	89
4.3.2	Retrospektive Reaktion der Mutter/Eltern	71
4.3.3	Menstruationserleben der Mutter	73
4.3.4	Menstruation als Initiationsmoment	74
4.3.5	Einstellung der Mädchen zur Menstruation	75
4.3.6	Menstruationsbeschwerden	75
4.3.7	Was verbinden die Mädchen mit Menstruation?	76
4.3.8	Menstruation und Medikamente	76
4.3.9	Menstruation als Krankheitserleben	77

4.4	Annäherung statt Trennung	80
4.4.1	Offenheit in der Kommunikation	81
4.4.2	Familiäre Kommunikation zum Thema Sexualität	82
4.4.3	Elterliche Zuwendungsmuster	83
4.4.4	Zugeschriebene Rollenverteilung	84
4.5	Konfliktbewältigung	85
4.5.1	Umgang mit Problemen	87
4.5.2	Umgang mit Gewalterfahrung	89
4.5.3	Verarbeitung von Statusunsicherheiten im weiblichen Selbstkonzept	90
4.6	Krankheit als Konfliktbewältigung	
4.6.1	Die gegenwärtige gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen	94
4.6.2	Das sozialpsychologische Verständnis von Krankheit	98
4.7	Ergebnisse der Interviewauswertung	100
4.7.1	Funktionen von Krankheit	100
4.7.2	Bedeutung der Elternbeziehung für die Funktion Krankheit	104
4.8	Arzneimittelkonsum	105
4.8.1	Einnahmeverhalten	106
4.8.2	Funktionen von Arzneimitteln	107
4.8.3	Arzneimittel „Pille“	115

5 Quantitative Datenauswertung

5.1	Schulverhalten	118
5.1.1	Klassenwiederholungen	118
5.1.2	Schulversäumnisse	119
5.2	Drogenkonsum	121
5.3	Gesundheitliche Situation	
5.3.1	Gesundheitseinschätzung	123
5.3.2	Beschwerdehäufigkeit	124

5.4	Faktorenanalyse	125
5.5	Medikamentenkonsum	128
5.5.1	Medikamentenkonsum gegen bestimmte Beschwerden in den letzten vier Wochen	129
5.5.2	Mehrfacheinnahme von Präparaten	133
5.5.3	Bezug und Beratung von Arzneimitteln	133
5.6	Darstellung verwendeter Skalen	135
5.6.1	Arzneimittel-Skalen	135
5.7	Einfluss der Variablen Stimmung, depressive Verstimmung und Geselligkeit auf den ermittelten Arzneimittelkonsum	
5.7.1	Varianzanalytische Befunde	139
5.7.2	Einfluss des Faktors Stimmung auf den Arzneimittelkonsum	139
5.7.3	Einfluss des Faktors ‚Depressive Verstimmung‘ auf den ermittelten Arzneimittelkonsum	142
5.7.4	Einfluss des Faktors ‚Geselligkeit‘ auf den ermittelten Arzneimittelkonsum	146
5.8	Interkorrelationen der Skalen	152
5.8.1	Variable ‚Geselligkeit‘	153
5.8.2	Variable: ‚Depression‘	155
5.8.3	Variable: ‚Leistungseinschätzung‘	156
5.9	Clusteranalyse	
5.9.1	Verwendete Skalen für die Clusteranalyse	157
5.9.2	Clusteranalyse	157
5.10	Einige Charakteristika der vier Clustergruppen: Schulverhalten, Familiäre Beziehung, gesundheitliche Situation, Drogenkonsum	
5.10.1	Schulverhalten	160
5.10.2	Schulverhalten in den Clustergruppen	161
5.10.3	Schulzweigspezifische Auswertung des Schulverhaltens	162
5.10.4	Schulisches Fehlen und Medikamente	164
5.10.5	Schulleistungsbezogene Belastungen und Arzneimittelkonsum	165
5.10.6	Schulischer Misserfolg und die Rolle der Eltern	167
5.10.7	Versagensereignisse in den vier Clustergruppen	169
5.11	Soziale Beziehung	170

5.11.1	Zusammenhang zwischen Clustergruppen und Elternbeziehung	.....	172
5.12	Gesundheitliche Situation der vier Clustergruppen	.....	174
5.12.1	Gesundheitseinschätzung der Clustergruppen	.....	175
5.12.2	Beschwerdehäufigkeit in Verbindung mit Arzneimittelkonsum	.....	176
5.12.3	Menstruation	.....	178
5.12.4	Gesellschaftliche Funktion von Krankheit	.....	180
5.12.5	Krankheitssituation	.....	180
5.12.6	Zuwendung und Fürsorge in der Krankheit	.....	182
5.13	Drogen	.....	183
5.13.1	Schulzweigspezifischer Alkoholkonsum der vier Clustergruppen	.....	184
5.13.2	Rauchen	.....	186
5.13.3	Zusammenhang von Rauchen und Arzneimittelkonsum	.....	187
5.13.4	Zusammenfassung	.....	189
5.14	Gesamtresümee	.....	190

6 Triangulation: Versuch einer Typologie

6.1	Cluster ‚Normalgruppe‘	.....	198
6.2	Cluster ‚Depressive‘	.....	201
6.3	Cluster ‚Depr.-Med.-Gruppe‘	.....	202
6.4	Cluster ‚Leistungs-Med.-Gruppe‘	.....	205
6.4.1	Weiblichkeitskonflikt	.....	207
7	Zusammenfassung	.....	210
	Anmerkungen	.....	220

Literatur

Einleitung

Junge Frauen von heute sind selbstbewusst, ungezwungen, frei, ehrgeizig, realistisch und sexy. Sie zeigen sich entsprechend neuester Untersuchungen (Shell, 2002) auf dem Bildungssektor sogar schon zielstrebig und erfolgreicher als Jungen. Mädchen und junge Frauen im Alter von 12 – 25 Jahren machen die traditionelle geschlechtsspezifische Benachteiligung mit einer bisher nicht gekannten Zielstrebigkeit wett. In der Öffentlichkeit treten sie selbstsicher und deutlich sexualisiert auf. Neben ihrem Durchsetzungswillen entwickeln sie neue Ideale und Utopien für einen emanzipatorischen Zukunftsentwurf. Sie passen sich fast nahtlos in ein durch die Medien konstruiertes, neues und progressives Weiblichkeitsbild ein.

Also, alles klar, Ziel erreicht, Emanzipation abgeschlossen?

Gäbe es da nicht die zweite Seite der Medaille:

Die gesundheitliche Situation von adolescenten Mädchen muss zunehmend als sehr bedenklich eingeschätzt werden. Mädchen zeigen sich in der Pubertät deutlich unzufriedener mit ihrem Gesundheitszustand als Jungen. Sie klagen deutlich häufiger über gesundheitliche Beschwerden und psychosomatische Störungen, die schon in diesem Alter dem frauenspezifischen Beschwerdebereich zugeordnet werden können: Kopfschmerzen, Benommenheit, Schwindelgefühle, Unruhe, Nervosität und Schlafstörungen. Zwangs- und Angstsyndrome und Phobien sind bei adolescenten Mädchen sehr ausgeprägt (Vogt, 1985; 137/ vgl. auch Seiffge-Krenke, 1995; 193). Sie zeigen ab der Pubertät deutliche Auffälligkeiten in den Bereichen depressive Verstimmung, Essstörungen, Anorexia nervosa und Bulimie. Vogt erkennt eine beträchtliche Ähnlichkeit zwischen den Beschwerdebildern der 14 bis 19jährigen und der im Durchschnitt 30 Jahre älteren Frauen. Das Lebensgefühl ist in beiden Frauengruppen bei einem Großteil von Angst, Schmerz und Unruhe bestimmt.

Der Schritt in die Pubertät gestaltet sich für Mädchen entsprechend dieser Ergebnisse „gesundheitsgefährdend“. Neben einem gehäuften Beschwerdeaufkommen in dieser Lebensphase konnten Studien in den letzten Jahren belegen, dass auch der Arzneimittelkonsum bei Mädchen ab dem 14. Lebensjahr bedenklich zunimmt. Neben Psychopharmaka (Vogt, 1985; 212) konsumieren Mädchen vermehrt Schmerz- und Menstruationsmittel, Laxantien und Appetitzügler. Arzneimittel zeigen neben einer therapeutischen Wirksamkeit ein zum Teil ausgeprägtes Missbrauchspotential und können aufgrund unerwünschter Wirkungen die Gesundheit der Konsumentinnen nachhaltig negativ beeinflussen.

Hier zeigen sich zwei Seiten einer Medaille, die nicht so recht zusammenpassen wollen. Die Diskrepanz zwischen dem äußeren und dem inneren Bild der Mädchen motivierte mich der Frage nachzugehen, ob nicht in dem neuen, fortschrittlich ausgerichteten Weiblichkeitsbild wieder, dem traditionellen vergleichbar, Weiblichkeitszwänge enthalten sind, die Mädchen in ihren Entwicklungsaufgaben überfordern und darüber hinaus zu problematischen Bewältigungsformen führen, die sich hier speziell im erhöhten und möglicherweise missbräuchlichen (nicht indikationsbezogenen) Arzneimittelkonsum ausdrücken.

„Die Frauen von heute haben ja nicht mal einen Namen: Wie soll das auch heißen ‚Muka‘, für Mutter und Karrierefrau“ (Rheingold, 1998;13).

Das neue Mädchen- und Frauenbild findet sich in der Werbung und auch in den Vorabend-Soaps wieder. Es entwirft ein freies und selbstbewusstes Leben, das grenzenlose Möglichkeiten in Aussicht stellt. Neben diesen Freiheiten schafft es

vermutlich neue Regeln und Forderungen, die nicht von den Mädchen selbst gewählt wurden, sondern sie normativ erneut unter Druck setzen.

Mädchen befinden sich heute in einem Spannungsfeld zwischen traditioneller Erziehung, wie sie ihnen von ihrer Mutter ganz oder teilweise vorgelebt und z. T. gesellschaftlich vermittelt wird, und der Vorstellung einer modernen, aktiven und unabhängigen Frau, die sich gleichzeitig karriere- und familienorientiert zeigt. Frauen, die sich heute für eine Familie entscheiden, können nur unter Schwierigkeiten eine berufliche Karriere aufbauen. Eine Orientierung, die nach wie vor am traditionellen Rollenbild ausgerichtet ist, stellt für junge Frauen gerade vor dem Hintergrund sozioökonomischer Notwendigkeiten (z.B. hoher Scheidungsraten) eine besondere Problematik dar.

In der gegenwärtigen gesellschaftlichen Realität werden Frauen mit einer Vielzahl von unterschiedlichen gleichberechtigt nebeneinander stehenden Rollenbildern konfrontiert: Mutter, Karrierefrau, Intellektuelle, Femme fatale. Auffällig ist nicht etwa die bloße Existenz dieser Bilder-Vielfalt, sondern die fehlende Festlegung auf eines dieser Bilder. So entsteht schließlich der Druck, allen Bildern auf gleicher Weise gerecht werden zu müssen.

Für die Anforderungen des neuen Mädchenbildes zeigen sich ähnliche Anforderungen, die sich teilweise widersprechen und andererseits höchsten Ansprüchen genügen müssen. Dabei werden gleich mehrere Lebensbereiche einbezogen. Weiblichkeit ist gesellschaftlich immer noch weniger durch ein eigenes sexuelles Begehren der Mädchen bestimmt, denn auf männliches Begehrtwerden und Attraktivsein für das andere Geschlecht. Die deutliche Sexualisierung der heutigen Mädchen könnte leicht über diese Tatsache hinwegtäuschen, aber im körperlichen Bereich werden bestimmte Schönheits- und Schlankkeitsideale aufgerichtet, die die Mädchen und jungen Frauen wieder neuen Körperdiktaten unterwerfen.

Ein weiteres Problemfeld auf dem sich Jugendliche zurechtfinden müssen, ist das des individuellen Aufwachsens: diese gesellschaftliche Entwicklung deutet auf ein weiteres Spannungsfeld jugendlicher Identitätsbildung hin, das dadurch gekennzeichnet ist, dass den Jugendlichen einerseits mehr Freiheiten und größere Handlungsspielräume eröffnet werden, andererseits die Entwicklung einer Identität sich zunehmend von gewohnten sozio-strukturellen Bezügen und Bindungen löst und damit neben den neuen Freiheiten auch ein Mehr an Verantwortung und Risiko für den einzelnen Jugendlichen mit sich bringt (Nordlohne, 1992; 27).

Insofern zeigt sich gerade für Mädchen, dass sie das traditionelle Weiblichkeitsbild nicht übernehmen können, sondern sich veränderten Anforderungen ausgesetzt sehen. Sie entscheiden im Rahmen subjektiver Handlungsmuster über Gelingen oder Scheitern im Identitätsbildungsprozess. Dieser Prozess der Individualisierung setzt Jugendliche einem starken Druck aus, weil sie berufliches oder persönliches Scheitern nicht gesellschaftlich determiniert betrachten können, sondern es als persönliches Versagen interpretieren. Eine Vielzahl sozioökonomischer Gegebenheiten erschweren die Durchsetzung der oben beschriebenen Anforderungen. Der Arbeitsmarkt ist nach wie vor an der männlichen Normalbiographie ausgerichtet. Eine Frau, die neben der Familie eine berufliche Karriere anstrebt, sieht sich einer Vielzahl von Schwierigkeiten

gegenüber, obwohl sie gesellschaftlich vermittelt bekommt, dass alles möglich sei. Damit befindet sie sich zwischen resignativer Selbsteinschätzung und einer Orientierungslosigkeit, die in einer problemlosen Selbstdarstellung mündet.

Auf diese schwierige gesellschaftliche wie ökonomische Situation treffen Mädchen in einer Phase des persönlichen Umbruchs. Mädchen, die sich in ihrem Identitätsfindungsprozess – anders als Jungen - nicht von ihrer Mutter ablösen müssen, können sich voll und ganz mit ihr identifizieren. Weibliche Identität beruht auf Bindung und Beziehungen und nicht auf Trennung (Brown/ Gilligan, 1997). Während die Mädchen eine zum größten Teil dem Mutterbild ähnliche Identität entwickeln, bekommen sie durch die Schule, die Medien und teilweise durch die Mütter selbst, Impulse, den Lebensentwurf ihrer Mütter nicht zu übernehmen. Um in zumeist männlich geprägten Berufen erfolgreich sein zu können, müssen Mädchen autonom werden, und insofern sind sie gezwungen, einen wichtigen Bestandteil ihrer Identität aufgeben oder leugnen zu müssen, nämlich den Kernpunkt ihrer Identität: die Bindungs- und Beziehungsorientiertheit.

Zu vermuten ist, dass die Töchter, die von ihren Müttern nicht ausgelebt und in unserer männlich dominierten Berufswelt so deutlich hervortretenden Autonomiebestrebungen als Persönlichkeitsbestandteil annehmen müssen, wenn sie erfolgreich sein wollen. Diese Lebensform entspricht aber eher nicht ihrer weiblichen Identität und führt sie möglicherweise darüber in psychische Konflikte.

Hier ist zu vermuten, dass Schönheit und Körpermanipulation einen breiten Raum in der persönlichen Entwicklung der Mädchen einnehmen, weil sie darüber einen vermeintlichen Sinn und eine Orientierung erfahren. Dass aber ein solcher Sinn, der medial konstruiert wird, für die meisten Mädchen in Frustration enden muss, ist angesichts der oft unnatürlichen, weil perfektionistischen Darstellung junger Frauen offensichtlich.

Der hier angedeutete Individualisierungstrend könnte bei den Mädchen zu psychischen wie physischen Konflikten führen und einen erhöhten Arzneimittelkonsum zur Folge haben.

Das Interesse dieser Arbeit ist die Analyse gesellschaftlicher und intrapsychischer Faktoren, die einen missbräuchlichen Arzneimittelkonsum bei adolescenten Mädchen begünstigen. Erkenntnisleitend werden dabei die Stress- und Bewältigungstheorien von Lazarus und Pearlin sein, die einerseits die subjektiven und andererseits die gesellschaftlichen Determinanten für die Entwicklung von Stress- und Bewältigungsmechanismen verdeutlichen. Gerade im Hinblick auf die Frage nach dem Gelingen und Scheitern im Bewältigungsprozess der Adoleszenz erscheint es sinnvoll, die besondere Entwicklungsphase der Mädchen im Übergang vom Kind zur Frau genauer zu betrachten. Dabei ist der Zusammenhang der Stresstheorien mit einem Identitätskonzept, hier unter Hinzuziehung der Theorie von Marcia, sehr hilfreich.

Aufgrund des zweidimensionalen Forschungsinhalts möchte ich mich einer kombinierten Erhebungsmethode, der Triangulation bedienen. Dieses methodische Vorgehen ermöglicht aufgrund der unterschiedlichen methodologischen

Vorgehensweisen die Widersprüchlichkeiten der individuellen und gesellschaftlichen Lebensbedingungen der Mädchen näher ins Blickfeld zu rücken.

Ich werde mich im ersten Kapitel der Bedeutung und der Funktion des Arzneimittelkonsums zuwenden. Das zweite Kapitel wird sich mit theoretischen Überlegungen zur weiblichen Identitätsfindung beschäftigen, unter besonderer Berücksichtigung der neuen Weiblichkeitsbilder. Im dritten Kapitel wird die gewählte Methode vorgestellt und die Durchführung der Studie erläutert. Die Kapitel vier und fünf enthalten die empirischen Auswertungen der quantitativen und qualitativen Erhebungen. Auf der Grundlage der empirischen Ergebnisse wird in Kapitel sechs der Versuch einer Typologie unternommen. Die herausgearbeiteten Typen können Auskunft über spezifische Bewertungs- und Bewältigungsformen entwicklungsbedingter Anforderungen und Konflikten von adolescenten Mädchen geben.

Kapitel sieben wird dann die Zusammenfassung der ermittelten Ergebnisse auf der Grundlage der vier formulierten Forschungsfragen darstellen und auf der Basis der Haupthypothese diskutieren.

1 Arzneimittelkonsum: Bedeutung und Funktion

1.1 Nicht indikationsbezogener Konsum

Arzneimittel stellen eine wirkungsvolle und in vielen Fällen unverzichtbare Hilfe bei Krankheit und Schmerz dar. In der Regel sind Arzneimittel Stoffe oder Stoffzusammensetzungen, die angewendet werden, um krankhafte körperliche und/oder geistig-seelische Zustände am Menschen zu beeinflussen. Sie sind insofern auch als spezifische Form von Drogen zu bezeichnen, weil sie aufgrund ihrer chemischen und/oder pflanzlichen Zusammensetzung Strukturen oder Funktionen im menschlichen Organismus verändern können (Nordlohne, 1992; 50/ Glaeske/ Günter/ Keller, 1997; 53). Sie können einen positiven Nutzen bewirken, aber auch Schaden auslösen, wenn sie nicht indikationsbezogen konsumiert werden.

Die Gesamtzahl von arzneimittelabhängigen Menschen in Deutschland wird auf 1,4 - 1,5 Millionen geschätzt. Abhängigkeit bedeutet in dem von der WHO definierten Sinne, dass Medikamente dauerhaft, in zu hoher Dosierung und nicht indikationsbezogen angewendet werden, d. h. Patienten und Patientinnen greifen von sich aus und ohne ärztliche Anweisung dazu. Basis für diese Art der dauerhaften Medikation kann eine Gewöhnung an angenehme Wirkungen des Mittels (z. B. stark wirksame Analgetika, Benzodiazepine) und/oder eine Vermeidung von körperlichen oder psychischen Entzugssymptomen bei Unterbrechung der Medikation (z. B. Morphin, Amphetamine, Benzodiazepine) sein. In diesem Sinne bedeutet also „Medikamentenabhängigkeit, die medizinisch nicht indizierte chronische Gabe von Arzneimitteln, die substanz- und wirkungsbezogen süchtig machen.“ (Remien, 1994; 6).

Eine weitere Form des nicht indikationsbezogenen und damit nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs von Arzneimitteln ist ihre „chronische Falschanwendung“ (ebd.). Hier ist zwischen einer im wesentlichen durch Ärzte und Ärztinnen induzierte Falschanwendung und einem Arzneimittelmissbrauch durch den Patienten/die Patientin selbst zu unterscheiden. Die Falschanwendung ist in diesem Fall nicht von der Art des Arzneimittels abhängig, sondern von der Fähigkeit des Arztes oder des Patienten oder der Patientin eine angemessene Therapie zu betreiben.

Das größte Problem allerdings ist die missbräuchliche Anwendung von Arzneimitteln, die zu Sucht und Abhängigkeit führen kann. Die Wirkstoffe solcher Mittel haben die Eigenschaft, dass sie zunächst eine therapeutisch erwünschte Wirkung – eine schmerzlindernde beispielsweise – hervorrufen, dass jedoch bei andauernder Einnahme dieser Effekt abnimmt. Nach dem Absetzen des Präparats können dann wirkstoffspezifische Entzugserscheinungen auftreten. Diese sind nur durch die erneute Gabe des Wirkstoffes zu unterdrücken, was wiederum zur Folge hat, dass das Arzneimittel nur noch um seiner selbst willen und nicht mehr zur Schmerzlinderung gebraucht wird.

Das Abhängigkeitspotential therapeutisch verwendeter Stoffe ist sehr unterschiedlich. Eine Abschätzung der Gefährdung bei Arzneimitteln mit psychischer Wirkung ist oft

schwierig, und wenn Erkenntnisse vorliegen, werden sie z. T. unterdrückt, um den Umsatz und Absatz nicht zu gefährden, wie beispielsweise bei den heute häufig gebrauchten Psychopharmaka aus der Gruppe der Benzodiazepine (in Tranquilanzien, Hypnotika und Muskelrelaxantien). Etwa 6 – 8% aller häufig verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Suchtpotential, das im Hinblick auf die Dauer, die Dosierung und die Indikation sorgfältig berücksichtigt werden sollte. Nach Schätzungen aus Untersuchungen des Ordnungsverhaltens niedergelassener Ärzte und Ärztinnen werden 1/3 dieser Mittel nicht wegen akut medizinischer Probleme, sondern langfristig zur Suchtunterhaltung und zur Vermeidung von Entzugserscheinungen verordnet (Glaeske 2003; 65).

1.2 Allgemeine Daten zum Arzneimittelmarkt

Im Jahre 2001 wurden in der Bundesrepublik Deutschland 1,6 Milliarden Arzneimittelpackungen verkauft, das entspricht etwa 4,5 Millionen Packungen pro Tag, davon etwa 41% ohne Rezept im Rahmen der Selbstmedikation. Auf den einzelnen Einwohner umgelegt, ergibt dies einen Verbrauch von rund 20 Packungen im Jahr, umgerechnet etwa 1250 Pillen, Kapseln oder andere Dosierungen. Der Gesamtumsatz betrug etwa 30,7 Mrd. €, davon entfielen 4,3 Mrd. € auf den Bereich der Selbstmedikation. Den größten Einzelmarkt stellt die gesetzliche Krankenversicherung dar. Hier wurden 23,5 Mrd. € für rund 750 Mio. Verordnungen ausgegeben. Wie oben erwähnt besitzen 6 – 8% aller verordneten Arzneimittel ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential, darunter vor allem die Schlaf- und Beruhigungsmittel mit Wirkstoffen aus der Familie der Benzodiazepine. Aber auch Mittel mit Codein (z. B. Husten-, Schmerz- und Migränemittel) gehören in die Gruppe der missbräuchlich angewendeten Mittel (Glaeske, ZPH-Info, 2003; 1).

In den letzten Jahren ist zwar ein Rückgang der Benzodiazepinverordnungen zu verzeichnen, sie reichen aber immer noch aus, um die etwa 1,1 Millionen Abhängigen mit diesen Arzneimitteln zu versorgen (7).

Neben dieser Art von Verordnungen sind ebenfalls die Analgetika, hier insbesondere die Kombinationspräparate mit Coffein zu nennen, die ein eigenes Missbrauchspotential haben können. Von den oben erwähnten 1,6 Mrd. verkauften Arzneimittelpackungen entfielen 155 Mio. Packungen - etwa 10% der Gesamtmenge – auf Schmerzmittel. Nur etwa 40 Mio. Packungen (27%) werden verordnet, der Rest wurde ohne Rezept in der Apotheke verkauft.

Da hinlänglich bekannt ist, dass gerade Schmerzmittel häufig missbräuchlich angewendet werden, verweist Glaeske mit Recht darauf, dass gerade diesem Bereich besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte.

Der übermäßige und langfristige Konsum von Schmerzmitteln kann zu Schäden an Magen, Leber und Nieren führen. Schätzungen gehen davon aus, dass 5 –10% aller 55.000 Fälle von schwerer Nierenschädigung auf die übermäßige Einnahme von Analgetika zurückzuführen ist. Die verkauften Mengen dieser Art Schmerzmittel gehen nach Angaben von Glaeske beständig zurück, was seiner Meinung nach ein Resultat der kritischen Öffentlichkeitsarbeit gegen solche coffeinhaltigen Mittel ist (ebd.).

Die in der vorliegenden Untersuchung herausgearbeiteten Werte über die Höhe und die Art der konsumierten Arzneimittel, lassen auch bei den hier befragten Mädchen und Jungen auf missbräuchliche Konsummuster schließen.

Die Analgetika stellen die größte Gruppe der konsumierten Arzneimittel gerade bei den weiblichen Befragten dar. Es werden Mittel gegen Kopfschmerzen (Mädchen 18,8%, Jungen 4%), allgemeine Schmerzmittel (Mädchen 19,4%, Jungen 1,6%) und Mittel gegen Menstruationsbeschwerden (16,2%) genannt. Diese Mittel wurden von den Jugendlichen in den letzten 6 Monaten vor der Befragung täglich, aber mindestens 1 – 2 mal die Woche eingenommen. Die Jungen weisen deutlich geringere Werte auf.

1.3 Definitionen: Drogen, Abusus, Abhängigkeit

Bevor ich mich dem speziellen Phänomen des Arzneimittelmissbrauchs von Mädchen zuwende, erscheint es sinnvoll, eine Begriffbestimmung vorzunehmen, auch wenn wir im alltäglichen Sprachgebrauch die unterschiedlichen Begriffe wie Missbrauch, Sucht und Abhängigkeit oft synonym gebrauchen. Sie beschreiben jedoch unterschiedliche Zustände und Stadien des Drogen- bzw. Arzneimittelkonsums.

1.3.1 Drogen

In der Botanik und in der Pharmazie werden noch heute getrocknete Pflanzenteile, die in Form von Tees, Aufgüssen oder zur Inhalation genutzt werden, als ‚Drogen‘ bezeichnet.

Umgangssprachlich sind mit Drogen meistens Stoffe gemeint, die eine Abhängigkeit hervorrufen können, vor allem die illegalen Suchtstoffe wie Heroin, Haschisch, Marihuana und Kokain.

Insgesamt handelt es sich um Substanzen, die den „Stoffwechsel des Zentralnervensystems“ (Glaeske/ Günther/ Keller, 1997; 53) beeinflussen und damit das Bewusstsein und die Wahrnehmung der Realität verändern. In welcher Zeit Abhängigkeitserscheinungen eintreten, hängt vom Wirkstoff, der Anwendungsweise, der Dosis und der Einnahmedauer ab.

1.3.2 Missbrauch von Arzneimitteln

Missbrauch pharmakologischer Substanzen liegt dann vor, wenn der Gebrauch dieser Substanzen von ihrer ursprünglichen Bestimmung abweicht. Ein „bestimmungsgemäßer Gebrauch“ (Glaeske/ Günther/ Keller, 1997; 53) bedeutet, die Arzneimittel werden im Rahmen des medizinischen Anwendungsgebietes (Indikation) eingenommen, für das sie zugelassen sind.

So ist die Einnahme von Opiaten (Morphin) zur Schmerzbehandlung von Menschen mit Krebserkrankungen keine missbräuchliche Anwendung, wohl aber die Anwendung, um depressive Stimmungen zu dämpfen oder euphorische Zustände zu erzeugen.

Missbrauch ist nicht gleichzusetzen mit Abhängigkeit, sie stellt aber häufig eine Vorstufe dazu dar. So werden z.B. Abführmittel und Appetithemmer indikationsunabhängig eingenommen, weil der Irrglaube vorherrscht, diese Mittel erleichterten das Abnehmen, oder Aufputschmittel, die eine vermeintliche Leistungssteigerung versprechen.

Der Übergang vom wiederholten Missbrauch zur Abhängigkeit kann fließend sein (54).

1.3.3 Abhängigkeit

Hier muss zwischen der psychischen und der physischen Abhängigkeit unterschieden werden.

Psychische Abhängigkeit bezeichnet das Verlangen, den Effekt des Suchtstoffs erneut zu erleben und den Konsum fortzusetzen. Angestrebt wird ein Zustand seelischer Zufriedenheit, der durch die Droge hervorgerufen wird. Die Stärke des Verlangens ist neben den sozialen Faktoren von den spezifischen Substanzeigenschaften abhängig. Eine psychische Abhängigkeit entwickelt sich leicht bei Stoffen, die eine euphorisierende Wirkung entfalten und dadurch angenehme Gefühle hervorrufen. Der Wunsch, diese Gefühlssituation immer wieder erleben zu wollen, führt zur ständigen Einnahme der Substanzen. Eine solche psychische Abhängigkeit kann sich schnell entwickeln, beispielsweise bei den Stoffen Heroin und Kokain, aber bei der Mehrzahl der Suchtstoffe ist der Entstehungszeitraum länger; bei Nikotin bedarf es des jahrelangen Konsums, bis eine psychische Abhängigkeit feststellbar wird. Die Unterschiede resultieren aus dem jeweiligen Stoff und seiner Verarbeitung im Körper. So macht ein Stoff um so eher abhängig, je rascher er wirkt, weil der Zusammenhang zwischen Einnahme und Wirkung deutlich und positiv erfahren wird. Das Abhängigkeitspotential von injizierbaren Stoffen ist daher höher als das von Substanzen in Tablettenform (Poser/ Poser, 1996; 19/ Glaeske/ Günther/ Keller, 1997).

Die psychische Abhängigkeit ist der Motor jeder süchtigen Entwicklung, sie ist aber von außen oft nur schwer zu beobachten, allenfalls sind ihre Auswirkungen sichtbar, z. B. als „drug seeking behaviour“, ein auf Erlangung des Suchtstoffes hin gerichtetes Verhalten. Deswegen spielt die psychische Abhängigkeit für die Diagnostik eine eher untergeordnete Rolle. Poser/ Poser haben eine Reihe feststellbarer Verhaltensauffälligkeiten, die als Folge der psychischen Abhängigkeit anzusehen sind, zusammengestellt:

Formen von Arzneimitteln ohne medizinische Indikation

- Vorspielen von Krankheitssymptomen, um die gewünschten Arzneimittel zu erhalten
- Einrichtung der Lebensplanung auf die Medikamenteneinnahme, z. B. durch Vorratshaltung
- Arzneimittelbeschaffung über Dritte
- Lügen mit dem Ziel der Arzneimittelbeschaffung, z. B. in Notdiensten oder gegenüber Praxisvertretern
- permanentes Jammern nach suchstoffhaltigen Arzneimitteln
- Androhen von Suizid oder Gewalt im Fall des Nichterhalts des Arzneimittels
- kriminelle Aktivitäten zur Beschaffung der Arzneimittel, z. B. Rezeptdiebstähle oder -fälschungen, Arzneimitteldiebstähle, Praxis- oder Apothekeneinbrüche
- Injizieren von zur Einnahme vorgesehenen Lösungen
- Selbstherstellen von Injektionslösungen oder –suspensionen aus Tabletten oder Kapseln. Dadurch wird eine raschere Anflutung des Suchtstoffes im Zentralnervensystem beabsichtigt, um eine intensive Wirkung (Kick, Flash) zu erreichen. Nach Aussage von Meshikes und Duthie (1991 nach Poser/ Poser, 1996; 21) konnte dieses Verhalten insbesondere bei Opioiden und Benzodiazepinen beobachtet werden. In der deutschen Drogenszene werden Rohypnol-Tabletten (flu-

nitrazepamhaltige Schlaftabletten) in gelöster Form injiziert. Diese Form missbräuchlicher Verwendung oraler Mittel geht mit einem hohen Risiko von Infektionen, Gewebsschädigungen und Embolien einher (ebd.).

Die **physische Abhängigkeit** lässt sich nur durch Entzugerscheinungen nach Absetzen des Suchtstoffes feststellen.

Die körperliche Abhängigkeit entsteht durch die wiederholte Anwendung des Suchtstoffes, der vom Körper über bestimmte Symptome immer wieder eingefordert wird. Die Symptome können körperlicher oder psychischer Art sein: starkes Schwitzen, Zittern, Magen-Darmkrämpfe, Herz-Kreislaufbeschwerden bis hin zum Kollaps, Schlafstörungen, Unruhe und Nervosität, gelegentlich treten auch Halluzinationen auf.

Die Entzugssymptome sind oft nicht von ursprünglichen Krankheitssymptomen zu unterscheiden. Schlafmittel, die gegen Schlaflosigkeit und Unruhe eingenommen wurden oder Nasentropfen, die gegen das Anschwellen der Schleimhäute angewendet wurden, zeigen in ihren Entzugssymptomen die Ausgangssymptome. So wird das Mittel immer wieder gegen vermeintliche Krankheitssymptome eingesetzt, die das Medikament nun selbst erzeugt.

Eine physische Abhängigkeit kann somit über lange Zeit verschleiert werden (Glaeske/ Günther/ Keller, 1997; 61).

In der medizinischen Diagnostik der Abhängigkeit und des Abusus von Suchtstoffen orientieren sich Ärzte an zwei Diagnosesystemen, die in ihrer jeweiligen Definition unterschiedlich ausfallen.

Nach dem derzeit gültigen Diagnosesystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ICD-9 und ICD-10 und dem weitverbreiteten Diagnosesystem DSM-III-R (Diagnostisch statistisches Manual) der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft APA (American Psychiatric Association) von 1987, handelt es sich bei der Diagnose Abhängigkeit von Suchtstoffen um zwei verschiedene Krankheiten, die bei der Mehrzahl der Stoffe vorkommen können.

Im DSM-III-R schließt nach Angaben von Milhorn (1990 nach Poser/ Poser, 1996; 31) Abhängigkeit Abusus aus, d. h. Abusus ist entweder eine Vorstufe für die Abhängigkeit oder eine Restkategorie. In der praktischen Diagnostik wird der Name des Suchtstoffes oder der Stoffgruppe vorausgeschickt, z.B. Tavorabhängigkeit oder Benzodiazepin-Abusus.

Diese Form der Diagnosestellung ist deshalb sinnvoll, weil sie Intoxikations- und Entzugssymptome in gewissem Umfang vorhersagt und die spezielle Gefährdung eines Patienten beschreibt.

Im DSM-III-R System wird der Missbrauch von nichtpsychotropen Stoffen (z. z. Laxanzien) nicht gesondert erwähnt (ebd.).

1.3.4 Diagnose der Abhängigkeit

- A. Nach dem DSM-III-R müssen mindestens drei der folgenden Kriterien für die Diagnosestellung der Abhängigkeit gegeben sein:
1. Die Substanz wird in höherer Dosis oder länger genommen als beabsichtigt.
 2. Andauernder Wunsch oder mindestens ein erfolgloser Versuch zur Dosisverminderung oder Abstinenz.

3. Viel Zeit wird benötigt, um die Substanz zu erlangen (z. B. Diebstahl), sich zuzuführen (z. B. Kettenrauchen) oder sich von der Wirkung zu erholen.
4. Häufige Intoxikations- oder Entzugssymptome zu Zeiten, in denen die Wahrnehmung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder im Haushalt erwartet wird.
5. Wichtige soziale oder berufliche Aktivitäten oder Hobbys wurden aufgegeben oder eingeschränkt wegen des Substanzgebrauchs.
6. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis um die Schäden (bleibend oder wiederkehrend im sozialen, psychologischen oder körperlichen Bereich), die durch den Substanzgebrauch verursacht oder verschlimmert werden (z. B. bleibt beim Heroin trotz Familienstreit; Depression durch Kokain; Ulkusverschlimmerung durch Alkohol).
7. Ausgeprägte Toleranz: Die Dosis muss um mindestens 50% erhöht werden, um die gleiche Wirkung zu erzielen; bei gleicher Dosis nimmt die Wirkung deutlich ab.

Die folgenden Kriterien gelten nicht für Cannabinoide, Halluzinogene und NMDA-Rezeptorantagonisten wie Phenylzyklidin:

8. Charakteristische Entzugserscheinungen (entsprechend der Substanzgruppe).
 9. Der oder die Suchtstoff(e) werden oft genommen, um Entzugserscheinungen zu erleichtern oder zu vermeiden.
- B. Einige Symptome der Störung bestehen seit mindestens einem Monat oder sind während eines längeren Zeitraumes wiederholt vorgekommen. Das Abhängigkeitssyndrom kann verschiedene Ausprägungen annehmen:
- mild: nur wenige Kriterien für die Diagnosestellung sind erfüllt; nur geringfügige Störung der beruflichen Leistungsfähigkeit oder der sozialen Aktivitäten oder der Beziehungen zu anderen Menschen,
 - mittelschwer: Schweregrad zwischen mild und schwer,
 - schwer: viele Kriterien sind erfüllt. Schwere berufliche und soziale Störungen,
 - in Teilremission: trotz Besserung haben einige Abhängigkeitssymptome im letzten Monat persistiert oder sind während eines längeren Zeitraumes wiederholt aufgetreten,
 - in Vollremission: in den letzten sechs Monaten kein Substanzgebrauch oder keine Abhängigkeitssymptome (Poser/ Poser, 1996; 31f.).

1.3.5 Diagnose des Abusus

- „A. Verhaltensstörung beim Gebrauch von Suchtstoffen, die mindestens eins der folgenden Kriterien einschließt:
1. Fortgesetzter Gebrauch des Suchtstoffs trotz Wissens um bleibende oder wiederkehrende Probleme (sozial, beruflich, psychisch oder körperlich), die durch den Gebrauch verursacht oder verschlimmert werden.
 2. Wiederholter Gebrauch in Situationen, wo dies gefährlich ist (z. B. Autofahren unter Alkoholeinfluss)

- B. Einige Symptome der Störung dauern mindestens einen Monat oder treten in einem längeren Zeitraum wiederholt auf.
- C. Die Kriterien für eine Abhängigkeit waren niemals erfüllt“ (Poser/ Poser, 1996; 32f.)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterscheidet entsprechend dem Diagnosesystem ICD-10 drei verschiedene Krankheiten durch Suchtstoffe:

Akute Intoxikation: Unter akuter Intoxikation wird z.B. ein einmaliger Alkoholrausch, ein Horrortrip unter LSD oder eine Episode von Euphorie und Atemdepression unter Opioiden verstanden.

Schädlicher Gebrauch (Abusus): für die Diagnose eines schädlichen Gebrauchs ist eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit erforderlich. Insgesamt sind die diagnostischen Leitlinien unscharf, so dass diese diagnostische Gruppe auch im ICD-10 nicht gut definiert ist, so Poser/ Poser (1996; 33).

Das Abhängigkeitssyndrom dagegen ist auch im ICD-10 in Form von diagnostischen Leitlinien gut zu beschreiben, so dass reproduzierbare Diagnosen gestellt werden können. Vor allem wird betont, dass bei einem Rückfall die Merkmale des Abhängigkeitssyndroms schneller auftreten als bei der ursprünglichen Entwicklung.

Folgende Leitlinien sind bei der Diagnosestellung zugrunde zu legen. Die Diagnose ist dann gestellt, wenn „irgendwann während des letzten Jahres“ (ebd.) drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren,
2. verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums,
3. Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und der entsprechenden positiven Erfahrung,
4. ein körperliches Entzugssyndrom,
5. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiodabhängigen, die Konsumenten ohne Toleranzentwicklung schwer beeinträchtigen würden oder sogar zum Tode führen könnten),
6. ein eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol oder der Substanz, wie z. B. die Tendenz Alkohol an Werktagen wie an Wochenenden zu trinken und die Regeln gesellschaftlich üblichen Trinkverhaltens außer Acht zu lassen,
7. fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums,
8. anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher Art sein, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, oder sozial wie Arbeitsplatzverlust durch eine substanzbedingte Leistungseinbuße, oder psychisch wie bei depressiven Zuständen nach massivem Substanzkonsum.

Die international gültigen Definitionen für Substanzmissbrauch und –abhängigkeit sind nur unzureichend in der Lage, Arzneimittelabhängigkeit und –missbrauch zu erfassen.

Das trifft insbesondere für die sogenannte Niedrig-Dosis-Abhängigkeit (Low-Dose-Dependency) zu, die beim Dauergebrauch von benzodiazepinhaltigen Beruhigungs- und Schlafmitteln auftritt. Bei dieser weitverbreiteten Form von Medikamentenabhängigkeit kommen die Konsumenten mit einer relativ geringen Dosis auch über Jahre hinweg aus, ohne dass eine Dosissteigerung erfolgt. Die Dauermedikation dient hier auch dazu, Entzugerscheinungen der Medikamente zu vermeiden (Glaeske, Janhsen, 2001; 66).

Zwischen der Arzneimittelabhängigkeit und der Abhängigkeit von anderen psychotropen Mitteln existieren grundlegende Unterschiede:

Psychotrope Arzneimittel sind keine Genussmittel, deren Anwendung aufgrund eigener Entscheidung und nach Abwägung des gesundheitlichen Nutzens erfolgt, sondern Heilmittel, die vorwiegend verschrieben und damit auf ärztlichen Rat hin eingenommen werden. Handelt es sich um frei verkäufliche Mittel, übernimmt der Apotheker die Beratung. Psychoaktive Substanzen, deren Abhängigkeitsrisiko besonders hoch ist, sind aber fast alle verschreibungspflichtig. Es ist demnach davon auszugehen, dass bei allen Patienten vor der Einnahme solcher Mittel ein Gespräch mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin vorausgeht. Damit kommt allen verschreibenden Ärztinnen und Ärzten bei der Prophylaxe von Arzneimittelabhängigkeit eine besondere Verantwortung zu (Nette, 1989; 180).

Menschen, die dauerhaft psychotrope Medikamente konsumieren, gelten als krank, aber nicht als süchtig. Medikamentenmissbrauch und –abhängigkeit dient über einen langen Zeitraum dazu, das persönliche Lebensumfeld des Konsumierenden funktionstüchtig zu halten. Dieser problematische Konsum wird von Angehörigen und Kollegen sowie auch von behandelnden Ärzten und Ärztinnen, vorausgesetzt er wird überhaupt bemerkt, oft mitgetragen.

Eine Vielzahl der Arzneimittelabhängigen lebt lange unauffällig und sozial gut angepasst. Dadurch wird ein frühzeitiges Eingreifen versäumt und die Entwöhnung erschwert.

Die Mehrzahl der Konsumenten psychotroper Arzneimittel erfüllt die Kriterien für Missbrauch oder Abhängigkeit nicht, da sie keine sozialen Auffälligkeiten zeigen. Das macht die genaue Bestimmung über das Ausmaß der Arzneimittelabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland schwierig. Es können hier nur Schätzungen vorgenommen werden.

1.4 Abhängigkeit und Missbrauch psychotroper Arzneimittel bei Frauen

Der 2001 erschienene Frauengesundheitsbericht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001; 223) gibt einen kurzen Überblick über das Ausmaß von Abhängigkeit und Missbrauch von psychotropen Arzneimitteln bei Frauen:

In den stationären Drogenhilfeeinrichtungen waren 1996 ungefähr 2% der behandelten Frauen abhängig von Beruhigungs- oder Schlafmitteln, umgerechnet etwa 1000 Frauen. Werden die Nebendiagnosen hinzugerechnet, so steigt die Zahl der Frauen, die diese Arzneimittel in missbräuchlicher oder abhängiger Weise konsumiert haben auf 18%. Schmerzmittelabhängige tauchen in den Statistiken nicht auf, sie werden demnach durch die Einrichtungen der Drogenhilfe nicht erreicht oder als Problemgruppe nicht erfasst.

Die Zahl der Arzneimittelabhängigen beruht wie erwähnt auf Schätzungen und resultiert aus Auswertungen von Rezeptblättern psychotroper Medikamente mit Abhängigkeitsrisiko. Da die Diagnose „Medikamentenabhängigkeit“ von den behandelnden Ärzten und Ärztinnen nur in wenigen Fällen gestellt wird, werden zur Auswertung bestimmte abhängigkeitsriskante Medikamentenstoffgruppen ausgewählt und zusätzlich ein Grenzbe- reich von Einnahmedauer und Dosishöhe definitorisch für jede Arzneimittelstoffgruppe festgelegt, ab dem ein sehr hohes Risiko für eine Abhängigkeitsentwicklung besteht.

Melchinger/ Schnabel/ Wynn (1992 nach Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Frauengesundheitsbericht 2001; 223) zeigen in ihrer Auswertung von Rezeptblättern aus norddeutschen Arztpraxen, dass 4% aller Patienten und Patientinnen in drei aufeinanderfolgenden Quartalen des Jahres 1988 über jeweils mindestens sechs Wochen lang Medikamente mit Abhängigkeitspotential verordnet bekamen. Der Frauenanteil an Langzeitverordnungen betrug zwei Drittel. Etwa 80% dieser Frauen waren über 55 Jahre alt.

Vergleichbare Daten fanden sich bei der Auswertung von Krankenkassendaten der AOK-Dortmund, die von Ferber 1988 (Ferber/ Ihle/ Köster/ Krappweis, 1992) durchgeführt wurde. 8% der Versicherten erhielten über vier Quartale hinweg Medikamente mit Abhängigkeitspotential. Von diesen nahmen ca. 6% niedrige Tagesdosierungen¹ ein und knapp 2% eine höhere als die für Erwachsene übliche Tagesdosis. Auch in dieser Studie ist der Anteil von Frauen unter den „Dauerkonsumierenden“ von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential doppelt so groß wie der Anteil der Männer.

Remien (1994; 20) konstatiert in seiner Untersuchung aus dem Jahr 1993 auf der Grundlage von Krankenkassendaten der IKK, dass im Untersuchungszeitraum eines halben Jahres für 6296 Patienten insgesamt 13615 Arzneimittel mit Abhängigkeitspotential von 1789 Ärzten und Ärztinnen auf Rezept verordnet wurden. Dies bedeutet, dass 28% aller Versicherten bzw. 44% der Arzneimittelpatienten mindestens einmal pro Halbjahr mit einem potentiell zur Abhängigkeit führenden Arzneimittel ärztlich versorgt wurden. In fast allen Altersgruppen weisen Frauen höhere Kontaktraten zu solchen Medikamenten auf als Männer.

Glaeske/ Janhsen (2002; 66f.) stellt auf der Grundlage der Krankenkassendaten der GEK bundesweit fest, dass im Jahr 1999 Arzneimittel wie Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa 52 Mio. mal verordnet wurden. Der größte Anteil entfällt auf die sog. Benzodiazepinderivate, deren Anwendung – kurzfristig verordnet – als Hypnotika, Muskelrelaxantien oder als Mittel bei Angst- und Spannungszuständen einen durchaus positiven Nutzen zeigen. Sollten sie aber über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten eingenommen werden, entwickeln sie ein Abhängigkeitsrisiko im Sinne einer Low-Dose-Dependency. Auf der Basis der GEK-Daten konnte ermittelt werden, dass ca. 1,2 Mio. Patienten diese Mittel „kontinuierlich bekommen und an einer iatrogen induzierten Abhängigkeit leiden“.

1.5 Häufig konsumierte Arzneimittel

In den Studien, die zur Prävalenz des Arzneimittelkonsums von Jugendlichen Aussagen machen, fallen als Arzneimittelgruppen die Erkältungs- und Grippemittel, die Schmerzmittel wie die Beruhigungs- bzw. Schlafmittel als die am häufigsten konsumierten Medikamente auf.

In der von Steinhausen (1990; 49) zitierten Untersuchung von Nordlohne, Hurrelmann und Holler 1986/87 begonnen repräsentativen Längsschnittuntersuchung in Nordrhein-Westfalen, in der 1717 SchülerInnen des 7. – 9. Jahrgangs auf ihren Medikamentenkonsum hin befragt wurden, zeigen die Befunde, dass nach der Einnahme von Erkältungs- und Grippemitteln (7. Jahrgang: Mädchen: 68%, Jungen: 52%; 9. Jahrgang: Mädchen: 71%, Jungen: 52%) der Konsum von Kopfschmerzmitteln (7. Jahrgang: Mädchen: 45%, Jungen: 40%; 9. Jahrgang: Mädchen: 56%, Jungen: 39%) am verbreitetsten ist. Die Beruhigungs- und Schlafmittel werden immerhin noch von 10% der Jugendlichen konsumiert.

Ähnliche Zahlen wird die vorliegende Untersuchung nachweisen können. Auch hier dominieren die drei oben genannten Arzneimittelgruppen, wobei an erster Stelle die Analgetika rangieren (Kopfschmerzmittel: Mädchen 18,8%, Jungen 4%, Schmerzmittel: Mädchen: 19,4%, Jungen: 1,6%; Menstruationsmittel: Mädchen 18,2%). Die Vitaminpräparate (Mädchen: 17%; Jungen: 12,1%) stehen an zweiter Stelle, gefolgt von den Erkältungs- und Grippemitteln (Mädchen: 14,2%, Jungen: 5,6%). Diese Befunde lassen sich durch weitere Untersuchungen bestätigen, wonach die Gruppe der Analgetika offensichtlich zu den meist gebräuchlichsten Medikamenten überhaupt gehört, nicht nur im Jugend-, sondern auch im Erwachsenenalter.

1.5.1 Schmerzmittel

Analgetika sind Arzneimittel zur Behandlung von leichten oder schweren Schmerzzuständen.

Pharmakologisch wird zwischen peripher und zentral angreifenden Analgetika unterschieden, oder zwischen opioiden, die verschreibungspflichtig sind, und nichtopioiden Schmerzmitteln, die zum Großteil rezeptfrei in Apotheken erworben werden können. Opiate und opioide Schmerzmittel wirken überwiegend im Zentralnervensystem.

Opiate werden schmerzstillende Substanzen genannt, die sich direkt vom Morphin – der „Leitsubstanz“ (Glaeske/ Günther/ Keller, 1997; 100) zentral wirksamer Schmerzmittel – ableiten. Substanzen, die dem Morphin von ihrer Struktur her nicht ähnlich sind, aber ebenfalls zentral wirken, heißen Opioide oder opioidähnliche Stoffe. Sie wirken schmerz- und/oder hustenstillend und werden zumeist bei starken Schmerzzuständen verabreicht.

Opioide Schmerzmittel wirken im Zentralnervensystem. Sie stimulieren das körpereigene schmerzhemmende System, dass in Stress- oder Gefahrensituationen, im Rückenmark und im Stammhirn die Weiterleitung von Schmerzimpulsen blockiert.

Die verschiedenen Opioide² wirken alle ähnlich, sie unterscheiden sich lediglich in der Stärke ihrer Wirkung:

- sie wirken schmerzlindernd (analgetisch),
- sie vermindern die geistige Aktivität (sedierend),
- sie beseitigen Konflikte und Angstgefühle,
- sie wirken euphorisierend, können bei einzelnen Patienten aber auch gegenteilige Effekte hervorrufen (Verschlechterung der Stimmung),
- sie führen bei häufiger Anwendung größtenteils zu Toleranz und später zur Abhängigkeit.

Da sie auch im peripheren Nervensystem wirken, kann dies für den Anwender teilweise zu unangenehmen Begleiterscheinungen kommen:

- sie verzögern die Magenentleerung; Übelkeit und Erbrechen können die Folge sein,
- sie führen zu einer andauernden Verstopfung,
- sie behindern die Entleerung der Harnblase,
- sie können zu Kreislaufbeschwerden führen,
- bei Asthmatikern kann es zu Atemnot kommen (ebd.).

Die im Frauengesundheitsbericht 2001 (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001; 224) dargelegten Ergebnisse des WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK, 1998) zeigen, dass die Prävalenz der Einnahme opioidhaltiger Schmerzmittel sehr gering ist und deshalb über Bevölkerungserhebungen nur schwer schätzbar. Geschlechtsunterschiede finden sich nach Verschreibungsdaten der Krankenkassen erst bei den über 80jährigen. In dieser Altersgruppe erhalten Frauen ca. 30% mehr Verordnungen opioider Schmerzmittel als Männer.

Die angenommenen niedrigen Verordnungszahlen in Deutschland könnten Ausdruck einer Unterversorgung mit opioidhaltigen Schmerzmitteln in der Bevölkerung sein. Die weitverbreiteten Bedenken vor einer Opioidabhängigkeitsentwicklung gilt als eine Ursache dafür, dass in Deutschland im Vergleich zu Großbritannien oder Dänemark 7- bzw. 14mal seltener Morphinderivate und ähnliche Schmerzmittel verordnet werden, so das Ergebnis einer Untersuchung der Techniker Krankenkasse (1997 nach Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Frauengesundheitsbericht, 2001; 225).

Nichtopioide Wirkstoffe wirken vorwiegend außerhalb des Zentralnervensystems, indem sie ein Enzymsystem (Cyclooxygenase) hemmen, das für die Bildung von Schmerzstoffen (Histamin, Acetylcholin, Prostaglandine) verantwortlich ist. Diese Stoffe werden nach Verletzungen im peripheren Nervensystem ausgeschüttet. Eine erhöhte Konzentration bestimmter Schmerzstoffe in einem geschädigten Gewebe leitet über gewisse Nervenbahnen das Schmerzsignal zum Zentralnervensystem.

Periphere Schmerzmittel verhindern die Entstehung der Prostaglandine und wirken deshalb schmerzstillend. Am bekanntesten unter den nichtopioiden Schmerzmitteln sind solche, die Acetylsalicylsäure (ASS) oder Paracetamol enthalten. Sie wirken fiebersenkend und schmerz- und entzündungshemmend.

Unterschieden wird ferner in nichtopioide Schmerzmittel, die einen Wirkstoff (Monopräparate) wie ASS und Paracetamol oder aber eine Kombination verschiedener Wirkstoffe enthalten. Insbesondere coffeinhaltigen Mischpräparaten wird aufgrund des belebenden Effekts des Coffeins ein erhöhtes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential zugeschrieben.

1.5.2 Xanthine: Coffein und Mischanalgetika

Coffein und Teein sind Synonyme für die gleiche Substanz. Die Substanz wird als Stimulans gebraucht und sie ist mit keinem anderen Suchtstoff wirkungsverwandt, vor allem nicht mit den Psychostimulanzien vom Amphetamintyp.³ Coffein wird gelegentlich süchtig gebraucht (Abusus oder Abhängigkeit) (Keup, 1993 nach Poser/ Poser, 1996; 167).

Der Stoff Coffein erfüllt teilweise die Voraussetzungen eines Suchtstoffes, weil er nur schwach stimulierend wirkt. Im Freiwilligenversuch unter Doppelblindbedingungen führte Coffein bei einem Teil der Konsumenten zu einer leichten Euphorie und auch zu gesteigerter Zufuhr: Die Probanden tranken mehr koffeinhaltigen Kaffee als coffeinfreien. Andere Probanden berichteten umgekehrt von einer leichten Dysphorie und tranken mehr coffeinfreien Kaffee. Menschen, die an Entzugerscheinungen litten, führten sich ebenfalls mehr Coffein zu.

Somit hat der vermehrte Coffeinkonsum zwei Gründe: den stimulierenden Effekt und das Entzugssyndrom. Die Coffeinsucht ist aber im Verhältnis zu der großen Zahl der ständigen Konsumenten in der Bevölkerung verschwindend gering. Coffein muss deshalb als ein Suchtstoff mit minimalem Suchtpotential angesehen werden.

Das Coffeinentzugssyndrom kann psychisch in Form von Müdigkeit, Unzufriedenheit und Erschöpfung erlebt werden, im physischen Bereich tritt ein „diffuser, frontal betonter, nicht pulsierender Kopfschmerz“ (168) auf. Dieser Kopfschmerz kann eine erhebliche Intensität erreichen.

Mischanalgetika sind Arzneimittel, die mindestens ein peripher wirksames Schmerzmittel enthalten. Dazu haben sie einen oder mehrere Kombinationspartner mit Wirkung auf das Zentralnervensystem. Als Kombinationspartner treten auf:

- Barbiturate oder barbituratähnliche Substanzen, (beides in Deutschland nicht mehr im Handel)
- Tranquilanzien (ebenfalls in Deutschland nicht mehr im Handel),
- Opioide, vor allem Kodein,
- Mutterkornalkaloide und
- Coffein.

Kombinationspräparate sind nach Meinung von Glaeske und Poser/ Poser nur dann sinnvoll, wenn sie in der Dosierung der Einzelstoffe so gut aufeinander abgestimmt sind, dass die Kombination besser wirksam ist, als die Einzelstoffe allein (z. B. 500 mg Paracetamol + 30mg Codeinbase). Solche Kombinationen sind aber eher selten. Bei vielen steht dann ein hohes Missbrauchspotential im Vordergrund, da die Wirkung von peripher wirksamen Analgetika durch Opioide und durch Coffein als zentral wirksame Stoffgruppen verstärkt wird (Poser/ Poser, 1996; 170).

Folgen des Dauergebrauchs von Mischanalgetika sind:

- Schwere Nierenschädigungen - das irreparable schmerzmittelbedingte Nierenversagen findet sich nach Auskunft des Frauengesundheitsberichtes 2001 (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001; 225) bei Frauen 5 – 7mal häufiger als bei Männern. Besonders bedenklich sind Paracetamol-Kombinationen.
- Dauerkopfschmerz bereits nach wenigen Wochen. Nach dem Absetzen der Schmerzmittel nach längerer Einnahmezeit entsteht ein sog. Entzugskopfschmerz, der in der Regel wiederum mit Schmerzmitteln behandelt wird.

Mischanalgetikaabusus gehört zu den häufigsten Arzneimittelsuchten überhaupt: Im Frühwarnsystem fanden sich 2874 (35,2%) derartiger Fälle, allerdings vor allem mit phenacethinhaltenen Mitteln, die sich nicht mehr auf dem Markt befinden.

Nichtopioide Schmerzmittel werden von jungen wie älteren Frauen in erster Linie gegen Kopf- und Unterleibsschmerzen eingenommen. Das häufigere Auftreten dieser frauenspezifischen Schmerzen erklärt zum Teil den Unterschied in der Häufigkeit der Anwendung solcher Schmerzmittel bei Männern und Frauen. Die Einnahmehäufigkeit und –dauer ist bei Männern entsprechend niedriger.

Die ausgeprägte Schmerzhäufigkeit bei Frauen, die ebenso schon bei Mädchen ab dem 14. Lebensjahr zu beobachten ist, könnte Ausdruck tiefer liegender Störungen sein, die nach Ansicht von Psychotherapeuten vor allem „in den psychosozialen Lebensbedingungen der Frauen zu suchen“ (Füller, 1994; 17) sind. Psychosomatiker gehen davon aus, dass gerade im Kopfschmerz Konflikte und Spannungen unter Kontrolle gehalten, statt ausgetragen werden. Dabei nehmen Frauen häufig selbst heftige Schmerzen (z. B. Migräne) in Kauf. Die Ursachen dieses Phänomens sind in der kindlichen Sozialisation zu vermuten, die für Mädchen ein eher passives Erleiden als Umgang mit Spannungen und Auseinandersetzungen fordert.

Die Lebenssituation junger Frauen ist durch eine Vielzahl unterschiedlicher Anforderungen und zum Teil widersprüchlicher Erwartungen geprägt, die psychosomatische Spannungen hervorrufen können. In der Konfliktbewältigung gehen sie, wie ältere Frauen auch, den Weg der Kompensation und wählen eine Selbstdarstellung, in denen Probleme ausgeblendet werden. Häufig spiegelt der hohe Konsum von Analgetika geradezu den Willen wider, einem perfekten Weiblichkeitsbild zu entsprechen. Unzumutbare Belastungen und sich daraus entwickelnde Aggressionen werden von einer Vielzahl von Frauen in Form von Schmerzen nach innen gegen sich selbst gerichtet (8f).

1.5.3 Beruhigungs- und Schlafmittel

Auffällig ist, wie Läer (1997 nach Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001, Frauengesundheitsbericht 2001; 226) berichtet, dass ein großer Teil der Schmerzmittelkonsumentinnen zusätzlich weitere psychotrope Medikamente einnimmt, vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel.

Angststörungen (z. B. Panikanfälle, Phobien, Zwangsstörungen) sind neben Depressionen die häufigste psychische Störung in der Allgemeinbevölkerung. Sie werden bei Frauen häufiger diagnostiziert als bei Männern. Zur Dämpfung von akuten und chronischen Ängsten werden Beruhigungsmittel (Tranquilizer) eingesetzt. Sie werden weiterhin zur Behandlung von psychosomatischen Spannungs- und Erregungszuständen sowie bei Psychosen, Depressionen und Manien verwendet.

Eine Vielzahl der Psychopharmakaverordnungen werden außerhalb ihrer Indikationen, ihrer empfohlenen Dosierungen und Dauer verordnet – sie werden somit „missbräuchlich“ verschrieben und führen auf Dauer zur Abhängigkeit

1.5.4 Grippemittel

Grippemittel werden überwiegend in der Selbstmedikation eingesetzt, um Husten, Heiserkeit, Schnupfen und Gliederschmerzen zu behandeln. Die Mehrzahl der Erkältungspräparate sind Kombinationsarzneimittel aus nicht opioden Schmerzmitteln, sekretionsmindernden und anregenden Stoffen. Sie haben die Aufgabe alle Erkältungssymptome auf einmal zu heilen.

Diesen Kombinationspräparaten ist oft Coffein beigemischt. Diese Mittel können problematisch werden, weil die schmerzlindernden Wirkstoffe häufig unterdosiert sind. Um eine ausreichende Wirkung zu erzielen, ist die Einnahme mehrerer Tabletten notwendig, wodurch dann die Gefahr der Gewöhnung steigt.

Grundsätzlich gelten derartige Grippemittel als therapeutisch überflüssig, da sie über keinen ausreichend belegten therapeutischen Wirksamkeitsnachweis verfügen (Glaeske/ Keller/ Günther, 1997; 119).

1.6 Forschungsstand und Erklärungsmodelle

1.6.1 Arzneimittelkonsum in der empirischen Forschung

Sowohl in der Forschung als auch in der Präventionsarbeit setzt sich zunehmend die Meinung durch, dass Suchtprobleme und ihre Determinanten als ein substanzübergreifendes Phänomen zu verstehen sind, obwohl ein großer Teil der Literatur unter dem Aspekt einer bestimmten psychoaktiven Substanz geschrieben ist.

Weitgehend stützen sich die vorliegenden empirischen Untersuchungen nach wie vor auf Erklärungsansätze des Risikofaktorenkonzepts. Dabei werden Eigenschaften der Konsumenten und Faktoren der Lebenssituation oder des Umfeldes mit dem Verhalten und den Einstellungen zu Medikamenten verglichen. In der Regel werden Assoziationen mit der Konsumhäufigkeit bzw. Konsummenge, nur in seltenen Fällen direkt mit Abhängigkeit oder missbräuchlichem Verhalten, ermittelt.

In Bezug auf das Geschlecht und das Alter, als die meisterforschten und im gegenwärtigen Wissenstand bedeutendsten Merkmale, bestätigen fast alle empirischen Arbeiten, dass Frauen und Personen mittleren bzw. höheren Alters insgesamt häufiger Medikamente missbrauchen als Männer oder jüngere Menschen (Maffli, Efonayi-Mäder, 1996; 76).

Daneben ist, wenn auch weniger systematisch, eine Reihe anderer soziodemographischer Merkmale im Zusammenhang mit regelmäßigem Konsum oder Abusus erforscht worden. Relativ häufig werden Indikatoren zur Arbeitssituation oder zur sozioökonomischen Schicht erhoben. Gutscher (1986 nach Maffli/ Efonayi-Mäder, 1996; 76) ermittelte bereits 1986 einen statistisch nicht gesicherten Zusammenhang zwischen niedrigem Bildungsstand und Abusus oder Verdacht auf Abusus. Auch Franke (2001; 168) erforscht einen Zusammenhang zwischen niedrigem Bildungsstatus und regelmäßigem Konsum von Medikamenten bei Frauen mittleren Alters.

Weitere empirische Untersuchungen belegen, dass die Verwendung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in Altersheimen besonders verbreitet ist.

Ein erhöhtes Risiko für eine Abhängigkeitsentwicklungen bei Medizinpersonal ist in den USA und Deutschland (Poser/ Poser, 1996; 15) nachgewiesen worden. Es wurde einerseits mit der Verfügbarkeit von Medikamenten und andererseits mit spezifischen Rollenkonflikten und Stressfaktoren in Verbindung gebracht.

Über andere abususesgefährdete Berufsgruppen werden in der Literatur wenig empirische Befunde geliefert. Dies gilt auch vor allem für Schüler bzw. Studenten die unter besonderem Leistungsstress stehen.

In der klinischen Epidemiologie wird Arzneimittelabhängigkeit primär als ein medizinisches Problem angegangen, das aus dieser Perspektive mit einer Reihe gesundheitlicher Faktoren und Symptomen in Verbindung gebracht wird. Zahlreiche empirische Arbeiten (s. o.) belegen den Zusammenhang zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und der Einnahme von (psychotropen) Medikamenten. Bei Befragten, die ihr Wohlbefinden bzw. ihre Gesundheit als schlecht bezeichnen, ist der Anteil von regelmäßigen Benutzern verschiedener Arzneimittelarten (am häufigsten wurden Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel in diesem Zusammenhang genannt) teilweise um ein Vielfaches höher als bei denen, die sich selbst als gesund bezeichnen. Erwartungsgemäß stehen auch Beschwerden verschiedener Art in enger Verbindung mit regelmäßigem Arzneimittelkonsum. Auch psychische Symptome (Angstzustände, Depressionen, Deprimiertheit usw.) korrelieren in vielen Untersuchungen mit Konsumvariablen.

Regelmäßiger Konsum von Arzneimitteln wird auch maßgeblich vom Lebensstil der Benutzer beeinflusst. Dessen Bedeutung wird auch durch die Feststellung bestätigt, dass Jugendliche aus Familien mit hohem Medikamentenkonsum tendenziell selbst mehr Arzneimittel einnehmen als andere Gleichaltrige (Maffli/ Efionayi-Mäder, 1996; 79).

Es existieren für erhöhten Arzneimittelkonsum unterschiedliche Erklärungsmodelle, die entweder auf individuell-geschlechtsspezifische, biochemische, psychische oder soziale Indikatoren verweisen. Eine umfassende Theorie für die Erklärung des Medikamentenabusus gibt es bisher nicht.

Zwar können theoretische Modelle aus der Suchtforschung teilweise auf die Problematik der missbräuchlichen Verwendung von Arzneimitteln angewandt werden, tragen aber der Spezifität des Phänomens ungenügend Rechnung, da sie in der Regel unter dem Aspekt anderer Substanzen und deren Bedingungen und Wirkungsweisen entwickelt worden sind.

1.6.2 Forschungslage in der Jugendgesundheitsforschung

Die Jugendgesundheitsforschung etabliert sich seit wenigen Jahren als interdisziplinäres Gebiet, das eine Verbindung zwischen der Gesundheitsforschung (die sich bis dahin kaum mit dieser Altersgruppe beschäftigt hat) und der Jugendforschung herstellt.

Sie befasst sich mit der gesundheitlichen Lage von Jugendlichen, subjektiven Einschätzungen ihres Gesundheitszustandes, körperlichen und psychosomatischen Beschwerden, gesundheitsrelevantem und gesundheitsförderlichem Verhalten, der Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfen sowie Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Jugendgesundheitsforschung hat sich bisher vor allem darum bemüht, den „Mythos der gesunden Jugend“ (Nordlohne, 1992; 14) aufzubrechen. Sie macht deutlich, dass es zahlreiche gesundheitliche Problemfelder in der Adoleszenz gibt, die zuvor wenig beachtet wurden.

Weit stärker als zunächst in der wissenschaftlichen Diskussion angenommen, sind Jugendliche durch Gesundheitsrisiken gefährdet, die sich insbesondere aus verhaltensbezogenen und risikohaften Lebensstilen ergeben (21).

Der Gebrauch von Arzneimitteln ist ein Teilaspekt gesundheitsbezogenen Verhaltens und Handelns, dem trotz beträchtlichen Konsums hierzulande wenig Aufmerksamkeit entgegengebracht wurde.

Die wissenschaftliche Bearbeitung des Ausmaßes, der Gewohnheiten sowie der Ursachen des Medikamentenkonsums von Jugendlichen ist noch relativ jung. So nahm die erste Auseinandersetzung mit diesem Themenfeld im angloamerikanischen Raum ihren Anfang (Vogt, 1985; 9).

Im deutschen Sprachraum bearbeiteten Ladewig 1982, Ellinger-Weber 1984, Sichrovsky 1984, Glaeske 1985, Vogt 1985, Nordlohne 1992 und Kolip 1997, um nur einige Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen zu nennen, dieses Thema und machten es damit einer breiten Öffentlichkeit bekannt. Vereinzelt liegen aber auch schon aus den vorhergehenden Jahren Publikationen zu diesem Themenbereich vor.⁴

Die Ergebnisse der bisherigen Forschung über den Konsum von Medikamenten im Allgemeinen oder von Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotential im Besonderen zeigen, dass ein beachtlicher Prozentsatz der befragten Jugendlichen über den Konsum o.g. Mittel berichtet (Nordlohne, 1994; 58 /Vogt, 1985; 23).

Auch die Befunde neuerer Studien weisen aus, dass neben der insgesamt steigenden Bereitschaft zum Gebrauch von Arzneimitteln in der Gesamtbevölkerung zunehmend auch bei Kindern und speziell bei Mädchen ab der Pubertät, Verabreichungs- und Handhabungsmuster im Umgang mit Arzneimitteln vorzufinden sind, „die signalisieren, dass Arzneimittel oft leichtfertig in unangenehmen Lebenssituationen - in Verkennung ihrer teilweise erheblichen Nebenwirkungen - verabreicht und konsumiert werden“ (Nordlohne, 1994; 58 / Remien, 1994; 19).

Vogt (1985; 229) verweist auf eine Studie von Voss (1983), in der er belegt, dass inzwischen ein Drittel der 6 - 14jährigen Medikamente in Form der Selbstmedikation verabreicht bekommen. Dabei sind es die Eltern, die das Medikament verabreichen. Damit ist schon ein nicht ungefährliches Phänomen bezeichnet, denn fast 75% der käuflich erworbenen Analgetika werden direkt im Rahmen der Selbstbehandlung erworben, berichtet Lær (1997 nach Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001, Frauengesundheitsbericht 2001; 225). Franke (1981; 19) gibt zu bedenken, dass „wegen der mit ihr verbundenen Gefahr der Krankheitsverkennung, der Verzögerung des eigentlich notwendigen Ganges zum Arzt, der Überdosierung und des Missbrauchs“ die Selbstmedikation nicht unbedingt als Ausdruck eines eigenverantwortlichen und gewünschten Gesundheitsverhaltens begrüßt werden kann. Vielmehr dürfte der Konsument in der Selbstmedikation auch hier einem ausschließlich somatischen Verständnis von Krankheit folgen.

Nordlohne (1992; 173f.) hat in ihrer Studie ermittelt, dass der überwiegende Teil des Arzneimittelgebrauchs von Jugendlichen in Zusammenhang mit einem Arztbesuch steht, dass aber immerhin 29% von 1168 untersuchten Jugendlichen Medikamente ohne einen Arztbesuch eingenommen haben. Außer Erkältungsmitteln sind es vor allem Kopfschmerzmittel, die in Selbstmedikation von den Jugendlichen konsumiert werden.

Die steigenden Umsatz- und Verordnungszahlen für Arzneimittel sowie die steigende Bereitschaft zur Selbstmedikation gerade auch unter Kindern und Jugendlichen signalisieren eine Entwicklung, die die schnelle und beliebige Verwendung von Medikamenten zur Verbesserung des Wohlbefindens bzw. Regulierung von Beschwerden oder Befindlichkeitsstörungen als alltägliche und akzeptierte Strategie deutlich machen. Die problematische Tendenz liegt darin, dass der eigene Körper und das emotionale Befinden zunehmend als „medikamentös beliebig, rasch und unbedenklich manipulierbar“

(Nordlohne, 1992; 63) angesehen werden. Diese Entwicklung wird auch als „Medikalisierung der Gesellschaft“ (vgl. Illich, 1995; 10) thematisiert.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen veröffentlichte im Jahr 2003 für die Jahre 1999, 2000 und 2001 folgende Zahlen:

Arzneimittelpackungen 1,58 Mrd. 1,59 Mrd. 1,660 Mrd.

Gesamtumsatz ca. 53 Mrd. DM ca. 52,6 Mrd. DM

(ca. 21,1 Mrd. €) (ca. 26,9 Mrd. €) 30,67 Mrd. €

2001 wurden etwa 41% (rund 680 Mio.) aller Arzneimittelpackungen ohne Rezept im Rahmen der Selbstmedikation (ca. 4,3 Mrd. € Umsatz, Anteil am Gesamtumsatz: knapp 14%) verkauft. Für diese Mittel wurden 2001 rund 438 Mio. €, rund 20% des Industrieumsatzes für Publikumswerbung ausgegeben (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2003; 13 nach Glaeske 2003).

Zwei Anfang der 90er Jahre durchgeführte Untersuchungen im Auftrag zweier großer Krankenkassen (Ferber et al. (AOK), 1992/ Remien (IKK), 1994) geben deutliche Hinweise darauf, dass das Problem der Medikamentenabhängigkeit unterschätzt wurde. Die Untersuchung von Ferber kommt zu dem Ergebnis, dass in der Bevölkerung der alten Bundesrepublik etwa 1.100.000 Menschen medikamentenabhängig sind.

Remien (1994, 48) ermittelt unter Berücksichtigung aller Arzneimittel mit Abhängigkeitspotential bezogen auf alle 56 Mio. Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen vor der Wiedervereinigung etwa 1,4 Mio. Medikamentenabhängige. Davon ca. 1,1 Mio. Abhängige von Benzodiazepinderivaten und 300 000 von anderen Arzneimitteln.

Neben Arzneimitteln werden auch Vitaminpräparate in erheblichem Maße von Jugendlichen konsumiert. Brüggemann (1990 nach Kolip, 1997; 176) weist darauf hin, dass mit der regelmäßigen Einnahme dieser scheinbar harmlosen Mittel der Weg gebahnt werde, „chemische Prothesen als (Lebens)- bewältigungsmittel“ einzusetzen.

Kolip (1997; 189) zeigt in ihrer Untersuchung, dass mit fortschreitendem Alter (von 12 bis 16 Jahren) die Häufigkeit der Einnahme von empfängnisverhütenden Mitteln zunimmt. So nehmen 12jährige in ihrer Untersuchung noch keine Kontrazeptiva, die 14jährigen Mädchen in 2,8% der Fälle, die 15-Jährigen bereits in 13,6% und die 16-Jährigen liegen bereits bei 20,5%. Die Frage, die sich aus den vorliegenden Zahlen in Verbindung mit den beschriebenen Verordnungsmustern von Ärzten und Ärztinnen ergibt, ist die, ob diese wirklich zweckbestimmt, nämlich zur Empfängnisverhütung eingesetzt werden, oder ob sie vermehrt als Therapeutikum bei menstruellen Beschwerden oder psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen Anwendung finden.

Glaeske weist in seinen Ausführungen „Fragwürdige Entscheidungshilfe – Ärztliches Ordnungsverhalten und Arzneimittelwerbung“ (Glaeske, 1989; 64) auf einen Zusammenhang zwischen dem Ordnungsverhalten der Ärzte mit den „Therapiehilfen“ von Pharmafirmen in Werbekampagnen hin. Pharmafirmen setzen in ihrer Werbung auf für den Arzt bekannte Assoziationen und bieten ihm damit eine vermeintliche Entscheidungshilfe. Die folgende Werbung verdeutlicht diesen Sachverhalt: Die Firma Schering AG bewirbt ihr empfängnisverhütendes Mittel Femovan mit folgendem Text: „Mit 14 hat sie schon ihren eigenen Kopf. Aber sie kann noch nicht alles entscheiden. Als Arzt nehmen Sie ihr eine Entscheidung ab. Sie sehen, dass sie alt genug für die Liebe ist -

aber noch viel zu jung für ein Baby. Sie spüren, dass die Pille Konflikte zwischen Freiheit und Angst in ihr auslösen kann. Neben einem einfühlsamen Gespräch können sie ihr jetzt durch die Verordnung von Femovan mehr Sicherheit geben.“(ebd.).

Daten über Verschreibungsgewohnheiten von niedergelassenen Ärzten sind bisher noch sehr lückenhaft. Cooperstock (1976 nach Vogt, 1985; 16) soll für den US-amerikanischen Bereich herausgefunden haben, dass „Ärzte auf Leiden ihrer Patientinnen und Patienten höchst unterschiedlich reagieren ... Ärzte diagnostizieren bei Frauen häufig Störungen im genito-urinären System, Psychoneurosen und Psychosen und in leichteren Fällen ein gestörtes Allgemeinbefinden bzw. eine vegetative Dystonie“. Die Ergebnisse der Studie beziehen sich auf erwachsene Frauen, leider werden hier keine Aussagen über entsprechende Verschreibungsverhaltensweisen bei Mädchen gemacht.

Sichrovsky (1984; 71) hat für die Bundesrepublik herausgefunden, dass den seinerzeit 9,1 Mio. Kindern bis zum 12. Lebensjahr statistisch 51 Mio. mal pro Jahr ein Medikament verschrieben wurde. Umgerechnet bekommt damit jedes Kind pro Jahr in der genannten Altersgruppe sechs Medikamente verabreicht. Für den Bereich der Psychopharmakaverordnung kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass pro Jahr 1,4 Mio. mal Psychopharmaka für Kinder bis zu 12 Jahren verordnet werden (89/ vgl. auch Nordlohne, 1992; 48/ Remien, 1994; 18). 1,3 Mio. mal wird innerhalb eines Jahres für die gleiche Altersgruppe eine seelische Störung (oder Symptom) diagnostiziert (Sichrovsky, 1984; 71). Tranquilizer, Schlaf- u. Beruhigungsmittel und Antidepressiva sind die am häufigsten verordneten Psychopharmaka für Kinder. Schlaf- und Beruhigungsmittel werden am häufigsten Säuglingen bis zu einem Jahr verschrieben. Die Diagnose „Schlafstörungen“ findet sich in der Altersgruppe bis zu einem Jahr in fast 24000 Fällen, in denen ein Medikament verordnet wurde – das sind im Durchschnitt 5% aller Säuglinge (90). Auch zeigt die Untersuchung von Remien, dass in der Altersgruppe der 0–12jährigen mehr männliche Babys, Kleinkinder und Kinder Psychopharmakaverordnungen erhalten als Mädchen. Das ändert sich jedoch in der Gruppe der 12 - 20jährigen Kinder und Jugendlichen. Hierfür liegen bei Sichrovsky keine detaillierten Daten vor, aber ein Hinweis, dass ein Prozess „Krankheit Frau“ (119) mit der Menstruation beginnt und einen signifikanten Anstieg von Psychopharmakaverordnungen mit sich bringt.

Annähernd gleiche Werte werden von der SFA (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme) für Schweizer Verhältnisse ermittelt. Die 1997/98 durchgeführte Studie (Health Behavior in School-Aged Children –HBSC) unter Schweizer Schülern und Schülerinnen im Alter von 11 – 15 Jahren ermittelt, dass 40% der Jugendlichen in einer Monatsprävalenz vor der Untersuchung mindestens ein Medikament gegen Kopf- oder Bauchschmerzen und/oder gegen Schlafprobleme eingenommen haben. Auch in dieser Untersuchung wird deutlich, dass sich die Prävalenz bei den Mädchen mit dem Alter (von 12 –15) um 15% erhöht (Schmidt, 1999; 4). Obwohl Müller und Abbet (SFA, 1991; 60) Anfang der 90er Jahre eine „Wendung zum Besseren“ prognostizieren, können die obigen Werte diesen Aufwärtstrend unter Schweizer Jugendlichen nicht bestätigen.

Ein deutlich geschlechtsspezifischer Anstieg von Psychopharmakakonsum ab dem 13. Lebensjahr wird darüber hinaus durch ein Anfang der 90er Jahre in Kanada durchgeführtes Survey bekräftigt (Neutel, 1991 nach Ferber/ Ihle/ Köster/ Krappweis, 1992; 56).

Dieser Sachverhalt ist in der bisherigen Forschung deutlich herausgearbeitet worden. Die ermittelten Gründe sind aber jeweils verschiedene.

Kolip weist in ihrer Untersuchung auf die Medikalisierung weiblicher Umbruchphasen hin. Diese werden zunehmend pathologisiert und medikamentös gesteuert.

Der Begriff Medikalisierung bedeutet, „dass bis dahin dem oder der Einzelnen überlassene Bereiche des Umgangs mit dem Körper durch die professionelle Medizin übernommen werden“ (Kolip, 1997; 104). Typische Beispiele finden sich in der Geburtshilfe und Perinatalmedizin sowie in der sogenannten „geleiteten Geburt“ (ebd.) mit steigenden Kaiserschnittraten bis derzeit nahezu 20%. Auch die Gebärmutterentfernungen mit „fragwürdiger Notwendigkeit“ (ebd.) und die verordneten postmenopausalen Hormonpräparate sind Hinweise auf die zunehmende Medikalisierung und Pathologisierung weiblicher Körperprozesse.

Fast keine weibliche Umbruchphase vollzieht sich noch ohne irgendeine medizinische Intervention. Machte sich dieses Phänomen zunächst im Kontext von Schwangerschaft und der Geburt bemerkbar, hat es sich mittlerweile auch auf andere Bereiche ausgelehnt.

Für die hier zugrunde liegende Untersuchungssituation ist bedeutsam, dass sich die fortschreitende Medikalisierung in den letzten Jahren auch auf eine bisher relativ unbeachtete Lebensphase, die der Pubertät, erstreckt. Auch hier ist wieder die Gruppe der Mädchen von besonderem Interesse. Kolip weist auf eine Kampagne in der Kindergynäkologie hin, die sich als Präventivheilkunde versteht und eine prophylaktische gynäkologische Betreuung von Geburt an als ihre zentrale Aufgabe ansieht (105 / vgl. Schüßler/Bode 1992). So wurde im Jahre 1990 der „Arbeitskreis Teenager Sprechstunde“ mit dem Ziel gegründet, nicht nur kranke, sondern auch gesunde Mädchen vor und besonders in der Pubertät regelmäßig gynäkologisch zu untersuchen (ebd., Kolip 1997; 27). Es ist zu vermuten, dass ein solches Ziel nicht nur den Abbau von Angstbarrieren beinhaltet, sondern auch der Ärzteschaft ein beträchtliches Klientel sichern hilft, indem sie das Gesundheitsempfinden der Mädchen früh an eine medizinische Beobachtung und Kontrolle bindet.

Die medizinische Intervention und allmählich eingeübte Bereitschaft, sich in die Verantwortung von Ärzten und Ärztinnen zu begeben, obwohl kein pathologischer Befund erhoben werden kann und auch keine als notwendig erachtete Präventivmaßnahme eine solche Untersuchung erfordert, könnte dazu führen, dass Mädchen und junge Frauen körperliche Veränderungsprozesse nicht eigenständig wahrnehmen und bewerten, sondern unreflektiert auf medizinische Professionalität setzen. Doch gerade der Blick des Arztes oder der Ärztin ist eher auf normabweichende Prozesse gerichtet.

Eine pathologisierte Art des Umgangs mit dem Körper wird aber vermutlich zur Folge haben, dass Mädchen durch natürliche Veränderungsprozesse ihres Körpers verunsichert werden und sich eine fremdgesteuerte Wahrnehmung zu eigen machen.

Eine ähnliche Sichtweise verfolgt Vogt (1985: 222) in ihrer Untersuchung. Sie sieht einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitskonzept der Frauen und ihrem Medikamentenkonsum. „... je eher Frauen geneigt sind, ihre eigene Verantwortung für zunehmende Lebensbereiche an den Arzt zu delegieren, um so wahrscheinlicher ist es, dass sie über kurz oder lang zu Konsumentinnen von Psychopharmaka werden.“ Vogt sieht den erhöhten Psychopharmakakonsum von Frauen im sog. „Frauensyndrom“ (ebd.) begründet. Es bündelt eine Reihe von gesundheitlichen Leiden, die

frauenspezifisch ausgerichtet und Ausdruck eines strukturellen Konflikts sind, dem Frauen nicht ausweichen können, der aber die Bereitschaft zum Medikamentenkonsum forciert. Sie hat in ihrer Untersuchung ermittelt, dass Mädchen gerade in der Zeit der Pubertät und der Nachpubertät „extrem empfindlich auf jede Art psychischer und somatischer Störung“ (ebd., Kolip, 1997; 199) reagieren. Einen Ausdruck findet dieser Zustand in der Äußerung auffällig vieler körperlicher Störungen. Dieser Befund kann als Beleg dafür angesehen werden, dass die biologischen Veränderungen, die sich in der Pubertät vollziehen, verstärkt in psychosomatischen Kategorien geäußert werden. Zudem „verschärft sich der strukturelle Konflikt, den die Geschlechtsidentifikation schon mitgebracht hat, mit der ‚endgültigen‘ Entscheidung über den weiteren Lebensweg“ (ebd.).

Die Irritierbarkeit der Mädchen ergibt sich aus einer Vielzahl von biologischen, psychischen und gesellschaftlichen Indikatoren, die eine eigenständige Orientierung der Mädchen verlangen. Die Beschwerden, über die die Mädchen klagen, haben noch vieles gemeinsam mit denen der Jungen, aber es überwiegen doch schon in dieser Lebensphase die „für das Frauensyndrom typischen Leiden“ (Vogt, 1985; 222). Auch Quensel (2000; 34) konstatiert aufgrund seiner vom Bremer Institut für Drogenforschung durchgeführten Studie zum Freizeit-, Gesundheits- und Drogenverhalten aus dem Jahr 1997/98, dass sich bei den Mädchen aufgrund der konsumierten Mittel gegen Nervosität, Müdigkeit, Verstopfung und Beruhigungsmitteln „ein leichtes ‚Pubertäts-Syndrom‘ feststellen“ lässt.

Schulische Stressfaktoren und deren Begleiterscheinungen in Form von gesundheitlichen Beeinträchtigungen verstärken den Arzneimittelkonsum der Jugendlichen.

Dabei wird auf die wesentliche Bedeutung der Eltern als wichtige Bezugspersonen verwiesen. Zeigen diese für Schulschwierigkeiten kein Verständnis oder sind ihre Anforderungen an die Jugendlichen zu hoch und für diese nicht einzulösen, so tragen sie direkt oder indirekt dazu bei, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Jugendlichen zunehmen und so die Neigung zum Arzneimittelkonsum wächst (Nordlohne, 1992; 199).

Es ist zu vermuten, dass Mädchen mit dem Konsum von Medikamenten stress- und befindlichkeitsregulierende Absichten verfolgen, die unmittelbar in einem primären Krankheitsgewinn münden.

Gerade die deutliche Korrelation zwischen menstruellen Beschwerden zu einem ab dieser Phase signifikant steigenden Medikamentenkonsum, insbesondere von Schmerzmitteln oder Kontrazeptiva, stützen die hier vorgetragene Hypothese, dass eine Vielzahl der durch die Mädchen geäußerten Beschwerden und psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen Symptome darstellen, die Indikatoren für zugrunde liegende psychische Störungen sind.

Deren Ursachen sind zunächst in der realen Lebenswelt der Mädchen zu suchen sowie vermutungsweise auch auf der intrapsychischen Ebene. Wahrscheinlich ist eine deutliche Trennung dieser beiden Ebenen nicht möglich und sie bedingen sich gegenseitig. Das „Zudecken“ (Walch-Heiden, 1992; 292) dieses Zusammenhangs wird m. E. begünstigt durch das sich in der Gesellschaft immer stärker durchsetzende „Recht auf Wohlbefinden“ (ebd.). Zu vermuten ist weiterhin, dass das Postulat permanenter Leistungsfähigkeit, körperlicher Funktionstüchtigkeit und schrankenloses Wohlbefinden dazu führen, dass Schamgefühle und Überforderungsängste über den Konsum von Me-

dikamenten konsequent ausgeschaltet werden. Ängste, Schamgefühle und Überforderung führen zur Ausblendung dieses Zustandes durch den Konsum von Medikamenten. Gleichzeitig bedienen sie sich einer über die Familie erlernten und gesellschaftlich akzeptierten, unauffälligen Problemlösungsmethode, die zusätzlich von Müttern unterstützt, von Ärzten und Ärztinnen toleriert und über die Rezeptgabe bestätigt wird.

1.7 Arzneimittelkonsum und Problembewältigung

Angesichts des in den letzten Jahren ansteigenden Arzneimittelkonsums bei Jugendlichen und im Besonderen unter den adolescenten Mädchen, ist davon auszugehen, dass Medikamente zur Bewältigung von jugendtypischen Entwicklungsaufgaben herangezogen werden.

Es lassen sich eine Reihe von mädchentypischen Strategien anführen, die als Ohnmachtserfahrungen oder auch als Angst im Geschlechterverhältnis zum Ausdruck kommen: sich unvorteilhaft oder entsexualisiert kleiden, aber auch Zunahme von Gewicht, um sich dem Blick der Gleichaltrigen oder der Sexualisierung zu entziehen. Asketische Körperkontrolle und Diätverhalten können in Zusammenhang mit der Linderung von Ängsten in der sexuellen Entwicklung gesehen werden (Franzkowiak/ Helfferich/ Weise, 1998; 55).

Prinzipiell zeigen sich zwei Aspekte im Substanzkonsum bei Jugendlichen: Zum einen signalisiert er eine Problematik in einer vom Scheitern bedrohten Entwicklung der Jugendlichen und zum anderen zeigt sich darin eine spielerisch experimentierende Form der Realitätsbewältigung (Müller, 1989 nach Franzkowiak/ Helfferich/ Weise, 1998; 55/ vgl. Hurrelmann, 1999; 207).

In beiden Fällen ist das Konsumverhalten bezogen auf die Bewältigung der zentralen Entwicklungsaufgaben zu betrachten. Soll die „Sinnhaftigkeit“ (Franzkowiak/ Helfferich/ Weise, 1998; 55) des Verhaltens näher bestimmt werden, muss daher die symbolische Dimension des Verhaltens einbezogen werden. Sie macht das Verhalten, jenseits individueller Motive, zu einem „sozialen Zeichen“ (ebd.). Mit ihrem Verhalten bringen Gruppen zum Ausdruck, was sie beschäftigt und suchen darüber eine Lösung zur Bewältigung.

Das erklärt auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede der jeweiligen Bewältigungsformen.

Der Frage nachzugehen, welche Hintergründe Mädchen veranlassen, Arzneimittelkonsum als angemessene Bewältigungsstrategie bestimmter Entwicklungsaufgaben zu wählen, soll Aufgabe dieser Arbeit sein.

1.8 Problemstellung

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen machen deutlich, dass nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder und Jugendliche in erhöhtem Maße von einem missbräuchlichen Medikamentenkonsum betroffen sind.

Bisher konzentrierte sich die Forschung insbesondere auf Konsumgewohnheiten von Frauen mittleren Alters. Dieser Forschungszweig ist gemessen an der grundlegenden Auseinandersetzung mit dem Phänomen Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit verhältnismäßig umfassend bearbeitet.

Untersuchungen über Konsummuster und -gewohnheiten von Jugendlichen, auch und gerade in Bezug auf Mädchen, liegen der bisherigen Forschung zwar vor, besitzen aber in der Regel deskriptiven Charakter. Auch die Ursachen des Anstiegs des Medikamentenkonsums sind untersucht und analysiert worden und führen zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen, was sicherlich auch an der jeweiligen Fragestellung des Untersuchungskonzeptes liegen mag.

Lücken weist die bisherige Forschung m. E. hinsichtlich der Frage auf, inwiefern Medikamente Probleme lösen können und welche Zielsetzung dem Medikamentenkonsum zugrundeliegt. Beabsichtigen die Mädchen mit der Medikamenteneinnahme eine Befindlichkeitsverbesserung, eine Leistungssteigerung oder eine gesellschaftlich legitimierte Ruhephase? Welche Art von Gewinn erzielen sie, welchen Vorteil versprechen sie sich? Arzneimittel dienen als „Problem- und Konfliktlöser“ (Nordlohne, 1994; 240). Was aber bedeutet dies für die tieferen Gründe des Konsums, die vielfach in schulischen Stresssituationen oder in anderen gesellschaftlichen Determinanten gesucht wurden.

Erkenntnisleitend sollen neben der Systemtheorie auch Aspekte der Rollentheorie sein. So ist der Frage nachzugehen, ob die Mädchen aus rollentheoretischer Sicht, durch die Krankenrolle etwas in der Familie, Schule oder im Freundeskreis einfordern und verändern möchten.

2 Weibliche Identität

2.1 Weiblichkeitsbilder

2.1.1 Individualisierung

In den letzten Jahrzehnten wird die gesellschaftliche Wirklichkeit in Westeuropa zunehmend von einem gesellschaftlichen Umbruch geprägt, der als 'Individualisierung' (Hurrelmann, 1999; 69f.) der Lebensformen bezeichnet wird. Damit gemeint ist die Herauslösung des Menschen aus ehemals schichtengespezifischen und regionalen Traditionen, Gemeinschaften und Bindungen.

Der Begriff 'Individualisierung' beschreibt insgesamt die Auflösung und den Verlust des soziokulturellen Hintergrundes. Dies bedeutet, dass Menschen heute zunehmend ihre eigenen Lebenspläne entwerfen können und müssen, und dass diese Lebenspläne immer weniger durch traditionelle Vorgaben der Familie, der Kirche oder durch Klassen- oder Schichtzugehörigkeit kontrolliert oder vorbestimmt zu sein scheinen (ebd.).

Aus den gesellschaftlichen Veränderungen ergeben sich neue Anforderungen an die Gestaltung der Biographie von Mädchen und jungen Frauen. Sie können sich immer weniger selbstverständlich in vorhandene Muster weiblicher Identität einpassen, sondern sind mit erweiterten Ansprüchen an Bildungsmobilität, dem Problem der Partizipation an Macht und Öffentlichkeit und der weiblichen Autonomie konfrontiert. Andererseits müssen sich junge Frauen mit traditionellen Setzungen von Weiblichkeit weiterhin beschäftigen, die, obwohl in modernisierter „Verpackung“ (Seitz, 1994; 35), die patriarchale Geschlechterhierarchie konservieren und transportieren, wie etwa die Reduzierung weiblicher Machtbereiche auf Familie und Mutterschaft.

Der Individualisierungstrend bedeutet für Jugendliche, so Helsper (1991; 90), „dass die Gefahr von Selbstkrisen keineswegs zurückgeht, sondern vielmehr stärker um den Pol der Autonomie und pluralen Einzigartigkeit zentriert“ wird. Das Scheitern an den hohen Ansprüchen „des ‚aufgelösten Selbst‘ zeigt sich ... immer wieder in Form des Anstieges von Drogen- und Alkoholproblematik, in Form depressiver Selbstwertseinbrüche und eines Verlustes kreativer Vielfalt“.

2.1.2 Das neue Mädchenbild und dessen Antizipation

Das neue Mädchenbild ist ein komplexes „Produkt“ (Stauber, 1999; 54), ein vielfältiges und facettenreiches Konstrukt, das sich um einen Bedeutungskern gruppiert.

Es stellt einen Mädchentypus dar, der selbstbewusst und selbstbestimmt die eigene Meinung vertritt, genaue Zukunftspläne entwirft und verfolgt, der Spaß im Leben hat, gesund, fit, schön und intelligent ist. Dieses Mädchen ist sich ihres Körpers bewusst, genießt ihn und nutzt ihn als Quelle der Lust. Sie weiß um ihre reproduktiven Aufgaben und Fähigkeiten und wählt, in der Gewissheit, beides erfolgreich vereinbaren zu können, den Weg in die berufliche Karriere.

Das „Girlie“ kann hier als perfekte mediale Umsetzung des neuen Mädchenbildes angeführt werden. Diese Variante zeigt sich provokativ, gerade weil das Geschlechterver-

hältnis hier auf den Prüfstand zu kommen scheint und nicht mehr unangefochten von den Mädchen bedient wird. Die Provokation trifft die Normalgesellschaft ebenso wie ihre feministischen Kritikerinnen, weil sie sich eher uneindeutig zeigt. Sie ist deutlich sexualisiert und begibt sich in den Augen des Feminismus zu sehr in die Verfügbarkeit männlicher Vorstellungen (ebd.).

Neben dieser provokativen Version existieren eine Reihe harmloserer Formen in der Umsetzung des oben beschriebenen neuen Mädchenbildes. Das starke, selbstbewusste Mädchen findet in der Politik, in der Werbung, in Mädchenbüchern und natürlich in der Mädchenpädagogik ihren Niederschlag.

Sind die Mädchen auf der Straße wirklich so? Handeln und denken sie so, wie die verschiedenen Akteure sie konstruiert haben und sie sie sehen möchten? Identifizieren sie sich mit diesen Bildern in vollem Umfang oder integrieren sie sie nur teilweise in ihre Persönlichkeit?

Bei der Betrachtung der ‚normalen‘ Mädchen auf der Straße oder in der Schule fällt auf, dass sie ein aktives und selbstbewusstes Bild tatsächlich anstreben. Ihr Verhalten zeigt den Willen zur Selbstbestimmtheit, auch und gerade gegenüber dem anderen Geschlecht. Dieser Eindruck wird schon durch ihr äußeres Erscheinungsbild vermittelt, das oft sexualisiert ist und den medial konstruierten Idealen entspricht.

Die neuen Mädchenbilder bieten ihnen (normativ besetzte und einflussreiche) Folien für bewusst oder unbewusst wahrgenommene Auseinandersetzungen mit entwicklungspsychologischen Aufgaben, aber auch widersprüchlichen gesellschaftlichen Anforderungen und Zuschreibungen an ihre Person. Die Mädchen nehmen diese mit einem Perfektionszwang behafteten Bilder an, obwohl sie für die meisten von ihnen nur schwer erreichbar sind.

Allerdings bieten sie ihnen auch Hilfestellungen bei der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben. Diese „imaginäre(n) Lösungen“ (Helfferich, 1994; 103ff) sind symbolische Handlungen und Ausdruckweisen, die die jeweilige strukturelle Problematik, die z. B. in Rollenkonflikten steckt, nicht wirklich lösen können, die aber auf symbolischer Ebene eine problemtranszendierende Wirkung entfalten. „Sie sind Lösungen in dem Sinne, dass die Widersprüche aufgegriffen, gespiegelt und so bearbeitet werden; es wird ein Verhältnis (kollektiv) zu ihnen entwickelt“ (ebd.). Dadurch bewahren sich Mädchen die Handlungsfähigkeit, die sie benötigen, um die eigene soziale Lage zu verstehen und sich auf persönliche Veränderungsprozesse einzustellen.

Imaginäre Lösungen entfesseln in Form der neuen Mädchenbilder überkommene Vorstellungen in Bezug auf weibliche Körperlichkeit und Sexualität und entwickeln zugleich neue Körperdiktate. Besonders auffällig ist die Propagierung des Schlankheitsideals, dem sich viele Mädchen unterwerfen. Hier zeigt sich wieder einmal mehr, dass, wenn es um eine Differenzierung von Normsystemen geht, neue Freiheiten und neue Reglementierungen eng beieinander liegen. Die Lösungen, die Mädchen hier finden, stellen insgesamt eine Mischung aus Neuem und Bekanntem dar.

Krojer und Funk (1993 nach Stauber, 1999; 55) verweisen in diesem Zusammenhang auf das Problem des Geschlechterkonfliktes unter Jugendlichen. Mädchen wachsen zwar in einem offen geführten Diskurs über geschlechtliche Gleichberechtigung auf, erfahren aber am eigenen Körper die potentielle Verletzlichkeit innerhalb des nach wie vor bestehenden Geschlechterkonfliktes. Dieser Konflikt findet seine – allerdings nur

imaginäre - Überwindung durch ein neues selbstbestimmtes und selbstbewusstes Image, das die patriarchale Hierarchie so weit wie möglich hinter sich lassen will.

2.1.3 Berufsfindung und Lebensperspektive in der weiblichen Adoleszenz

“Nun wollen diese jungen Frauen nach oben, sie gehen unbefangen an die Macht heran ... ehrgeizige junge Frauen äußern ein geringes Interesse an eigenen Kindern und sie legen großen Wert auf Selbstverwirklichung, Erfolg und Anerkennung“ (Weingarten, Wellershoff, 1999; 104).

Dagegen allerdings steht die realistische Beobachtung, dass echte Chancengleichheit im Ausbildungswesen noch immer durch die einseitige geschlechterspezifische Arbeitsteilung verhindert wird. Die Arbeitsteilung lebt aber wiederum von der Bereitschaft der Frauen, sie für sich anzunehmen und schon im Jugendalter zu antizipieren (Hagemann-White, 1993; 64). Grundsätzlich sind alle Berufswege für beide Geschlechter gleichermaßen zugänglich, doch bei näherem Hinsehen sind sie doch zumeist männlich geprägt oder ausgerichtet.

Und so richten Mädchen ihre Vorstellungen der Berufsarbeit weiterhin auf weiblich geprägte oder beherrschte Felder. Es hat für die meisten Mädchen keinen Reiz, die erste oder noch vereinzelt Frau in einem von Männern dominierten Beruf zu sein, und sie legen Wert auf einen Beruf mit sozial-kommunikativer Ausprägung (vgl. Lemmermöhle-Thüsing 1990 nach Hagemann-White, 1993).

So wichtig ihnen eine Berufsausbildung auch ist, ihr Zukunftsentwurf beinhaltet ebenso die Erlangung einer Familie, insbesondere eigener Kinder, und sie gehen davon aus, mindestens zeitweilig ihre Berufstätigkeit deshalb einschränken zu müssen (vgl. Schwarz, 2000; 9ff.). Lemmermöhle-Thüsing (1990 nach Hagemann-White, 1993; 64) beschreibt die Zukunftsentwürfe der Mädchen, die sie in der achten Klasse befragt hat, als realistisch, aber resigniert: „Die benachteiligende Realität wird ... durchaus wahrgenommen, aber als unveränderbar gesehen“. In vorausseilendem Gehorsam reduzieren die Mädchen ihre subjektiven Lebensansprüche, für deren Erfüllung die Gesellschaft keinen leicht gangbaren Weg aufzeigt.

Auch die Befragung von Abiturientinnen zu ihrem Studienwunsch ergibt ein geschlechtsspezifisch geprägtes Bild: „Mädchen wählen in der Schule wie in der Berufsausbildung immer noch die sogenannten typisch weiblichen Fachrichtungen, die in der Regel auf typisch weibliche Berufe und die Zuständigkeit für den Reproduktionsbereich vorbereiten“ (Metz-Göckel/ Nyssen, 1990 nach Hagemann-White, 1993; 65).

Wie kommt es zu einer solchen Neigung schon bei jungen Mädchen - wird doch die Adoleszenz als Phase des Aufbruchs, des Kampfes gegen Tradition und Autorität gesehen? „Die Adoleszenz erschüttert die etablierte Ordnung, um neue und noch unerprobte Ideale aufzustellen“, schreibt Kaplan (1989; 387). Findet dieser Aufbruch bei den Mädchen nicht statt? Denn andererseits „Mädchen heute sind selbstbewusst! Mädchen heute brauchen sich nicht mehr zu emanzipieren, denn sie sind es schon! Die Mädchen nehmen sich, was sie wollen, sie gehen ihren Weg! Viele Mädchen sind so dominant, dass man die Jungen inzwischen fast schon vor ihnen schützen muss!“ (Schwarz, 2000; 7). Wie kann dieser scheinbare Widerspruch erklärt werden?

Untersuchungen der subjektiven Orientierungen, Ansprüche und Lebensentwürfe von Mädchen sprechen für ausgeprägte Interessen an einer qualifizierten Ausbildung und einem Beruf, der als anregend, sinnvoll und ausfüllend erlebt werden kann. Damit haben sich seit dem Ende der sechziger Jahre entscheidende Veränderungen in den Lebensentwürfen junger Frauen ergeben: Die Zentrierung der Perspektiven um ein durch den Ehemann ökonomisch abgesichertes Leben als Hausfrau und Mutter ist abgelöst worden durch das Bestreben nach einer auf ökonomische Unabhängigkeit basierenden Lebensgestaltung und ausgeprägten Interessen an der Erweiterung persönlicher Entfaltungsmöglichkeiten hauptsächlich im Bereich beruflicher Arbeit.¹ Bei genauerer Betrachtung sind diese Entwicklungen aber nur oberflächlich vollzogen worden oder an männliche Lebensentwürfe angeglichen worden. Eine exaktere Analyse zeigt gravierende Unterschiede in den Perspektiven junger Frauen und Männer, die auf die Stabilität zentraler Elemente der Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern verweist. So ist die Orientierung auf Partnerschaft und Familienleben mit Kindern in der weiblichen Normalbiographie noch immer sehr viel deutlicher ausgeprägt als in der männlichen.

Diese Unterscheidung kennzeichnet ein wichtiges Grundmuster für Lebensentwürfe, wie sie gegenwärtig für Mädchen und Jungen typisch sind. Hier zeigt sich, dass die weibliche Normalbiographie durch eine Doppelorientierung auf familiales und partnerschaftliches Zusammenleben einerseits und berufliche Tätigkeit andererseits geprägt ist. Nur allzu oft werden die Vorstellungen von Mädchen und jungen Frauen in Anlehnung an männliche Lebenskonzepte analysiert. Vor diesem Hintergrund werden sie als „unentschiedener, unvollständiger oder gebrochener Individualisierungsprozess“ (Beck/Beck-Gernsheim, 1990; 131) bewertet.

So zeigen soziologische Untersuchungen, insbesondere solche aus dem Bereich der Frauenforschung, zentrale Problemfelder auf, mit denen Mädchen und junge Frauen konfrontiert sind: Einerseits die Diskrepanz zwischen Wünschen und Interessen an beruflichen Bewegungsfreiheiten und den tatsächlichen Spielräumen und Realisierungschancen auf dem Arbeitsmarkt andererseits. Weiterhin gibt es die für sie ungünstigen Strukturen des Beschäftigungssystems, die an der männlich erwerbszentrierten Normalbiographie ausgerichtet sind und wenig Raum für die Doppelorientierung von Familie und Beruf von Frauen lassen. Es bleibt ihnen häufig - um den Preis anspruchsvoller beruflicher Karrieren - nur der Rückgriff auf „Vereinbarkeitsmodelle“ (Flaake/ King, 1995; 17), in denen widersprüchliche Anforderungen, die sich aus der Orientierung an unterschiedlich strukturierten Lebensbereichen ergeben, zusammengebracht werden müssen: Individualisierung der beruflichen Lebensplanung und die Zuständigkeit und Versorgung von Kindern, die ein „Dasein für andere“ (ebd.) nahe legt. Beides ist oft nur unter Verzicht oder mit großen Schwierigkeiten gleichzeitig zu realisieren.

Doch Probleme zu haben ist „out“, und über sie zu reden erst recht. Das Postulat „kein Problem“ zu haben - weder in der Öffentlichkeit noch in der eigenen Liebesbeziehung (Stauber, 1999; 59) - wird durch die neuen Mädchenbilder, die Selbstständigkeit und Eigenwilligkeit von Mädchen fordern, unterstützt. Geschlechtsspezifische Problemstellungen werden dadurch notwendigerweise verdeckt und Mädchen müssen nun verstärkt das Gespaltensein zwischen „resignativer Selbsteinschätzung und möglichst problemloser Selbstdarstellung“ (60) bewältigen. Sie befinden sich in einem Balanceakt zwischen den neuen Bildern der ‚starken, schönen, erfolgreichen, karriereorientierten, problemlosen Mädchen‘, die auch ihre subjektiven Bilder nähren, und der am eigenen Leib erfah-

renen Unmöglichkeit, diesen Bildern in voller Perfektion zu entsprechen. Mädchen bleiben weiterhin „Expertinnen des Zwiespalts“: „Die gesellschaftlichen Rollenkonflikte sind mittlerweile in die Individuen hineinverlagert und machen deren Bewältigung zu einer Aufgabe eines jeden Mädchens. Die inneren Konflikte sind weitaus größer und heftiger geworden“ (Bitzan, 1995 nach Beck, 1999; 60).

Mit der Zuschreibung neuer Anforderungen sind alte Vorstellungen von dem, was Frauen im familiären Bereich traditionell leisten sollen, nicht modifiziert worden oder gar weggefallen. Eine junge Frau beschreibt das Ideal so: „Du musst heute alles auf einmal sein, Superweib, schön, intelligent, studiert, Emanze, aber mit Sex-Appeal, Geld verdienen und natürlich die perfekte, fürsorgliche Mutter.“ (Rheingold, 1998; 11).

2.1.4 Psychologische Ansätze zur Konstruktion von Weiblichkeit

Soziologische Studien zur Lebenssituation von Mädchen sind in ihrer Aussagekraft dort begrenzt, wo es um den Nachvollzug von subjektiv wahrgenommenen Strukturen und Prozessen geht. In den meisten Studien wird ein „Modell vom Handeln“ (Horstkemper, 1990; 17) vorausgesetzt, in dem rationales Kalkül und bewusste Reflexionsprozesse maßgeblich für Entscheidungen sind. „Ihre Handlungsabsichten sind das Ergebnis eines Abwägungsprozesses zwischen eigenen Bedürfnissen und den antizipierten Schwierigkeiten der Realisierung“ (24).

Auch das zitierte Bild der ‚aktiven Doppelorientierung‘ von Mädchen bewegt sich auf der Ebene angenommener bewusster Gestaltungen und kalkulierter Balanceakte. Ausgeblendet bleibt allerdings jene Dimension individuellen Verhaltens und subjektiven Empfindens, die sich rationalen Interessenabwägungen, bewussten Planungen und zielgerichteten Aktivitäten entzieht, und damit ist schon auf die Bedeutung unbewusster Motive verwiesen.

Die Verknüpfung soziologischer und psychoanalytischer Sichtweisen kann einen neuen Blick auf Formen der Lebensgestaltung von Mädchen eröffnen. Durch sie erschließt sich die Konfliktlage weiblicher Lebensentwürfe so, dass scheinbar ‚irrationale‘ Bindungen an tradierte Muster, wie sie im Bereich der beruflichen Orientierung aufgezeigt wurden, verstehbar werden und die Voraussetzungen für Veränderungen bezeichnen können. Durch die Erweiterung der Analysen um die Dimension unbewusster Identifizierungen, Wünsche, Phantasien und Ängste wird deutlich, dass die Orientierung von Mädchen an beruflicher Arbeit einerseits und Partnerschaft und Kindern andererseits häufig keine gleichwertige Gewichtung hat und auch nicht allein durch rationale Strategien bewältigt werden. Denn an die Lebensbereiche Beruf und Familie sind unbewusste Bedeutungsgehalte geknüpft, die „Resultate mütterlicher und väterlicher Identifizierungen und der damit verbundenen Widersprüchlichkeiten sind“ (Flaake/ King, 1995; 18).

Unter den bestehenden gesellschaftlichen Bedingungen der Gestaltung des Geschlechterverhältnisses sind berufliche Erfolge und die Selbstdefinition über Leistung und Fähigkeiten weitgehend ‚männliches‘ Terrain und damit lebensgeschichtlich an den Vater geknüpft. Den männlich orientierten Weg einzuschlagen, kann für Mädchen nur heißen, die symbolisch mit der Mutter verknüpfte Lebensweise zu verlassen und eine Beziehung zu etablieren, die psychisch die Bedeutung einer mit Schuldgefühlen verbundenen Abwendung von ihr zugunsten des Vaters erhält (ebd.). Zugleich aber bringt sie diese Haltung auch in innere Konflikte mit dem Vater, wenn berufliche Erfolge als dessen

Entmachtung empfunden werden. Benjamin verweist auf einen solchen strukturellen Konflikt, vor dem Mädchen unter den gegebenen Bedingungen in der Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern stehen: Selbsttätigkeit, Handlungsfähigkeit und Aktivität sind symbolisch immer noch maßgeblich an das Bild des Vaters geknüpft und werden lebensgeschichtlich weitgehend über väterliche Identifizierungen erworben. Somit können Bestrebungen der Mädchen, einen beruflich erfolgreichen Weg für sich zu wählen als „gestohlen und unrechtmäßig angeeignet“ (Benjamin, 1999; 110) erscheinen und mit überlieferten Vorstellungen von Weiblichkeit konfliktieren. Benjamin beschreibt das „Tochter-Dilemma“ so: „Wie kann sie ihrem Vater ähnlich und dennoch eine Frau sein?“ (ebd.).

Eine Selbstdefinition primär über Familie und Mutterschaft steht dagegen in einem Spannungsverhältnis, einerseits Weiblichkeit zu repräsentieren, andererseits aber von kulturellen Entwertungen geprägt und mit spezifischen Einschränkungen und Abhängigkeiten verbunden zu sein.

So sind die gesellschaftlich vorgegebenen Möglichkeiten der Lebensgestaltung nicht nur mit widersprüchlichen Anforderungen und unterschiedlichen sozialen Realisierungschancen verbunden, die sie zu Trägerinnen unbewusster Bedeutungen und entsprechender Konfliktpotentiale werden lassen, sondern gerade die Konfrontation unbewusster psychologischer Bedeutungsgehalte familiärer Verhältnisse und individueller Verfasstheit mit gesellschaftlichen Bewertungen, Anforderungen und Strukturen kann wichtige neue Perspektiven und Sichtweisen auf die konflikthafte Lebenslagen von heranwachsenden Mädchen und einem damit verbunden problematischen Konsum von Arzneimitteln geben.

2.1.5 Weibliche Adoleszenz

2.1.5.1 Definitionen: Pubertät und Adoleszenz

Die begriffliche Trennung von Pubertät, Adoleszenz und Jugend ist in der Literatur oft sehr unscharf.

Der Begriff der Pubertät bezieht sich auf den Eintritt der Geschlechtsreife, umfasst aber häufig auch deren psychische Verarbeitung. Blos (1995; 14) definiert Adoleszenz als die psychologische Anpassung an die Verhältnisse der Pubertät. Dieser Ursache-Wirkungs-Prozess ist m. E. verkürzt dargestellt. Vielmehr ist davon auszugehen, dass es sich bei dem Phänomen Pubertät und Adoleszenz um ein sich gegenseitig beeinflussendes Phänomen aus biologischer Reifung, gesellschaftlichen Bedingungen und psychosexueller Entwicklung handelt. In der vorliegenden Arbeit sollen beide Begriffe synonym verwendet werden.

Während für Blos die Aufgabe der Adoleszenz in der psychischen Anpassung an die inneren triebdynamischen Prozesse besteht, tauchen in den heutigen soziologischen Entwicklungskonzepten Pubertät und Adoleszenz als besondere Entwicklungsphase nicht mehr auf. Beides wird vielmehr über bestimmte „Entwicklungsaufgaben“ (Hurrelmann, 1999; 32) definiert. Dieser Begriff hat sich in der Entwicklungspsychologie mittlerweile etabliert und beschreibt die Umsetzung von körperlichen, psychischen und sozialen Anforderungen in den einzelnen Lebensphasen „in individuelle Verhaltensprogramme“ (ebd.). Unter einer Entwicklungsaufgabe werden die psychisch und sozial vorgegebenen Erwartungen und Anforderungen verstanden, die an Personen in einem

bestimmten Lebensabschnitt gestellt werden. Sie sind also psychosoziale Bezugssysteme, innerhalb derer die eigene Persönlichkeitsentwicklung vorgenommen werden muss. Die Besonderheit der weiblichen Entwicklung besteht nun darin, Vereinbarkeitsleistungen zwischen verschiedenen Aspekten zu vollziehen – zwischen einer berufs- und familienbiographischen sowie zwischen dem Aspekt einer sexuellen und einer mütterlichen Identität. Die Geschlechtstypik zeigt sich gerade in der Interrelation zwischen den Entwicklungsaufgaben, so dass die grundlegende Struktur der weiblichen Entwicklung auf einer Vernetzung und nicht auf einer analytischen Trennung und Parallelanordnung der jugendlichen Entwicklungsaufgaben basiert, wie sie für die Entwicklung von Jungen typisch ist (Helffferich, 1994; 150f).

2.1.5.2 Zur kulturellen Genese der Adoleszenz

Die Adoleszenz ist in zweifacher Hinsicht ein kulturelles Phänomen: einerseits ist sie ein Produkt des zivilisatorischen Prozesses, wie oben dargestellt, andererseits ist sie eine kulturelle Produktivkraft in dem Sinne, als die Erfahrung dieser Phase eine wichtige Quelle kultureller Symbole darstellt (Erdheim, 1996, 202f.).

Erdheim befasst sich mit der Symbolisierungsfähigkeit von Lebenssinnfragen in der Adoleszenz. Kern seiner Überlegungen ist die angenommene Polarität zwischen Trieb- und Größenphantasien in dieser Phase der Jugend. Seine Ausführungen sind im Kontext dieser Arbeit insofern aufschlussreich, weil aus psychoanalytischer Perspektive erklärt werden kann, wie die bestehende Vorstellung der Geschlechterdifferenz stabilisiert wird.

Die Adoleszenz ist eine Übergangsphase, in der der Heranwachsende den Übergang von der „Ordnung der Familie in die Ordnung der Kultur“ (204) finden muss. Dabei stellen Familie und Kultur zwei grundsätzlich verschiedene Organisations- und Symbolisierungssysteme dar. Die Familie ist der Ort „des Aufwachsens, der Tradition, der Verleugnung, der Intimität im Guten und im Bösen, der Pietät und der Verfemung“ (ebd.). In der Familie schaffen Liebe und Hass gefühlsmäßige Abhängigkeiten, die Geborgenheit vermitteln, aber auch Angst, Ohnmacht und Ausgesetztheit. Die Kultur hingegen ist der Ort der Arbeit, der Innovation, der Revolution, der Öffentlichkeit und der Vernunft. Familie und Kultur stehen in einem antagonistischen Verhältnis zueinander, das sich im Zivilisationsprozess zunehmend verschärft hat. Während im Anfang vor allem das Inzesttabu den Antagonismus setzte, im übrigen aber familiäre und kulturelle Strukturen weitgehend zur Deckung kamen, produzierte der Kulturwandel immer größere Widersprüche zwischen den beiden Systemen, die das Individuum, vor allem von der Pubertät an, vor schwierige Probleme stellt.

Die Adoleszenzphase ist, so Erdheim, der sich an Victor Turners Modell des Übergangsrituals orientiert, von „Ambiguität“ (206) gekennzeichnet, d. h. dass sie sowohl Ängste als auch Hoffnungen weckt, die keine klare Richtung erkennen lassen. Erdheim sieht die Adoleszenz als eine „chaotische Phase voller Ambiguität, die wenig oder keine Merkmale der Kindheit und des Erwachsenenalters aufweist“. In der Adoleszenz entsteht nun ein das Individuum verunsicherndes Symboldefizit, ein Normenvakuum, das eine Bereitschaft zur Unterwerfung erzeugt, die „die Gesellschaft mittels schmerzhafter Initiationen für die Erhaltung ihrer Ordnung ausnützen kann“ (ebd.). Man könnte für den vorliegenden Zusammenhang hinzufügen, dass die Normen der Gesellschaft gerade in dieser Phase bei Mädchen, in dem sie ihnen weibliches Rollenverhalten nahe legen,

der Aufrechterhaltung der bestehenden Ordnung dienen, wobei das entworfene Ideal von Weiblichkeit einen bewussten oder unbewusst wahrgenommenen Zwang ausübt.

Erdheim sieht im Gegensatz zur Ordnung die Notwendigkeit des Chaos, das innerhalb der Ordnung einen festen Bestand hat und das sich in heiligen Festen vollzog. Die Menschen traditioneller Kulturen versammelten sich und unterbrachen ihren profanen Alltag, um zu feiern und sich ihrer Symbolwelt zu versichern. Im Verlauf des Zivilisationsprozesses und mit der Beschleunigung des Kulturwandels verschwanden die meisten dieser Feste und heiligen Rituale. Der Karneval, Sportveranstaltungen und Popkonzerte können heute als Überreste dieses Phänomens gelten.

Das, die Gesellschaft stabilisierende Chaos, ohne dass es nach Erdheims Meinung keine Ordnung mit den ihnen eigenen Symbolen geben kann, wurde aus der Gesellschaft in die Individuen hinein verlagert, so dass wir es heute in der Adoleszenz wieder erkennen können. Somit ist das Individuum allein auf sich gestellt und in die subjektive Verantwortung überführt, das Chaos zu bewältigen und im Übergang von der Familie zur Kultur neue Symbolisierungsformen zu finden.

Auch Helfferich (1994; 65) betont die besondere Rolle des „symbolischen Handelns“. Sie stellt fest, dass sich die Geschlechts- und Identitätsbildung in der Adoleszenzphase „vorrangig im Medium des stilistischen Ausdruckshandelns“ organisiert. In dieser Phase der Entwicklung erproben Jugendliche neue Rollen und Deutungsmuster zunächst nur „tentativ“ (ebd.), also im spielerischen Umgang, um sie später zu einem eigenen Handlungsmuster zu reorganisieren. Das symbolische Handeln erlaubt eine unernste und zugleich erste Identifizierung und sie ermöglicht „die Stellvertretung bedrohlicher Inhalte durch weniger bedrohliche Symbole“ (66). Insofern stellt die Symbolisierungsfähigkeit unter heutigen Jugendlichen in veränderter Form eine Bewältigungsstrategie dar, die ihnen im ‚Chaos‘ der Adoleszenz eine wichtige Hilfestellung bietet.

Symbolisierungsprozesse beruhen traditionellerweise auf dem Zusammenhalt der Gesellschaft. Ihre Geltung erfuhren sie durch die Autorität der Gruppe. Die „Subjektivierung des Chaos und damit auch seine Entzauberung als Triebhaftigkeit überlässt die Symbolisierung dem Individuum und den Motivationen, die es aufbringen kann“, bemerkt Erdheim (209). Das Individuum wird mit widersprüchlichen Werten und Symbolsystemen konfrontiert und verfügt immer weniger über ein in sich stimmiges Konzept. Der unversöhnliche Widerspruch zwischen Familie und Kultur bringt das Subjekt in schwer zu bewältigende Konflikte. Einerseits geht es um die Ablösung von der Familie, andererseits aber auch darum, die überlieferten Werte, Vorbilder und Ideale aufzugeben. Zentrale Bereiche wie die Geschlechtsidentität, also zentrale Merkmale und Zuschreibungen der Männlichkeit und Weiblichkeit, müssen neu symbolisiert werden.

Doch jetzt steht das Subjekt allein in der Verantwortung und ist der eigenen Leistungsfähigkeit, dem Erfolg oder dem Versagen, ausgesetzt. Deshalb müssen wir in diesem Zusammenhang von individualisiertem Aufwachsen sprechen, das neben vielen anderen Aufgaben und Anforderungen, Jugendliche zusätzlich vor eine schwierige Aufgabe stellt.

2.1.5.3 Weiblichkeitszwang und Omnipotenz

Zu den Geschlechtsstereotypen unserer Kultur gehört die Vorstellung, Größenphantasien seien Teil der männlichen Existenz und ihnen deshalb fest zuzurechnen. Dadurch aber, dass sie Frauen abgesprochen werden, wird ihnen ein zentrales Motiv entzogen,

sich an der Produktion kultureller Güter zu beteiligen. Frauen, die dennoch dieses Bedürfnis haben, empfinden dies selbst oft als unweiblich und gelten als unangemessen ehrgeizig und egoistisch.

Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass das Reservoir an Größen- und Allmachtsphantasien, die psychologisch betrachtet, den Kern des Narzissmus bilden, bei Frauen kleiner als bei Männern ist. Wenn Frauen ihre Wünsche nach Omnipotenz verleugnen und ins Unbewusste verdrängen, dann bringen sie diese jedoch nicht zum Verschwinden, sondern sie wirken weiter und werden z. B. in den Dienst der Familienplanung oder der Beziehung zum Mann gestellt. An Stelle der eigenen Phantasien von Größe und Anerkennung tritt dann der Sohn oder der Ehemann, der Großes leisten oder berühmt werden soll. Dabei wird nach außen die Bereitschaft signalisiert, sich für dieses Ziel aufzuopfern als wäre es das eigene (Erdheim, 1996; 221f.).

Düring weist in ihren Ausführungen zur „zerbrochenen Adoleszenz“ (Düring, 1993; 56) darauf hin, dass Mädchen in der früheren Entwicklungsphase ihrer Kindheit durchaus in der Lage sind, Omnipotenzphantasien auszubilden. Die zerbrochene Adoleszenz, so Düring, könnte als Verlaufsform bei sog. „wildem Mädchen“ zu finden sein, wenn man, wie bei ihren berühmtesten Vertreterinnen in der Kinderliteratur „Pippi Langstrumpf“ und die „Rote Zora“, davon ausgeht, dass ihre Bewegungsfreiheit während der Kindheit kaum eingeschränkt wird. Die Geschichten beruhen auf der fiktiven Verwirklichung kindlicher Omnipotenzphantasien: sie haben keine Eltern, wachsen verwahrlost, aber frei und ohne Zwänge auf, und lassen sich durch nichts und niemanden ernsthaft einschüchtern (ebd.).

In der Pubertät allerdings werden Mädchen aufgefordert, sich in die von der Gesellschaft geforderte Geschlechterrolle einzufügen. Während dieses Prozesses werden die Omnipotenzphantasien, sich als Mädchen die gleichen Freiheiten und Freiräume wie sie den Jungen zugestanden werden, zu nehmen und dabei dennoch anerkannt zu sein, „in der Regel im bestehenden Geschlechterverhältnis gebrochen“ (ebd.). Sollten für die Mädchen innerhalb der Familie genügend Freiheiten erlaubt gewesen sein, so werden sie spätestens mit der Pubertät mit gesellschaftlichen Erwartungen konfrontiert, die sie einschränken.

Wenn auch Tendenzen einer gesellschaftlichen Lockerung der starren Verhaltensmaßregeln von Weiblichkeit in den neuen Mädchenbildern zu konstatieren sind, so zeigt ihnen die Realität, z.B. in der begründeten Angst vor Vergewaltigung, ihren eingeschränkten Bewegungsradius auf.

Düring beschreibt diese Entwicklung beim Mädchen als „Drama der weiblichen Pubertät. ... dort, wo die Autonomie ausgeweitet werden sollte, wird sie bei Mädchen eingeschränkt. Das reale Leben als Frau beginnt mit einem Schritt zurück, der wahrlich dazu geeignet ist, Omnipotenzphantasien zu zerbrechen.“ (57).

Diesen Entwicklungsverlauf sieht auch Nancy Chodorow (1985 nach Düring 1993; 57) bei adolescenten Mädchen. Die „Dynamik der Pubertät (wird) bei Frauen zum Stillstand gebracht, sie (finden) sich an der Seite und ein paar Schritte hinter dem Mann wieder, statt ‚revolutionär‘ für ihre Sache einzustehen“.

Deutlich wurde bereits, dass in der Entwicklung von Jungen und Mädchen Unterschiede bestehen, die schließlich zu differenten „Geschlechtsrollenidentitäten“² führen, was wesentlich auf die verschiedenen Identifikationsmöglichkeiten beider Geschlechter zurückzuführen ist. Anfänglich stellt die Mutter für beide Geschlechter den Hauptbezugs-

punkt dar. Sie ist diejenige, mit dem sich Mädchen sowie Jungen identifizieren. Mädchen ahmen das Pflege- und Versorgerverhalten der Mutter nach. Jungen dagegen erkennen die Andersartigkeit der Mutter ihnen gegenüber und streben gleichzeitig nach völliger Unterscheidung zum Weiblichen.

Die Identität des Mädchens basiert auf Beziehungen; für sie stehen menschliche Bindungen im Vordergrund. Sie lernen am Beispiel der Mutter auf wechselseitige zwischenmenschliche Beziehungen zu reagieren, ihnen einen hohen Stellenwert beizumessen und darauf bedacht zu sein, sie zu erhalten. Jungen müssen im Gegensatz zur Bindungsfähigkeit von Mädchen die Bindung und Identifizierung mit der Mutter unterdrücken. Sie lehnen zunächst einmal die von ihnen als weiblich identifizierten Eigenschaften ab und werden in erster Linie auf Aktionen und Resultate hin sozialisiert.

In diesem Sinne beschreibt Karen Horney die Verschiedenheit in der männlichen und weiblichen Entwicklung als die von „Sein“ und „Tun“. Horney bezeichnet die weibliche Identität als „zugeschrieben“, während männliche Identität „erlangt“ wird (Horney, 1932 nach Mendell, 1997; 29).

„Einer der geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen zu Beginn der Pubertät ist, dass Jungen sich zunächst einmal aus der Abhängigkeit der Kindheit befreien, während Mädchen oft das Gefühl haben müssen, aus ihrer Kindheit in die Abhängigkeit als Frau hineinzuwachsen“ stellt Cramon-Daiber (1984 nach Sobiech 1991; 47) fest. Während also Jungen dazu aufgefordert werden, aus sich herauszutreten, um zu ihrer männlichen Identität zu gelangen und dabei das Weibliche der Mutter herabsetzen und zurückdrängen, sollen Mädchen genau diese weiblichen Zuschreibungen für sich als identifikatorische Basis annehmen.

So scheint es „eine in der kulturellen Bestimmung von Weiblichkeit angelegte Verführung zu geben, Größen- und Allmachtsphantasien nicht auf die Gestaltung der äußeren Welt zu richten, sondern auf die Gestaltung der Beziehung zum Mann. In den Weiblichkeitsentwürfen, mit denen Mädchen auf der Suche nach ihrer geschlechtlichen Identität konfrontiert werden, ist eine Aufforderung zur Regression, zum Verzicht auf eigenes und das Dasein für andere angelegt“ (Flaake, 1989 nach Düring, 1993; 58).

Düring (1993; 58) gibt zu bedenken, dass gerade die „feindliche Männerwelt“ Frauen dazu treibt, auf das „Regressionsangebot“ zurückzugreifen. Das Versorgen („müssen“) eines Kindes kann für Frauen vordergründig eine regressive Lösung zur Bewältigung schwieriger beruflicher Situationen sein.

2.1.5.4 Mädchen als Subjekte des Geschlechterverhältnisses

Älteren feministischen Erklärungsansätzen zu Benachteiligungen bei Frauen liegt ein Verständnis der Gesellschaft zugrunde, das von einer Polarisierung von Frauen auf der einen und dem Patriarchat auf der anderen Seite ausgeht. Das Patriarchat wird dabei als ein „hermetischer und in sich widerspruchsfreier Machtblock“ angesehen (Franzkowiak/ Helfferich/ Weise, 1998; 40). Fokussiert wurden die gesellschaftlichen „Zuschreibungs- und Zurichtungsprozesse“ (ebd.), die über die „Geschlechtsrolle“ ihren zwingenden Charakter ausdrücken und weniger der interaktive Umgang der Männer und Frauen mit diesen Zuschreibungen und Erwartungen.

In der Mädchenspezifischen Suchtprävention finden sich einige konzeptionelle Mängel älterer feministischer Sozialisierungstheorien:

- eine vorherrschend „lerntheoretisch ausgerichtete Konzeption der Übernahme der Geschlechtsrolle“ mit einer Akzentuierung auf äußere Zwänge und Fremdbestimmung: Mädchen „werden zu Mädchen gemacht“, Sozialisation gilt als Unterdrückung „eigener Gefühle“;
- eine Betonung der „äußeren, gesellschaftlich existierenden Rollenerwartungen (Geschlechtsstereotypen) gegenüber den inneren Orientierungen der Handelnden“
- Vernachlässigung der Geschlechterdifferenz
- Vernachlässigung der pubertätsspezifischen Dynamik im Prozess der Herausbildung einer sexuellen Identität (ebd.)

Die neuere feministische Theoriebildung vollzieht dagegen einen Perspektivenwechsel, der sich vom früheren dichotomen Ansatz zu einer wechselseitig, sich zwischen Frauen und Männern entwickelnden, aber beeinflussbaren Herstellung von Wirklichkeit bewegt. Darin bedeutet das subjektive Verhalten von Frauen und Mädchen nicht bloße Wiedergabe gesellschaftlicher Erwartungen, sondern verändert sich unter Beteiligung aller Akteure. Aus dieser Perspektive ist eine Verkürzung der Sozialisationstheorie auf eine schlichte Lerntheorie und deren Leitgedanke der Rollenübernahme ebenso unzulässig wie ein reines „Benachteiligungsparadigma“ oder eine klare „Opferperspektive“, die aktives Handeln der beteiligten Subjekte für nachrangig erklärt und in der Konsequenz als unmöglich erscheinen lassen muss (41).

2.1.5.5 Geschlecht und Sexualisierung in der weiblichen Pubertät

Die Vorstellung von einer aktiven Ausgestaltung der Geschlechtsidentität hat eine besondere Bedeutung gerade in der Entwicklungsphase der Pubertät und Adoleszenz. Deren Dynamik wird von den gängigen, auch den feministischen Sozialisationstheorien, eher vernachlässigt - bei einer gleichzeitigen Überschätzung der Effekte der frühen weiblichen Sozialisation für die Entstehung geschlechtsrollentypischen Verhaltens (Enders-Dräger, 1994 nach Franzkowiak/ Helfferich/ Weise, 1998; 43).

So beurteilt Luca (1993; 47) die körperlichen Veränderungen in der Pubertät als Grundlage für vielfältige Verletzungen und Beeinträchtigungen des Ich, als sie zur Stärkung der zu erwerbenden neuen Identität beitragen. Verantwortlich sei dafür wesentlich die Menstruation, die unwiderruflich die Zugehörigkeit zur erwachsenen Frau markiere. Als Tabu und Einschränkung erlebt und behandelt, genießt sie in unserer Kultur als Zeichen von Weiblichkeit nur wenig positive gesellschaftliche Wertschätzung.

Pubertät und Adoleszenz beginnen für die meisten Mädchen mit einer „Identitätsverwirrung“ (ebd.), die darin zu sehen ist, dass das sich entwickelnde sexuelle Selbst der Mädchen – ihr Verhältnis zu ihrem Körper und ihre eigenen sexuellen Wünsche und Gefühle – immer noch zu wenig ins Blickfeld gerückt werden und damit eine insgesamt positive Ich-Identität zu wenig gefördert wird. Statt dessen steht für Mädchen in der Pubertät der Blick von außen auf ihren Körper im Vordergrund. Je nachdem, wie dieser Blick gewertet wird, ob kritisch, anerkennend oder vernichtend, trägt er erheblich dazu bei, ob Mädchen ihre sexuelle Identität insgesamt positiv oder negativ erleben können.

Natürlich sind viele Mädchen stolz auf ihre Weiblichkeit, um so mehr, wenn ihre Körperform den Idealbildern der Gesellschaft – den beschriebenen Mädchenbildern – entspricht. Doch dieses „ich gefalle – also bin ich“ (Olivier, 1989; 65) ist trügerisch. Viel-

fach existiert das Klischee, dass junge Frauen in Abgrenzung zu früheren Frauengenerationen ein freizügiges Leben führen und mit partnerschaftlicher Sexualität wesentlich früher vertraut sind. Das Mädchenbild in unserer Gesellschaft beinhaltet tatsächlich eine Enttabuisierung des sexuellen Erlebnissfeldes junger Frauen, die häufig auf einen zunehmend liberalen Erziehungsstil der Eltern zurückgeführt wird. Konkrete Beobachtungen, die diese These stützen, sind beispielsweise, dass junge Mädchen auffallend erotisch gekleidet sind und freimütig Zärtlichkeiten in der Öffentlichkeit ausleben. Auch die Jugendforschung thematisiert eine „Erotisierung der Schule“ (Helsper, 1991; 79). Die offensichtliche Thematisierung weiblicher Sexualität in den Medien, in Talk-Shows geführte Diskussionen über Abtreibung, Werbung für Hygieneartikel, Pornographie oder der Frauengesundheitsbewegung lassen den Eindruck entstehen, Frauen gingen in unserer Gesellschaft völlig selbstverständlich mit ihrem Körper und ihrer Sexualität um. Aber auch und gerade in einer Zeit gesellschaftlicher Enttabuisierung müssen Mädchen erst einmal allein zu ihrer Körperlichkeit finden, und dies geschieht immer auch in schamhafter Angst und je nach Fortschritt der persönlichen Entwicklung gleichsam unter dem „Schutz“ von Tabus.

In den Medien allerdings ist die frühere Sprachlosigkeit einem Sprechzwang gewichen, und in diesem Prozess, der auch einen Wertewandel ankündigt, liegen Chancen aber auch neue Reglementierungen eng beieinander. So frei und zwanglos die neuen Mädchenbilder auch aussehen, so bedrückend können sie als neue Forderungen wirken. Die wachsende Zahl essgestörter und die hohe Zahl diäterfahrener Mädchen sprechen eine deutliche Sprache.

Diese Phänomene im Jugendalter lassen sich nur teilweise Selbstfindungsprozessen zuordnen und geben zu der Sorge Anlass, dass neue Zwänge mit selbstzerstörerischen Tendenzen im vollen Gange sind.

Viele Mädchen erleben wohl, dass Intelligenz und Selbstbehauptung in Familie und Schule verstärkt gefordert und auch gefördert werden, dass allerdings körperliche Attraktivität und vermeintlich weibliche Fähigkeiten wie Einfühlung und Anpassung immer noch mehr Anerkennung einbringen.

Mädchen und Jungen entwickeln unterschiedliche Wahrnehmungen und Konzepte des Selbst. Die Mehrzahl der jungen Männer orientiert sich an einer Rollenvorstellung, die auf aktiver Demonstration von Einfluss und Stärke beruht und die ihnen einen angemessenen Platz in Beruf und Gesellschaft sichern helfen soll. Dies findet seinen Niederschlag in dem deutlichen Bestreben, sich selbst zu behaupten, sich anderen gegenüber abgrenzen zu können und der Ausweitung des eigenen Machtbereiches. Junge Frauen dagegen orientieren sich an einem Rollenbild, das durch Emotionalität und der Pflege von Beziehungen gekennzeichnet ist. Sie bemühen sich Teil eines sozialen Gefüges zu sein, in das sie integriert sind und in dem sie sozialen Halt finden. Diese Fähigkeiten sind insgesamt für den Gruppen- oder Familienzusammenhalt notwendig, werden aber im Vergleich zu den typisch männlichen Verhaltensweisen gesellschaftlich abgewertet.

Wenn Mädchen beruflichen Erfolg oder gesellschaftliche Emanzipation erreichen wollen, haben sie zur Zeit nur die Alternative sich dem männlichen Ideal anzupassen. Das führt dazu, dass Weiblichkeit, hier im wesentlichen Körperlichkeit und Harmoniestreben einerseits und Leistungs- sowie Durchsetzungswillen andererseits, ständig miteinander auszubalancieren sind, und dass Mädchen sich genötigt sehen, jeweils einen Teil ihrer Identität verleugnen zu müssen.

Insofern ist es nicht verwunderlich, wenn Seiffge-Krenke (1995; 182) eine Abnahme des Selbstbewusstseins bei Mädchen in der Pubertät konstatiert, weil sie in der Entwicklung ihrer Werte weit weniger als Jungen auf eigene Leistungen und Interessen setzen. Und dies, obwohl Mädchen nach Auskunft der Shellstudie 2002 (62) im Bildungsbereich bereits vorn liegen.

Bemerkenswert ist dagegen, und auch dies scheint sich ins Bild zu fügen, dass Mädchen in diesem Alter vermehrt Arzneimittel, insbesondere Schmerzmittel, konsumieren und erhöhte Auffälligkeiten im psychosomatischen Beschwerdebereich zeigen. Sie konsumieren inzwischen mehr und öfter Alkohol als Jungen und rauchen auch mehr. Diese verhaltens- und befindlichkeitsorientierten Indikatoren lassen auf eine konflikthafte Lebenssituation von Mädchen schließen.

2.2 Identitätsfindung bei Mädchen

2.2.1 Identitätskonzepte

Identitätsfindung gilt als die zentrale Entwicklungsaufgabe des Jugendalters. Ihre Bewältigung führt zu Glück und Erfolg, während das Versagen darin das Individuum dauerhaft verunsichert, auf Ablehnung durch die Gesellschaft stößt und zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung späterer Aufgaben führt.

Die Hauptthese dieser Arbeit verfolgt den Gedanken, dass Mädchen angesichts sich rasch wandelnder Bedingungen und Herausforderungen immer größere Anstrengungen zur Identitätsfindung unternehmen müssen, dass dieser Prozess immer komplexer wird und schließlich vermehrt kompensiert werden muss.

Identität kann als ein Koordinationsprozess des Individuums verstanden werden, der sich nach zwei Seiten richtet: sie gilt dann als hergestellt, wenn die Auseinandersetzung mit der äußeren und inneren Lebenswelt zu vereinbarenden Lösungen geführt hat. Dabei ist es nicht erforderlich, dass die Bedürfnisse und Interessenstruktur eines Menschen und seine Handlungskompetenzen in voller Übereinstimmung mit der jeweils institutionell und organisatorisch definierten sozialen Erwartungshaltung der Umwelt stehen. Die eigentliche Koordinationsleistung liegt darin, die notwendigerweise bleibenden Spannungen, die sich aus der Diskrepanz zwischen eigenen Bedürfnissen und Kompetenzen und den Anforderungen der sozialen und materiellen Umwelt ergeben (Hurrelmann, 2000; 65) auszuhalten, auszugleichen oder aktiv zu bearbeiten.

2.2.2 Beziehungssackgasse

Im vorhergehenden Kapitel wurde deutlich, dass Trennung, Individuation und Autonomie als wichtige Merkmale für eine emotional gesunde Entwicklung stehen.

Das Bestreben nach Selbständigkeit, so Miller (1994 nach Litwin 1992; 194), kann aber für Mädchen auch Isolation bedeuten, wenn sie sich von den erwarteten Rollenvorstellungen verabschieden. Brown/ Gilligan (1999; 238) beschreiben eine vielen Frauen und Mädchen bekannte „Beziehungssackgasse“. Sie nehmen sich heraus, um z.B. in Streit-situationen sich selbst oder die Beziehung zu schützen, obwohl ihnen ihr Gefühl etwas

anderes sagt. Indem sie ihre Aggressionen zurückhalten und nicht zulassen, kommt es zu innerer Spaltung und Trennung der Persönlichkeit. Gilligan und Brown erkennen diesen Wandel in der Veränderung der „Stimmen“ der Mädchen von ihrer Kindheit bis hin zur Adoleszenz. Mit dem Erreichen der Adoleszenz eignen sich die Mädchen Strategien an, Beziehungen herzustellen und zu erhalten, sich selbst aber darin möglichst zurückzuhalten. Sie versuchen zwei inkommensurable Beziehungsrealitäten zu verbinden.

Zahlreiche Befunde zum psychosozialen Entwicklungsverlauf von Mädchen machen deutlich, wie der Übergang von der Lebensphase der Kindheit in die der Jugend die Funktions- und Handlungsweise der Mädchen deutlich verändert. Sie erleben, dass ein neues Verhalten von ihnen erwartet wird und wie ihr bisheriges Selbstverständnis in Frage gestellt wird. Ihre bisherige Identität kommt auf den Prüfstand. Ob die zeitweise Orientierungslosigkeit und Neufindung als Last oder als Chance bewertet wird, ist sowohl verhaltenswirksam als auch entscheidend für das persönliche Wohlbefinden.

2.2.3 Stress- und Bewältigungstheorien

Statusübergänge und neuartige Entwicklungsaufgaben im Lebenslauf stellen Stadien intensiver Veränderung dar, die an das Individuum gestellten Lebensanforderung dar. Die Entwicklung in einer Übergangssphase wird ein Individuum dann bewältigen können, wenn es in einem dosierten Maße mit Veränderungen und situativen Anforderungen konfrontiert wird. Die Übergangssituation kann in diesem Fall zur notwendigen „Umprogrammierung und Weiterschreibung“ (Lazarus/ Folkman, 1984; 108f.) des vorhandenen Verhaltensrepertoires genutzt werden. Die gelungene Erfüllung der Anforderungen stellt schließlich eine Konstellation dar, die subjektiv wahrgenommen und als erfolgreich klassifiziert wird. Die Verhaltensanforderungen erscheinen dem Individuum als Herausforderung, denen gegenüber es sich erfolgreich bewährt (ebd.).

Stress- und Bewältigungstheorien beantworten die Frage, wie sich ein Mensch mit alltäglichen, normalen oder ungewöhnlichen Anforderungen an die eigene Persönlichkeit auseinandersetzt, wie die Verarbeitung der Anforderungen gelingt und welche gesundheitlichen Folgen sich daraus ergeben können. In der Stressforschung wird neben den sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen besonders die Ressourcenlage einer Person in den Blick genommen (7).

Ich beziehe mich hier wesentlich auf einen kognitionstheoretischen Ansatz, weil in diesem Theoriekonzept das Erleben und Verhalten nicht nur anhand äußerlich beobachtbarer und registrierbarer Erscheinungsformen untersucht wird, sondern den kognitiven Prozessen, die in Personen bei der Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt ablaufen, besondere Beachtung zukommt.

Identitätsunsicherheiten und Widersprüche gesellschaftlicher Zuschreibungen sowie die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse der hier untersuchten Mädchen, haben entscheidenden Einfluss auf ihr Wohlbefinden, aber auch darauf, wie sie ihre eigene Situation wahrnehmen und bewerten. So kann das Wohlbefinden eines Individuums durchaus als Kriterium und Indikator für eine effiziente Bewältigung von Entwicklungsarbeit bewertet werden. Entscheidend ist, ob das Individuum die eigene gegenwärtige Situation als

bedrohlich bzw. verlustbringend oder als herausfordernd bzw. gewinnbringend eingeschätzt und welche Strategien zur Auseinandersetzung gewählt werden.

Die Übergangssituation, in der sich die jungen Frauen in der vorliegenden Untersuchung befinden, die damit einhergehenden Rollenkonflikte, aber auch körperlichen und psychischen Irritationen unterliegen ihrer kognitiven Einschätzung, und diese beeinflusst zu einem großen Teil das Wohl- oder Missbefinden der jungen Frauen.

2.2.4 Kognitiv-transaktionale Stresstheorie nach Lazarus

Eine der einflussreichsten kognitiven Emotionstheorien aus der Gruppe der reaktionsorientierten Ansätze stellt die kognitiv-transaktionale Stresstheorie von Lazarus dar.

Die Entstehung von Stress bzw. Emotion wird hierbei als Resultat von Person-Umwelt Transaktionen gesehen. Das Erleben von Stress hängt vom Beziehungsgefüge zwischen beiden Faktoren ab. Eine Person steht nach Lazarus stets in einer einzigartigen und dynamischen Beziehung zu ihrer Umwelt. Die Qualität dieser Beziehung hängt in entscheidendem Maße davon ab, welche bewussten oder unbewussten kognitiven Bewertungsprozesse die Beziehungssituation beeinflussen. Lazarus unterscheidet zwischen primärer und sekundärer Bewertung sowie einer Neubewertung, die sich jeweils auf unterschiedliche Inhalte beziehen (Lazarus/ Folkman, 1984; 325).

Bei der **primären Bewertung** wird die Bedeutung eines Ereignisses oder einer Situation für das subjektive Wohlbefinden abgeschätzt, diese Bewertung bestimmt die Intensität und Qualität der emotionalen Reaktion. Drei grundlegende Kategorien der primären Einschätzung sind zu unterscheiden: eine Situation kann als **irrelevant** für das Wohlbefinden, als **positiv** oder als **stressreich** bewertet werden (304f., 315).

Für die Bewertung eines Ereignisses als stressreich schlägt Lazarus eine weitere Aufteilung in drei Unterkategorien vor: **‚Schädigung oder Verlust‘**, **‚Bedrohung‘** und **‚Herausforderung‘**. ‚Schädigung‘ bzw. ‚Verlust‘ bezieht sich auf bereits eingetretene Ereignisse, ‚Bedrohung‘ auf möglicherweise eintretende Situationen und ‚Herausforderung‘ bezieht sich darauf, in einem Ereignis die Möglichkeit zu „positivem Wachstum“ zu sehen. Jeder dieser drei Typen hat möglicherweise einen unterschiedlichen Einfluss auf das Wohlbefinden und auf die Bewältigung des Ereignisses oder der Situation (ebd.).

Eine Situation wird nur dann als stressreich empfunden, so Lazarus, wenn das zugrunde liegende Ereignis oder die Situation auch als stressreich bewertet werden. Nur wenn die Anforderungen, die durch eine bestimmte Situation an eine Person gestellt werden, deren Bewältigungsmöglichkeiten stark beansprucht, übersteigt oder auch unterfordert, kann überhaupt Stress entstehen (315).

Der **Kerngedanke** der Theorie liegt auf dem Ausgleich zwischen Anforderungen der Situation und den Fähigkeiten zu ihrer Bewältigung. Wird eine Situation als stressreich bewertet, setzt ein Anpassungsprozess zur Bewältigung ein. Dafür werden alle zur Verfügung stehenden personalen und sozialen Ressourcen gesammelt.

Situation und Bewältigungsprozess müssen zueinander passen und mögliche Konsequenzen müssen abgewogen werden.

Die dabei ablaufenden kognitiven Prozesse bezeichnet Lazarus als „**sekundäre Einschätzung**“. Beide Bewertungen, primäre und sekundäre, sind eng miteinander verknüpft und beeinflussen sich gegenseitig. Die primäre Einschätzung verweist auf die Auswirkungen eines Ereignisses auf das Wohlbefinden, die sekundäre beurteilt die Möglichkeiten und Fähigkeiten zu deren Bewältigung. Beide können zeitlich ineinander greifen oder die sekundäre Einschätzung kann der primären vorausgehen und letztere beeinflussen. Das Wissen um die zur Verfügung stehenden Ressourcen kann auch dazu führen, dass ein Ereignis oder eine Situation gar nicht erst als stressreich bewertet wird (304f., 315f.).

Der Begriff der **Neueinschätzung** verdeutlicht den transaktionalen Charakter der Theorie. Durch Transaktion mit der Umwelt werden neue Informationen wirksam, Rückmeldungen über eigene Reaktionen und deren Konsequenzen können zu einer Veränderung der ursprünglichen Bewertung führen (304f.).

2.2.5 Ursachenorientiert - strukturfunktionalistische Stresstheorie nach Pearlin und deren Verknüpfung mit der Theorie von Lazarus

Während Lazarus die kognitiven Abläufe verdeutlicht, legt Pearlin (1987, nach Hurrelmann, 2000; 54f.) sein Augenmerk auf vorhandene **strukturelle Stressfaktoren**. Sein Modell geht von den sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen aus, die durch Alter, Geschlecht, soziale Schichtzugehörigkeit, berufliche Position und Rollenkontexte gegeben sind. Durch Belastungsfaktoren (Stressoren) und Überforderungen (strains) kann es zur Manifestation von Stresssymptomen kommen. Ob sie tatsächlich auftreten, entscheiden soziale Mediatoren (Aktivitäten z.B. im politischen Bereich, die die sozialen Rahmenbedingungen berühren, und kollektive Aktionen und Handlungen) sowie personale Mediatoren wie Temperament, Bewältigungskompetenz und Selbstwertgefühl.

Unter Stressoren versteht Pearlin in dem obigen Modell die Bedingungen, die zur Wahrnehmung einer Verunsicherung, Bedrohung oder Überforderung beim Individuum führen und aus diesem Grunde Auslöser für Stresssymptome sein können. Pearlins Konzeption legt ein insgesamt breitgefächertes Belastungsspektrum zugrunde:

- kritische Lebensereignisse, beispielsweise der unerwartete Verlust einer wichtigen Bezugsperson, Trennung oder Scheidung, das plötzliche Eintreten einer schweren Krankheit, Arbeitsplatzwechsel oder Verlust des Arbeitsplatzes,
- chronische Spannungen wie Rollenkonflikte wegen Doppelbelastung durch Arbeit und Haushalt, körperliche und nervliche Belastungen in der Arbeitswelt, langandauernde Arbeitsüberlastungen, enttäuschte Karriereerwartungen, andauernde Konflikte mit dem Partner, emotionale Spannungen mit den Kindern, langandauernde Krankheiten,
- schwierige Übergänge (Transitionen) im Lebenslauf, zum Beispiel vom Jugend- in das Erwachsenenalter, von der Schule in die Arbeitswelt, von der Arbeitswelt in das Rentnerleben.

In der Anwendung beider Stresstheorien kann die Wechselwirkung zwischen strukturellen (strukturfunktionalistischen) und kognitiven (reaktionsorientierten) Anforderungen, mit denen Mädchen konfrontiert werden, angemessen dargestellt werden: Strukturelle Gegebenheiten, die die Mädchen zum Teil als Überforderung erfahren, werden nach Pearlin als Stressoren wahrgenommen. Hier sei die schwierige Situation am Arbeitsmarkt, der „doublebind“ zwischen persönlicher Beziehung und Autonomie, die widersprüchlichen gesellschaftlichen Zuschreibungen in Verbindung mit der problemlosen Selbstdarstellung angeführt. Diese Aspekte werden von einem Großteil der in der Untersuchung befragten Mädchen als Stressoren wahrgenommen.

Diese strukturelle Überforderung und fehlende personale und soziale Ressourcen, z.B. geringes Selbstwertgefühl, fehlende Unterstützung der Jugendlichen durch die Familie oder durch die Peer-Group, können bei den Mädchen zu einer Überforderung und damit zu psychischen Konflikten führen.

Die jungen Frauen werden mit der Anforderung der Konstruktion einer neuen Identität konfrontiert, die von ihnen eine Anpassungsleistung und die gleichzeitig die Leugnung eines wichtigen Teils ihrer Persönlichkeit von ihnen verlangt: Sie sollen selbstbestimmt ihren eigenen Weg gehen, aber auch bestehende Bindungen nicht gefährden oder aufgeben. Die Mädchen versuchen dann kognitiv beides zu bewältigen, was einem Beziehungsspatat, der Stress und Konflikte nach sich zieht, zur Folge hat.

Hinzu gesellen sich schwierige strukturelle Probleme, die die jungen Frauen unmittelbar angehen, wie die schwierige Situation am Arbeitsmarkt, die hohen Scheidungsraten, die problematische sozioökonomische Lebenslage von alleinerziehenden Müttern, die fehlenden alternativen Frauenvorbilder für selbstbestimmtere Lebensformen, aber auch die hohen Anforderungen in den konstruierten Mädchenbildern, perfekt sein zu müssen. Probleme, Ängste, Unsicherheiten, Irritationen, ja sogar echtes Versagen werden vor dem Hintergrund der problemlosen Selbstdarstellung verdeckt.

Entsprechend der vielfältigen Anforderungen und vor dem Hintergrund einer Vielzahl struktureller Unsicherheiten, wird die konfliktreiche Lebenslage der adoleszenten Mädchen besonders deutlich. Die Manipulation des eigenen Körpers stellt da ein für die Mädchen adäquates Betätigungsfeld dar, in dem sie selbst aktiv werden können.

Diese Form der Belastung ist keine akute, sondern eine chronische, die die jungen Frauen über einen langen Zeitraum, wahrscheinlich bis weit in das Erwachsenenalter hinein, beschäftigen wird. Gerade die langandauernde Anspannung fördert ganz offensichtlich gesundheitsgefährdende Lebensweisen wie Alkohol- und Nikotinkonsum sowie psychische und körperliche Beeinträchtigung (Badura/ Pfaff, 1996 nach Hurrelmann, 2000; 55). Für die untersuchte Gruppe – Mädchen im Alter von 14 – 18 Jahren – ist zu vermuten, dass sie für die Bewältigung ihrer spezifischen Lebenssituation einen frauenspezifischen Weg der Bewältigung suchen, nämlich einen möglichst unauffälligen, den Arzneimittelkonsum.

2.2.6 Das Identitätskonzept nach Marcia

Gerade im Hinblick auf die Frage nach dem Gelingen und Scheitern im Bewältigungsprozess der Adoleszenz erscheint es sinnvoll, die besondere Entwicklungsphase der

Mädchen vom Übergang vom Kind zur Frau genauer zu betrachten. Dabei ist der Zusammenhang der Stresstheorien und einem Identitätskonzept, hier unter Hinzuziehung der Theorie von Marcia, sehr hilfreich. Dieses Modell ist von Interesse, weil es nicht unabdingbar von einer gelungenen abgeschlossenen Identitätsbildung ausgeht. Die in diesem Modell eingeführten Begriffe „Identitätsstrategie“ und „Identitätsmanagement“ (Kraus, 1998, 168) betonen das Unabgeschlossene im Identitätsbildungsprozess.

Basierend auf Eriksons Ansatz der psychosozialen Entwicklung konzipiert J. E. Marcia (1993; 11f.) die Identitätsentwicklung als einen Wechsel von vier Typen des Identitätsstatus:

- Im Zustand **übernommener Identität (foreclosure)** orientiert sich der Jugendliche an Standpunkten, die von den Eltern oder dem familiären Umfeld übernommen und nicht in kritischer Auseinandersetzung erworben wurden. Das Individuum fühlt sich diesen Standpunkten gegenüber verpflichtet, sie strukturieren z. B. in politischer oder religiöser Hinsicht die Erfahrungswelt und bieten Werte und Normen für das gesellschaftliche Leben.
- Im **diffusen Zustand (identity diffusion)** fehlt die innere Verpflichtung gegenüber bestimmten Orientierungen. Diesem Typus zugeordnete Individuen haben weder Festlegungen getroffen noch eine engagierte Explorationsphase in den Bereichen Berufswahl, politische Orientierung, sexuelle interpersonelle Wertefindung durchgemacht und fühlen sich hin- und hergeworfen.
- Ganz anders im **Moratorium**: Hier befinden sich die Individuen in einer explorativen Phase, aber ebenfalls ohne Festlegungen getroffen zu haben. In dieser Phase hadert das Individuum mit verschiedenen Sichtweisen und versucht sich aktiv zu orientieren. Diese explorative Auseinandersetzung wird oft als Krise erlebt. Die Individuen fühlen sich hin und her gerissen und können sich nicht entscheiden.
- Im Zustand der **erarbeiteten Identität (identity achievement)** ist das Individuum in aktiver Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Standpunkten zu Überzeugungen gelangt, die die Erfahrungswelt aus der eigenen Perspektive heraus strukturieren. Dieser Status ist mit gelungener Identität gleichzusetzen, der durch eine feste Lebensplanung gekennzeichnet ist.

Bezogen auf einen ausgeglichenen, psychisch stabilen Gesundheitszustand ist anzunehmen, dass erarbeitete Identität positiv mit körperlichem wie psychischem Wohlbefinden korreliert: „Foreclosure and achievement women had higher self-esteem than Moratorium and Diffusion women“ (Marcia/ Friedmann, 1970; 24).

Hinsichtlich der Stressverarbeitung tragen Explorationsbereitschaft und eine erarbeitete Identitätsstruktur somit dazu bei, Transitionsaufgaben³ als aktiv zu bewältigende Herausforderungen zu sehen und deren Bewältigung das Zutrauen in die Fähigkeiten der eigenen Person zu stärken. Auch Adoleszente im Moratorium sind „akkomodativen und assimilativen Differenzierungsprozessen“ (Haußer, 1997; 131) zugänglich. Aber dadurch, dass sich die Prozesse nacheinander ablösen, befinden sie sich in einem unausgewogenen Gleichgewicht. Die Individuen in dieser Phase können die „wohlbefindens-

fördernden Effekte der aktiven Explorationsbemühungen“ (Fuhrer, 2001; 5) nicht unmittelbar erleben, da das Krisenempfinden dominiert.

2.2.7 Scheitern und Gelingen im Identitätsprozess

Angesichts der dargestellten gesundheitlichen Störungen Jugendlicher in Zusammenhang mit einem sich erhöhenden Konsum psychoaktiver Arzneimittel bei den Mädchen stellt sich im Rahmen der Identitätsarbeit die Frage, welche gesellschaftlichen Faktoren bei einer nicht gelungenen Identitätsbildung eine Rolle spielen.

Hierbei ist es notwendig, die Begriffe Scheitern und Gelingen neu zu überdenken. Zunehmende Individualisierungsprozesse und schwierige sozioökonomische Bedingungen (z.B. hohe Jugendarbeitslosigkeit) zwingen dazu, eine Identitätsentwicklung, die nach früheren Maßstäben als Scheitern zu bezeichnen wäre, heute einer neuen Betrachtung zu unterziehen.

Diese Frage betrifft zum einen die bloße Übernahme von Identität. Sie ist dadurch charakterisiert, dass keine echte Auseinandersetzung mit sozialen Identitätsangeboten erfolgt. Solange diese Personen an ihren übernommenen Normen zur rigiden Erfahrungsstrukturierung festhalten können, fühlen sie sich voraussichtlich wohl. Aufgrund der fehlenden Explorationsbereitschaft können Individuen mit übernommener Identität jedoch keine eigene Kompetenzerfahrung entwickeln, so dass Krisen eher als Bedrohung statt Herausforderung betrachtet werden.

Kroger (1995 nach Kraus/ Mitzscherlich, 1997; 160) findet in einer Untersuchung in Neuseeland 1990 wesentlich mehr Mädchen mit dem „Foreclosure“-Status als noch sechs Jahre früher. Sie führt das auf die dramatische Verschlechterung der sozioökonomischen Bedingungen in diesem Land im Lauf der achtziger Jahre zurück.

Die Transitionsanforderungen werden nicht als Heraus-, sondern als Überforderung wahrgenommen. Dies führt wieder zu der Frage, ob Mädchen mit den neuen und gesellschaftlich so hoch akzeptierten Mädchenbildern insgesamt nicht doch überfordert werden. Denn wenn die erforderlichen gesellschaftlichen Bedingungen oder sozialen Ressourcen – unabhängig von den persönlichen Fähigkeiten - nicht zur Verfügung stehen, ist die Gefahr des Spannungsabbaus durch Substanzkonsum groß.

Ein weiterer Befund stammt von Marcia selbst. Er betrifft den Status der Identitätsdiffusion. Er stellt 1989 (nach Kraus/ Mitzscherlich, 1997; 160) fest, dass der Anteil der Personen mit diffuser Identität seit ca. 1984 von zuvor 20% auf 40% angestiegen ist. Dieses Ergebnis ist mittlerweile durch andere Studien bestätigt worden. Das bedeutet, dass eine wachsende Zahl von Jugendlichen sich nicht mehr auf stabile, verbindliche und verpflichtende – und in diesem Sinn identitätsstiftende – Beziehungen, Orientierungen und Werte festlegt. Sie haben sich keinen Wertekanon erarbeitet. Marcia erklärt dies mit Zunahme der Diffusion und zielt auf eine Differenzierung des Diffusionsbegriffes ab. Sinnvoll ist es seiner Meinung nach, eine neue Form von Diffusion anzunehmen, die aus der Sicht des Subjekts sinnvoll ist.

So findet er eine Untergruppe, die er „kulturell adaptive Diffusion“ nennt, womit er auf die Anpassung zwischen dem indifferenten Subjekt und den Unverbindlichkeit fordern-

den gesellschaftlichen Bedingungen eingeht. Die kulturelle Adaptivität spricht für positives Wohlbefinden. Ferner unterscheidet er die „sorglos Diffusen“, die den Anschein von guter Integration und hoher sozialer Kompetenz erwecken, von den „gestört Diffusen“, die sozial isoliert sind, oft scheitern und kompensatorische Größenphantasien ausbilden. Sowie eine vierte Untergruppe, für die die Diffusion ein „Durchgangsstadium“ auf dem Weg zur erfolgreichen Identitätsfindung ist, was ebenfalls auf positives Wohlbefinden schließen lässt (ebd.). Gestörte Diffusion geht mit niedrigem Wohlbefinden einher und ist nach Marcia pathologisch.

2.2.8 Identitätsdiffusion als gelungener Identitätsstatus?

Studien der empirischen Identitätsforschung stützen Marcias Befund der zunehmenden Identitätsdiffusion (vgl. Kraus/ Mitzscherlich, 1998/ Fuhrer 1998). Im Interview erscheint diese Diffusion oft als Normalitätsdiskurs. Jugendliche erklären und begründen sich selbst und ihre Beziehungen und Zukunftsprojekte überraschend häufig mit dem Begriff der Normalität. Sie wünschen sich „eine normale Schulausbildung, ein normales Gehalt und ein normales Leben“ (Kraus/ Mitzscherlich, 1997; 165). Daraus könnte eine Botschaft der Jugendlichen abgeleitet werden, die da lautet: „Ich bin nichts Besonderes und will es auch nicht sein; ich versuche nur klar zu kommen, die Dinge zu nehmen, wie sie sind; es kann aber auch jederzeit alles ganz anders kommen.“ (166).

Dieser Normalitätswunsch resultiert aus ganz unterschiedlichen Motivationen der Jugendlichen. Es geht nicht darum, ob und welche gesellschaftlichen Entwicklungen beim Individuum ankommen, sondern um die Konstituierung eines Subjekts, das selbst unauflösbar mit der sozialen Welt verwoben ist. So kann der Normalitätswunsch in all seiner Ungerichtetheit Ausdruck einer „diffusen Heilserwartung mit normativem Subtext“ (ebd.) entsprechen, die aus einer schwierigen sozioökonomischen Situation resultiert: Normalität als das kaum (noch) Erreichbare.

Bei anderen ist der Wunsch eher eine Art Tarnung gegenüber dem „Individualitätsterror“ im Sinne von „auffällig werden“ oder „wie alle sein“ zu verstehen (ebd.).

Gleichzeitig ist Normalität aber auch Ausdruck „monadischer Selbstversicherung“ (ebd.). Die individuelle Lösung für die eigenen Probleme ist insgesamt nicht besser, aber auch nicht schlechter als die Lösungen anderer. Darüber eröffnet sich auch die Möglichkeit der wechselseitigen Anerkennung von Verschiedenheit, einer sozialen Verbindung über individuelle Unterschiede hinweg.

2.2.9 Normativität und Normalität

Die o.g. Auffassung von Normalität bedeutet faktisch den Abschied von jeglicher Normativität, die über das Individuelle in einer konkreten Lebenssituation hinausgeht.

Die Frage, die sich nun unmittelbar aufdrängt, ist wie sich das Zusammenleben von Menschen organisieren kann, wenn keine allgemein verbindlichen, normativen Orientierungen mehr anerkannt werden. Dies könnte bedeuten, dass es demnächst den Status der erarbeiteten Identität auch nicht mehr oder zumindest weniger geben wird. Für die Individualisierungsthese können die eben beschriebenen Ergebnisse zur Normalität als Beleg dafür dienen, dass die Individualisierung als eine gesellschaftliche Entwicklung

erhebliche Wirkung zeigt. Die Identitätsentwicklung ist nicht einfach ein vorstrukturierter Ablauf, den jedes Individuum natürlicherweise durchläuft, sondern seine Gestaltung sowie die Dauer eines solchen Prozesses werden ganz wesentlich von der konkreten gesellschaftlichen Situation mitbestimmt. Die gegenwärtige Sichtweise von Identität ist die einer lebenslangen Entwicklung, in der die Identitätsintegration in der Spätadoleszenz als eine anfängliche Formulierung angesehen wird, die während des ganzen Lebens der Gegenstand von Reformulierung und Reintegration ist (Kraus/ Mitzscherlich, 1997; 162/163).

Und auch die wiederkehrende Reintegration wird oft mehr „strategisches Ziel als reales Ergebnis“ (Kraus/ Mitzscherlich, 1998; 166) sein, denn die „Konstante des Selbst besteht nicht in der Aufrechterhaltung von Identität, sondern darin, eine dialektische Spannung zu ertragen und periodische Krisen zu meistern“ (Tap, 1980 nach Kraus/ Mitzscherlich, 1997; 169).

Die Normalität jugendlicher Identitätsentwicklung im Europa des 21. Jahrhunderts scheint darin zu bestehen, dass subjektive Lösungen für Alltagsprobleme individuell gefunden werden müssen. Demnach entstehen soziale Bezüge darüber, dass jede Art von individueller Lösung als gleichermaßen gültig betrachtet und behandelt wird. Es gebe durchaus Verständigungsmöglichkeiten, meinen Kraus und Mitzscherlich, aber keine grundsätzlichen (normativen) Verallgemeinerungen mehr.

Diese gegenwärtige gesellschaftliche Sicht auf das, was Normalität beschreibt, unterscheidet sich damit erheblich von der Beurteilung früherer Generationen. Beispielsweise zeigt der „Geist der Sechziger“ (ebd.), dass ein Großteil der Jugendlichen in dieser Zeit dem Identitätsstatus „achieved“ (erarbeitet) zuzurechnen war. Sie haben zwar die Entwicklungsaufgabe der Auseinandersetzung mit ihrer Position in der sozialen Welt und im Beruf wohl wahrgenommen, allerdings mit der Konsequenz, die Erfüllung dieser Aufgabe bewusst zu verweigern. Die bewusste und überlegt gewählte Verweigerung gegenüber etablierten Identitätsmodellen ist eine explorative Auseinandersetzung – eine Rebellion –, die wiederum identitätsstiftend gewirkt hat.

2.2.10 Statusunsicherheit bei Mädchen

Junge Frauen von heute werden mit unterschiedlichen Mädchen- und Frauenbildern konfrontiert, die einerseits im traditionellen Frauenbild verharren, die aber andererseits durch die neueren Bilder auf eine selbstbestimmte Form des weiblichen Lebens abzielen.

Letztere bieten den jungen Frauen zwar mehr Freiheit und die Chance auf ein gleichberechtigtes, selbstverantwortetes Leben, gleichzeitig bürdet es ihnen eine Verantwortlichkeit in sozialer und ökonomischer Hinsicht auf, für die sie keine Vorbilder haben. Die begleitenden Ängste und Verunsicherungen verhindern die notwendige Explorationsbereitschaft der jungen Frauen. Allgemein gesprochen wird es ihnen sogar leichter fallen, sich gar nicht mit den Bildern auseinander zusetzen, sondern sich ganz im Sinne des Forclosure-Identitätsstatus zu verhalten. Sie übernehmen die Identität ihrer Mütter und setzen sich nicht kritisch damit auseinander. Diese Form der Identitätsbildung korreliert nicht unbedingt negativ mit dem Wohlbefinden junger Frauen.

Aber auch die in den Medien vermittelten neuen Weiblichkeitsbilder bieten die Möglichkeit der einfachen Übernahme einer Identität. Wenn auch hierbei viele Handlungs- und Verhaltensweisen nicht klar definiert und ausgestaltet sind, so kann doch davon ausgegangen werden, dass der Weg von der Vorstellung des „Girlie“ bis zur Karrierefrau nicht weit ist und er nicht in Abgrenzung zur Existenz der Eltern, sondern alternativ dazu verstanden wird.

Eine Auseinandersetzung mit dem Ziel der bewussten Wahl und im Sinne einer „erarbeiteten“ Identität findet auch hier nicht statt. Aber dies ist, folgt man der Theorie einer sich über wesentlich längere Zeiträume als die Pubertät entwickelnden Identitätsfindung, nicht zwingend notwendig, weil jede im Verlauf des Lebens auftretende Krise auch die Chance birgt, sich persönlich fortzuentwickeln, aber sich andererseits auch als Krise entwickeln kann, weil im Rahmen der übernommenen Identität keine Strategien zur Bewältigung von Überforderungen erarbeitet wurden.

Mädchen aber, die in der Spannung verschiedener Identitäten verharren ohne sich für oder gegen ein Lebensmodell entscheiden zu können, werden mit großer Wahrscheinlichkeit in einen Konflikt geraten, der zu psychischen wie physischen Symptomen führt. Diese Gruppe dürfte auch am ehesten dazu neigen, sie medikamentös wegzumanipulieren.

Schwer durchschaubare Umweltfaktoren und auch die Unsicherheit über eigene Ressourcen der jungen Frauen entscheiden deutlich über den erlebten Stress. Die einen mögen diese Bedingungen im Sinne Marcias als Herausforderung aufnehmen, andere, die „foreclosure“-Mädchen, die soziale Veränderung ohnehin als krisenhaft erleben, werden damit überfordert sein.

Die jungen Frauen sind diesen Belastungen in der Regel langfristig ausgesetzt und suchen auf ihrer individuellen Handlungsebene den Ausgleich zwischen Anforderung und Bewältigung. Junge Frauen, die ihre Lebenslage als stressreich bewerten, suchen unterschiedliche Möglichkeiten der Kompensation. Dazu gehört die perfektionistische Körpermanipulation in Form von Diäten und Schönheitsoperationen oder sie konsumieren Medikamente, die entweder Schmerzen lindern, Befindlichkeiten verbessern oder das Gewicht reduzieren. M. E. ist auch dies eine explorative Form oder zumindest der Versuch, mit Unsicherheiten in der Persönlichkeitsentwicklung umzugehen, denn in allen Methoden zeigt sich der Wunsch nach persönlichem Eingreifen und der Steuerung bedrohlicher Situationen.

Zumeist reichen die Ressourcen unter deutschen Mädchen nicht aus für eine aktive, öffentliche Rebellion, wie es die Riot-Girls in den USA vorleben. Vermutlich sind die gesellschaftlich tradierten Werte in den Familien noch immer stärker als die – bei allem äußerlich demonstrierten Willen zur Egalisierung der Geschlechterrollen – angestrebten Werte wie Autonomie und Freiheit für die Entwicklung von Mädchen.

3 Methodik und Durchführung

Es wurden insgesamt dreihundert Schüler und Schülerinnen der Klassen 9 - 10 verschiedener Schulen (Gymnasium, Real- und Hauptschule) einer niedersächsischen Kleinstadt mit Hilfe eines Fragebogens über ihr Gesundheitsverhalten und ihren Medikamentenkonsum befragt. Diese Untersuchung zielt auf eine Bestandsaufnahme ab, die einen Einblick in die Gesamtsituation des Medikamentenkonsums von Jugendlichen geben sollte. Um subjektiv individuelle Handlungsmotivationen Jugendlicher zu bestimmen wurden im Rahmen einer qualitativen Erhebung zusätzlich vierzehn Mädchen über Einzelinterviews erfasst. Hierbei handelte es sich um ca. 60 – 90 minütige Befragungen, die ich persönlich durchgeführt habe.

3.1 Deskription des Feldes

Die Untersuchung ist in einer kleinstädtischen Struktur angesiedelt. Informationen über den Medikamentenkonsum von Jugendlichen im städtischen wie im ausgesprochen ländlichen Bereich liegen dem „BISDRO“ (Bremer Institut für Drogenforschung) bereits vor, so dass die Analyse des Medikamentenkonsums von Jugendlichen im Besonderen von Mädchen gerade im kleinstädtischen Bereich als wichtige Ergänzung der bisherigen Forschungsergebnisse gewertet werden kann.

3.2 Qualitative Methode

Ausgangspunkt der durchgeführten Studie war die Annahme, dass das gesundheits-schädigende Verhalten des Medikamentenkonsums von Mädchen ab dem 14. Lebensjahr als aktive Auseinandersetzung mit ihren psychischen wie physischen Lebensumständen zu verstehen ist. Es ist als Ausdruck einer zielgerichteten Bewältigung von spezifisch weiblichen Entwicklungsanforderungen zu werten. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Medikamentenkonsum als Krankheitsgewinn den Mädchen eine Reihe von Vorteilen bringt, deren Untersuchung u. a. Aufgabe dieser Forschungsarbeit sein soll

Die zentrale Fragestellung, die hier verfolgt werden soll ist die, inwieweit Mädchen über den missbräuchlichen Medikamentenkonsum Statusunsicherheiten² zum Ausdruck bringen.

Ich gehe vordergründig davon aus, dass der Medikamentenkonsum die Funktion einer Bewältigungsstrategie von Belastungen und Anforderungen ihrer spezifischen Lebenslage darstellt, dies aber einer Auseinandersetzung mit den tiefer liegenden Ursachen für die angesprochenen Symptome entgegensteht.

Es gilt herauszufinden, wie sich private, lebensgeschichtlich entstandene Vorstellungen von Krankheit und Weiblichkeit mit gesellschaftlichen Werten und medizinischen Normen vor dem Hintergrund der typisch weiblichen Entwicklungsphase der Pubertät verschränken und wie sie darüber hinaus im Medikamentenkonsum münden und welche Vorteile sich Mädchen darüber verschaffen.

Von besonderer Bedeutung ist dabei der Einfluss des Elternhauses, im Besonderen der der Mutter. Des Weiteren wird eine Einordnung des Phänomens Medikamentenkonsum von Mädchen auch in einen größeren soziologischen Zusammenhang einzubetten sein, um eine Herleitung bestimmter frauen- bzw. Mädchenspezifischer Verhaltensweisen ursächlich zu begreifen.

Wie in der Literatur hinlänglich beschrieben stehen schulischer Leistungsdruck und schulisches Scheitern in enger Verbindung mit einem erhöhten Arzneimittelkonsum von Jugendlichen allgemein und insbesondere von Mädchen. Angesichts des hohen Arzneimittelkonsums von Mädchen im Gegensatz zu den Jungen können einerseits unterschiedliche geschlechtsspezifische Konsummuster zugrundegelegt werden, andererseits kann ebenfalls in Anlehnung an weiblichen Arzneimittelkonsum von Frauen im mittleren Lebensbereich vermutet werden, dass bestimmte frauenspezifische und damit in diesem Fall Mädchenspezifische Lebenslagen einen Konsum befördern können. Somit soll in dieser Untersuchung der Fokus auf speziell weibliche Lebensumstände und Bewältigungsstrategien von Mädchen und jungen Frauen gelegt werden. Gerade auch vor dem Hintergrund der besonderen Lebensphase in der die Mädchen sich mit Beginn der Pubertät bewegen. Anzunehmen ist, dass gerade die durch diese veränderte Lebenssituation an sie herangetragenen Anforderungen und Konnotationen zur Bewältigung eine stabile personale wie soziale Ressourcenlage notwendig machen. Ist diese nicht gegeben, können sich problematische Formen der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben wie sie im problematischen Arzneimittelkonsum zu finden sind einstellen.

3.2.1 Forschungsfragen

Die allgemeine Fragestellung, welche Lebensbereiche und Faktoren bei Mädchen mit dem erhöhten Arzneimittelkonsum zusammenhängen, werden auf dem Hintergrund der Stress- und Bewältigungstheorien von Lazarus und Pearlin in enger Verknüpfung mit Marcias Identitätsmodell wie folgt formuliert:

1. Welche Bedeutung hat die soziale und personale Ressourcenlage für die relevanten Lebensbereiche Schule und Familie für einen erhöhten Konsum von Arzneimitteln bei adolescenten Mädchen ?
2. Welche Bedeutung hat die Menstruation als herausragende weibliche Entwicklungsaufgabe und identitätsstiftendes Moment für die Entwicklung einer positiven weiblichen Identität für einen erhöhten und missbräuchlichen Arzneimittelkonsum von adolescenten Mädchen?
3. Zeigen sich vor dem Hintergrund weiblicher Identitätsanforderungen im Konflikt- und Bewältigungsverhalten von Mädchen Faktoren, die einen missbräuchlichen Arzneimittelkonsum forcieren?
4. Mit welcher Zielsetzung verfolgen adolescenten Mädchen einen problematischen Arzneimittelkonsum? Verschafft er ihnen einen Krankheitsgewinn und wird darüber als Problem- und Konfliktlöser eingesetzt oder gebrauchen sie Medikamente als Stützfunktion, wenn personale Unterstützung und Begleitung in schwierigen Situationen nicht gegeben ist.

Hypothesen

Die Hauptthese dieser Arbeit verfolgt die schwierige Identitätsfindung von adolescenten Mädchen vor dem Hintergrund sich verändernder Weiblichkeitsbilder, als ein auslösendes Moment für einen problematischen vielleicht missbräuchlichen Arzneimittelkonsum.

Schule:

- Elterlicher Schulleistungsdruck führt zu einem erhöhten Arzneimittelkonsum
- Im Rahmen gesellschaftlicher Zuschreibungen in den neuen Weiblichkeitsbildern führt auch selbstgesetzter Leistungsdruck zu einem erhöhten Arzneimittelkonsum.
- Der fremd- oder selbstgesetzte Erfolgsdruck betrifft in erster Linie die Mädchen der mittleren Leistungsschichten.

Familie:

- Mädchen, die ein offenes und affektiv unterstützendes Familienklima erleben, zeigen keinen auffälligen Arzneimittelkonsum .
- Mittelschichtfamilien zeigen sich strukturell traditionell ausgerichtet und jugendspezifischen Anschauungen weniger offen. Leistung und Erfolg stehen für Statussicherheit, da sich diese Bevölkerungsschicht einerseits aufstrebend und andererseits durch sozialen Abstieg bedroht fühlt. Mädchen, die dieser Bevölkerungsschicht angehören, neigen im Gegensatz zu den anderen Schichten eher zu einem problematischen Arzneimittelkonsum.
- Vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Weiblichkeitsbildes ist anzunehmen, dass gerade Gymnasiastinnen im Rahmen des Identitätsmodells von Marcia eher dem erarbeiteten Status zuzurechnen sind, weil sie aufgrund der herkunftsbedingten Voraussetzungen über eine günstigere soziale wie personale Ausgangslage verfügen, die ein Experimentieren und Reflektieren mit neuen Rollenbildern ohne Angst ermöglichen. Während vermutlich die Hauptschülerinnen eher in den übernommenen Status kategorisiert werden können und die Realschülerinnen dem diffusen anzurechnen sind.

Konflikt- und Problembewältigungsverhalten:

- Mädchen mit einem erhöhten Medikamentenkonsum bagatellisieren Probleme und umgehen konflikthafte Auseinandersetzungen aus Angst vor einem Beziehungsverlust. Sie verhalten sich angepasst.

Menstruation:

- Mädchen, die nicht oder nur sehr oberflächlich auf das menstruelle Geschehen vorbereitet werden, erleben im Zusammenhang mit ihrer Blutung Gefühle von Angst und Irritation, die sich in Form von Schmerzen oder anderen körperlichen Beschwerden ausdrücken können. Hier könnte sich dann ein Arzneimittelkonsum anschließen.

- Mädchen, die eine problematische Vorstellung von erwachsener Weiblichkeit haben, erleben ihre Menstruation befremdlich und oft schmerzhaft, so dass die Ablehnung von Weiblichkeit über eine beschwerdereiche Menstruation ausgelebt wird.
- Mädchen, die während dieser Entwicklungsphase vom Kind zur Frau keine Begleitung oder Unterstützung erfahren, stehen in der Gefahr aufgrund von Irritation und Verunsicherung eine schmerzhaft Menstruation zu entwickeln.
- Die Töchter, die von ihren Müttern negativ beeinflusst werden, stehen ebenfalls in der Gefahr die Menstruation unangenehm zu erfahren.

Diese unterschiedlichen Einflussfaktoren können zu einer schmerzhaften Menstruation führen, die dann Auslöser für einen erhöhten Arzneimittelkonsum sein kann.

Krankheit

Mädchen, die ein konfliktvermeidendes Verhalten zeigen, suchen oft den Weg in der krankhaften Bearbeitung ihrer Probleme. Sie erfahren über den primären aber insbesondere über den sekundären Krankheitsgewinn eine scheinbare Lösung ihrer Probleme. Sie erfahren über die Krankheit die Legitimation sich zurückziehen zu dürfen und erfahren eine gesteigerte Aufmerksamkeit und Fürsorge durch die Umwelt.

Medikamente

Arzneimittel werden von Mädchen nicht nur zur Linderung von Beschwerden konsumiert, sondern sie erfüllen ebenfalls die Funktion der Leistungssteigerung und werden im Rahmen des Postulats auf uneingeschränktes Wohlbefinden konsumiert.

Insbesondere die Mädchen, die sich am neuen Weiblichkeitsbild orientieren, versuchen über Arzneimittel den inneren und äußeren Paradigmen zu entsprechen. Was nichts anderes bedeutet, als dass sie Schlankheitsmittel und Laxantien konsumieren, um schlank zu sein, Schmerzmittel mit Coffein, um sich fit, gut und leistungsfähig zu fühlen. Unangenehme Gefühle werden über Arzneimittel positiv manipuliert.

3.2.2 Durchführung

In der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Fragestellung, die zu einem Großteil das subjektive Netzwerk von Vorstellungen, Einstellungen und interpersonellen Beziehungen der Mädchen widerspiegelt.

Neben dieser subjektiven Ausrichtung der Arbeit sollen gleichzeitig die teilweise recht widersprüchlichen gesellschaftlichen Bedingungen ihrer Alltagswelt sichtbar gemacht werden, die Normen, Strukturen und Konnotationen, die die Mädchen möglicherweise in einen Zwiespalt drängen.

3.3 Triangulation

Aufgrund dieses zweiteiligen Forschungsinhalts möchte ich mich einer kombinierten Erhebungsmethode, der Triangulation bedienen. Dieses methodische Vorgehen ermöglicht aufgrund der unterschiedlichen methodologischen Vorgehensweisen die Wider-

sprüchlichkeiten der individuellen und gesellschaftlichen Lebensbedingungen der Mädchen nicht aus dem Blickfeld zu verlieren.

Die methodologische Vorgehensweise der Triangulation beschreibt eine Kombination verschiedener Methoden, verschiedener Forscher, Untersuchungsgruppen, lokaler und zeitlicher Settings sowie unterschiedlicher theoretischer Perspektiven in der Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Phänomen. Sie wurde zunächst als eine Strategie der Validierung der Ergebnisse, die mit den einzelnen Methoden gewonnen wurden, konzipiert. Der Fokus hat sich jedoch zunehmend in Richtung der Anreicherung und Vervollständigung der Erkenntnisse und der Überschreitung der (immer begrenzten) Erkenntnismöglichkeiten der Einzelmethoden verlagert. So unterstreicht Denzin (1989; 247), dass die „Triangulation von Methoden, Forschern, Theorie und Daten die vernünftigste Strategie der Theoriekonstruktion bleibt“. Grundlegend bleibt m. E. für die Auswahl der methodologischen Vorgehensweise der Untersuchungsgegenstand. Für die in der vorliegenden Arbeit beschriebenen Fragestellung, die subjektive wie gesellschaftliche Bedingungen gleichermaßen aufzudecken versucht, scheint mir die Kombination unterschiedlicher Methoden erfolgversprechend. In der methodologischen Triangulation verbinde ich die quantitative Erhebung mit der qualitativen.

Die quantitative Methode erlaubt einen größeren Einblick, da die Erhebung größerer Fallzahlen möglich ist. Über die Erfassung einer Vielzahl von Probanden wird ein Überblick geboten, der für die Einordnung der Fragestellung in den großen Problembereich ‚missbräuchlicher Arzneimittelkonsum‘ erforderlich ist.

Die Analyse der subjektiven Bedeutungen und Verhaltensweisen von Mädchen wird über die Methode des halbstandardisierten Interviews durchgeführt. Dieser Untersuchungsmethode liegt ein Schema von zuvor festgelegten Fragen zugrunde. Es überwiegen aber offene und weitgefaste Fragen. Ein allen Interviews vergleichbarer Fragenkatalog ermöglicht bei der Datenauswertung eine höhere Validität.

Diese subjektiven Forschungsinhalte werden auch Teil des Fragebogens sein, die halbstandardisierten Interviews jedoch, so ist zu vermuten, werden zusätzliche Erkenntnisse liefern, die nur in der freien Exploration ermittelt werden können.

3.4 Zugrunde gelegter Forschungsansatz

Kenzeichnend für die qualitative Forschung ist die induktive Vorgehensweise der Forschenden. Sie betreten ein für sie völlig neues Feld und statt von Theorien und ihrer Überprüfung auszugehen, werden Theorien aus empirischen Untersuchungen erst abgeleitet und entwickelt.

Besonderes Augenmerk von mir liegt auf der Gegenstandsangemessenheit einer Methode im Verhältnis zum Forschungsgegenstand. Gerade die Untersuchung von Einstellungen, Vorstellungen, Bewusstseinsänderungen etc. legt eine Methodenwahl nahe, in der der Forschungsgegenstand nicht auf die Methode gepresst wird, sondern der Gegenstand mit der gewählten Methode zu erfassen ist. Die Gesundheitsforschung bedient sich aufgrund des komplexen Forschungsgegenstandes gern der qualitativen Methodik. Sie verdeutlicht die Unterschiedlichkeit der Perspektiven, der am Phänomen beteiligten

Personen. Sie untersucht Wissen und Handeln der Beteiligten. Sie analysiert die diesbezüglichen Interaktionen und Umgangsweisen mit dem zu erforschenden Untersuchungsgegenstand im jeweiligen Feld. Zusammenhänge werden im konkreten Kontext des Falls beschrieben.

Deshalb ist die methodische Orientierung an den theoretischen Konzepten des „Symbolischen Interaktionismus“³ ausgerichtet. Dieser überwindet die empirisch-analytisch orientierter Wissenschaft inhärente Sichtweise von Mensch und Dingen als zwei getrennte Welten, versteht den Prozess der Wahrnehmung und des Handelns als interaktive Vermittlung zwischen ihnen.

Eine weitere zentrale Annahme, die ich zur Unterstützung des methodischen Prinzips anführen möchte, ist das „Thomas-Theorem“:

„ ... wenn eine Person eine Situation als real definiert, diese Situation in ihren Konsequenzen real ist, führt direkt zum fundamentalen methodologischen Prinzip des symbolischen Interaktionismus: Der Forscher muss die Welt aus dem Gesichtswinkel der Subjekte sehen, die er untersucht.“ (Flick, 2000; 30).

Angesichts der o. a. Fragestellung, in der ein bestimmtes Bewusstsein, Vorstellungen und Einstellungen erforscht werden sollen, scheint mir der von Blumer und Thomas formulierte Forschungsansatz des Symbolischen Interaktionismus am geeignetsten.

Ergänzen möchte ich den Ansatz um eine in den letzten Jahren entwickelte Theorie von Denzin, dem Interpretativen Interaktionismus. Dieser „versucht die Welt gelebter Erfahrung für den Leser direkt zugänglich zu machen“ (Denzin, 1989: 10). Voraussetzung ist aber, die untersuchten Prozesse biographisch aufzufassen und notwendigerweise unter diesem Blickwinkel zu interpretieren (19).

3.4.1 Das problemzentrierte Interview

Das von Witzel (1985 nach Flick, 2000; 105) entwickelte problemzentrierte Interview ist gekennzeichnet durch eine Zentrierung um ein oder mehrere Problemfelder, die anhand eines Leitfadens, der aus Fragen und Erzählanreizen besteht, insbesondere biographische Daten im Hinblick auf ein bestimmtes Problem thematisieren.

Die Konzeption biographischer Erzählsequenzen als soziale Gebilde, die sowohl Wirklichkeit als auch Erfahrungs- und Erlebniswelten der Subjekte konstituiert und das in dem dialektischen Verhältnis von lebensgeschichtlichen Erlebnissen und Erfahrungen und gesellschaftlich angebotenen Mustern sich ständig neu affirmiert und transformiert, bietet die Chance, den Antworten auf eine der Grundfragen der Soziologie, dem Verhältnis von Individuum und Gesellschaft, näher zu kommen. In der „biographischen Selbstpräsentation“ (Rosenthal, 1995; 12) der Mädchen, gelingt es der Forscherin Zugang zur prozesshaften Aneignung sozialer wie personaler Ressourcen der jungen Frauen zu bekommen.

Der Gesprächsverlauf soll möglichst offen und durch geringes aktives Eingreifen der Interviewerin vollzogen werden. Der Leitfaden wird eher als roter Gesprächsfaden verstanden und dient der Forscherin dazu, die der Forschung zugrunde gelegten Problemfelder nicht aus dem Blickfeld zu verlieren.

Die Interviewsituation sollte vertrauensvoll und offen gestaltet sein, die Befragten sollten sich ernst genommen fühlen. Neben dem Prinzip Offenheit stellt die Kommunikation eine wesentliche Anforderung der qualitativen Sozialforschung dar. Wenn ich davon ausgehe, dass soziale Systeme auf Kommunikation und den im kommunikativen Prozess produzierten Bedeutungen und Erwartungen beruhen, so sollte der Forschungsprozess diesen kommunikativen Charakter sozialer Systeme einbeziehen (Froschauer, Lueger, 1998: 17f). Das aktive Mitgestalten in Form von Nachfragen oder Erzählanreizen des Gesprächsverlaufs im Interview ist bei Witzel grundlegende Strategie. Wohingegen Schützes Modell des narrativen Interviews auf aktives Eingreifen der Interviewerin völlig verzichtet oder sie ans Ende der Erzählung setzt (Schütze 1977 nach ebd.; 43). Diese Methode verlangt vom Befragten die Fähigkeit über längere Redebeiträge den Erzählfluss aufrecht erhalten zu können. Diese Fähigkeit ist bei Jugendlichen nicht in dem Maße vorhanden wie bei Erwachsenen, was Diezinger et. al. (1983 nach Schwarz 1997; 138) darauf zurückführen, dass Jugendliche ihr Leben noch nicht als biographischen Prozess begreifen. Das problemzentrierte Interview nach Witzel (1985 nach Flick, 2000; 105) bietet zudem, angesichts des umfangreichen Informationsmaterials, eine aktiv intervenierende Strukturierungsmöglichkeit, um den Forschungsgegenstand nicht aus den Augen zu verlieren.

3.4.2 Leitfaden

Im Gegensatz zu den USA, wo die methodische Diskussion lange Zeit die Beobachtung als Methode der Datenerhebung in den Mittelpunkt stellte, stehen im deutschen Sprachraum offene Interviews im Vordergrund (Hopf, 1991 nach Flick, 2000; 108). Insbesondere Leitfaden-Interviews haben größere Beachtung erfahren und werden vielfach angewendet. Diese positive Stellung dieser Interviewmethode leitet sich aus der Annahme ab, dass in der relativ offenen Gestaltung der Interviewsituation die Sichtweisen des befragten Subjekts eher zur Geltung kommen als in standardisierten Interviews oder Fragebögen. Dieses Verfahren ermöglicht schon im Prozess der Datenerhebung, die Verschränkung von subjektiven und objektiven Strukturen zu erfassen. Es ermöglicht die notwendig theoriegeleitete und problemorientierte Thematisierung der anstehenden Forschungsfrage ebenso wie die subjektiv handlungsmotivierenden Parameter der Interviewpartner und -partnerinnen.

Bei der Auswahl der Themen orientierte ich mich eng an der Fragestellung und operationalisierte folgende Themenbereiche zu den Fragenkomplexen:

Persönlichkeit: Selbstbild, Zukunftswünsche, Weiblichkeitsbild, Familienwunsch, Berufswünsche, geschlechtsspezifische Körperbilder;

Mutterbild: Beziehung zur Mutter, Konflikte, Wünsche;

Körper: Körperbewusstsein, Menstruationserleben;

Krankheit: Häufigkeit, Art der Krankheit, Behandlung, Reaktion des Umfeldes;

Beziehung: Umgang und Bewertung von Beziehungen und Beziehungskonflikten, allgemeines Konfliktverhalten;

Medikamente: Konsum, Beschaffung, Art der Medikation, Anwendungsverhalten.

3.4.3 Auswertung und Interpretation der Interviews

In Anlehnung an das von Mayring (2003; 42ff.) entwickelte Auswertungsmodell der „qualitativen Inhaltsanalyse“ habe ich das transkribierte Material ausgewertet und interpretiert. Dieses Modell der qualitativen Inhaltsanalyse hat das Ziel, nach formalen Strukturierungspunkten und unter vorher bestimmten Ordnungskriterien ausgewählte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, markante Ausprägungen im Material zu suchen und genauer zu beschreiben (typisierende Strukturierung). Kennzeichnend für diese Art der strukturierenden Inhaltsanalyse ist die vorab ausgearbeitete theoretische Festlegung des Strukturierungsumfanges in Verbindung mit einem Kategoriensystem. Dieses schematische Auswertungsverfahren ermöglicht einen übersichtlichen und eindeutigen Umgang mit dem gesammelten Material. Das Modell eignet sich vor allem für die reduktive Auswertung großer Textmengen. Die Formalisierung des Vorgehens hat nicht zuletzt ein einheitliches Kategorienschema zur Folge, das den Vergleich von verschiedenen Fällen zulässt und erleichtert. Dies stellt sich als Vorteil gegenüber den stärker induktiv und/oder fallbezogenen Interpretationsverfahren heraus (56).

Die Schematisierung dieses Vorgehens ist im Ansatz deutlich am Ideal quantitativer Methodik orientiert. Die schnelle Kategorisierung birgt die Gefahr, den Blick auf den Gesamttext mit möglichen weitergehenden Informationen zu verstellen, weil er ausschließlich auf die vorgefilterten Ordnungskriterien fokussiert. Um dieser Feststellung Rechnung zu tragen sollte Mayrings Analysemodell (59) als grundlegende Analysemethode dienen, wird aber nicht bis ins Detail Anwendung finden.

1. Im ersten Schritt habe ich eine Einteilung der vierzehn vorliegenden Interviewskripte vorgenommen. Diese Einteilung separierte zwei Gruppen: Die erste Gruppe beinhaltet Mädchen, die wenigstens 1 – 2 mal die Woche und/oder täglich Arzneimittel konsumieren und in der zweiten Gruppe finden sich die Mädchen, die keine oder nicht so häufig Medikamente gebrauchen. Persönlichkeits-, Sozial- und Umgebungsfaktoren lassen sich innerhalb dieser Unterteilung leichter als eventuelle Gründe oder Ursachen im Rahmen eines erhöhten Medikamentenkonsums sondieren.

2. Unter Heranziehung der zu bearbeitenden Fragestellung und dem vorbereiteten theoretischen Wissen hinsichtlich des untersuchten Themenfeldes, wurde ein Kategorienschema erstellt. Ich möchte die Entwicklung dieses Ordnungsschemas am Beispiel des Themenfeldes Menstruation illustrieren. Auf der Grundlage des theoretischen Informationsstandes wurden folgende „Dimensionen“ (Flick, 2000; 214) entwickelt: Menarche, Reaktion der Eltern/Mutter auf die Menarche, Menstruationserleben der Mutter, Menstruation als Initiationsmoment, Einstellung der Mädchen zur Menstruation, was verbinden die Mädchen mit Menstruation, Menstruation und Medikamente, Menstruation als Krankheit.

Die erstellten Kategorien zur Ausdifferenzierung der einzelnen Dimensionen sollen hier am Beispiel der Dimension >Reaktion der Eltern/Mutter auf das Menarcheerleben< dargestellt werden: Mittels einer einfachen Skalierung, die vier Kategorien ergab: sachliche Reaktion, positive Reaktion, neutrale Reaktion, negative Reaktion wurde das Material systematisch erschlossen.

3. Das erste Durchlesen des Skriptes ermöglicht eine erste grobe Einschätzung der interviewten Person. Einige sehr markante Textstellen, die spontan ersichtliche Antworten auf die entsprechenden Strukturierungsdimensionen geben, werden markiert.
4. Beim zweiten Durchlesen wird der Text in das Kategorienschema eingeordnet, wobei dieses über die Informationen im Text eine kontinuierliche Erweiterung erfährt.
5. Ein erneutes drittes Durchlesen vor dem Hintergrund eines deutlichen Informationsbestandes der einzelnen interviewten Personen stellt auf die subjektiven Verarbeitungsformen der jeweiligen Themenfelder ab. Die Gestik, Mimik, Stimmelmelodie und Tonarten der Stimme beispielsweise, geben einen Eindruck von der jeweiligen Gefühlssituation der Person. Die unterschiedlichen Ausdrucksformen emotionalen Beteiligtseins lassen auf die Art und Weise der Verarbeitung der abgefragten Dimensionen schließen. Konkret bedeutet dies, auf das Kategorienschema angewendet: Auf die Frage, wie die erste Menstruation erlebt wurde: positives/freudiges, neutrales, negatives und nicht erinnerbares Erleben. Die unterschiedlichen Wahrnehmungen zwischen „totaler Panik“ und nicht erinnerbarem Erleben weisen auf unterschiedliche Verarbeitungsformen mit diesem Geschehen hin.
6. Im letzten Schritt folgt die theoriegeleitete Interpretation der Daten. Gerhardt (1986 nach Schwarz 1997; 145) verweist darauf, dass die Interpretation und der Erklärungswert der interpretierten Daten immer „argumentativ begründbar“ sein sollten und zwar bei qualitativer Forschung aus einer belegbaren Theorie der gesellschaftlichen Wirklichkeit.

Dieses Postulat berücksichtigend, interpretiere ich das vorliegende Material auf dem Hintergrund, der in den jeweiligen Kapiteln vorangestellten theoretischen Konzepten. Anwendung finden feministisch-tiefenpsychologische Theorien zur weiblichen Adoleszenz, allgemein gültige Krankheitsmodelle sowie sozialisationstheoretische Konzepte zur Bearbeitung von jugendspezifischen Entwicklungsaufgaben.

Ich gehe davon aus, dass junge Frauen sowohl Subjekt als auch Objekt ihrer persönlichen Lebenssituation sind, dass es sowohl ihr Interesse ist, ihre individuelle Lebensgestaltung aktiv auszubilden und zu verändern als auch, dass gesellschaftliche Notwendigkeit besteht, Veränderungen zugunsten einer bedürfnisgerechteren weiblichen Lebensweise anzustreben, die Jugendliche und in diesem Fall Mädchen nicht in Situationen drängt, die sie nur über den Konsum von Arzneimitteln meinen bewältigen zu können.

Bei der Auswertung und Interpretation des Materials waren die theoretischen Überlegungen zum Stress- und Bewältigungsverhalten von Jugendlichen vor dem Hintergrund der ausgearbeiteten Themenfelder erkenntnisleitend. Die personale und soziale Ressourcenlage der Mädchen, kann einen wichtigen Beitrag zur Analyse von missbräuchlichen medikamentösen Konsummustern von jungen Frauen leisten.

Die Darstellung der Interviewergebnisse ist nach Themenfeldern gegliedert. Der Auswertung und Analyse der Mädchenaussagen ist jeweils eine theoretische Einordnung des jeweiligen Themenfeldes vorangestellt, auf deren Grundlage eine Interpretation der Aussagen vorgenommen wurde.

3.5 Quantitativer Erhebungsteil

3.5.1 Erfassung des lebensweltlichen Kontextes der Mädchen

Qualitativen Datenerhebungsmethoden haftet immer noch das Image an, wenig reliabel und objektiv zu sein. Auch quantitative Erhebungsmethoden sind in den letzten Jahren einer deutlichen Kritik anheim gefallen. Fragebogenuntersuchungen geben allenfalls eine statistische Momentaufnahme eines Sektors des täglichen Lebens wieder, sie fokussieren in überdimensionaler Größe einen beliebigen Ausschnitt des Lebens. Gerade in einer Untersuchung von Jugendlichen kann sich dies eher verzerrend denn erkenntnisbringend auswirken, da ein entscheidendes Merkmal der Jugendzeit darin besteht, dass sich heranwachsende Menschen noch auf einem Experimentierfeld befinden, auf dem sie Erfahrungen sammeln, sich selbst ausprobieren, ihre Grenzen kennenlernen und ihre Orientierungen überprüfen. Die Jugendlichen sind noch nicht auf gesellschaftliche Rollen festgelegt, ihnen stehen verschiedene Möglichkeiten offen. Diese Zeit ist stark prozesshaft geprägt. Dies bedeutet für die gewonnenen Daten, dass sie als Momentaufnahme zu verstehen sind.

So richtig und wichtig diese Einwände sein mögen, so wenig ist auf diese Form der Datenerhebung gerade bei großen Stichproben zu verzichten. Gerade, wenn es darum geht, einen Überblick über das zu erforschende Feld zu erhalten, um die Einordnung der eigenen Fragestellung vollziehen zu können. Berechtigt und zu berücksichtigen, aber ebenso nachrangig, ist der Hinweis auf den vorgeformten Erkenntnisgewinn der Forschenden. Der Forschungsgewinn ist sehr eng gezogen und beschränkt sich auf die Angaben mit denen der Forscher am Anfang der Untersuchung ohnehin gerechnet hat – die aufgestellte Hypothese soll Bestätigung finden, da die Fragebogengestaltung auf des Forschers Hypothesenbildung beruht.

Will man sich jedoch leiten lassen und hat sich als oberste Aufgabe gesetzt, die für den vorliegenden Forschungsansatz wichtigsten Prinzipien ‚Offenheit‘ und die Anerkennung des Subjektstatus der Beforschten konsequent anzuwenden, sollte eine Methode gewählt werden, die diesen Prinzipien Rechnung trägt. Die Verbindung einer qualitativen mit einer quantitativen Erhebungsmethode sollte sich als sehr brauchbar erweisen.

Um dieser Forderung Rechnung zu tragen, um also die Aussagen der Mädchen in der qualitativen Erhebung in einen größeren Themenzusammenhang einbetten zu können, werden die über das Interview ermittelten qualitativen Daten durch eine Fragebogenerhebung einer größeren Stichprobe, die Mädchen und Jungen umfasst, erweitert. Die Erfassung des Gesundheits- und Freizeitverhaltens von Mädchen und Jungen geschah mit Hilfe des Fragebogens aus dem internationalen Forschungsprojekt „Drug Dependence: Risk an Monitoring“-Projekt des Bremer Instituts für Drogenforschung, an dem sich fünf europäische Städte beteiligt haben.

Für die vorliegende Untersuchung wurde der Fragebogen entlang dem engeren Forschungsziel dieser Arbeit modifiziert. Es wurden sieben Themenfelder vorgegeben, die einen genauen Blick auf das Gesundheits- Schul- und Freizeitverhalten zulassen sowie den Konsum von legalen wie illegalen Drogen und Medikamenten deskriptiv erfassen.

Abweichend von der Mädchenspezifischen Fragestellung wurden auch Jungen befragt, um die Reliabilität der erhobenen Daten zu festigen.

3.5.2 Allgemeine Vorlaufphase

In einem willkürlichen Auswahlverfahren wurden drei Schulen ausgewählt, wobei Voraussetzung war, dass alle drei Schulzweige vertreten sind. Diese wurden dann in einem Anschreiben kurz über die Inhalte und Zielsetzung der Erhebung informiert und um ihre Mitarbeit gebeten. Innerhalb einer Woche wurden dann telefonisch persönliche Termine mit den Schulleitern abgesprochen, in denen das Erhebungsinstrument (Fragebogen) vorgestellt, Hintergrund und Zielsetzung der Studie erläutert sowie auf Fragen eingegangen wurde. Auch wurden Informationsschreiben an die Schulleiternräte verteilt, um deren Einverständnis einzuholen. Nach dieser Einführungsphase konnten schließlich Termine für die Befragung vereinbart werden. Die Schüler wurden in einer Informationsstunde, die in jeder teilnehmenden Klasse abgehalten wurde, über die Erhebung und deren Zielsetzung informiert. Dabei erhielten die Schüler dann auch das Informationsschreiben mit der Einverständniserklärung für ihre Eltern. Eine Woche später – mit einigen Verzögerungen – konnte dann entweder klassen- oder jahrgangswise die Erhebung durchgeführt werden.

Gleichzeitig wurde diese Studie zur Genehmigung bei der Bezirksregierung Hannover eingereicht und schließlich genehmigt.

3.5.3 Altersverteilung der befragten Jugendlichen:

Insgesamt werden die drei untersuchten Schulen (s. Tabelle) durch relativ gleich große Gruppen vertreten, bei denen jeweils – dem engeren Forschungsziel entsprechend - die Mädchen dominieren. Altersmäßig wurden im Schnitt 15-Jährige erfasst (AM 15,14), wobei die Gymnasiasten am jüngsten, die Realschüler am ältesten waren, ohne dass diese Unterschiede jedoch insgesamt nennenswert ins Gewicht fallen; Mädchen und Jungen unterschieden sich altersmäßig nicht.

Tab. 1 Alter, gender, Schulart

	Gesamt	Gymnasium	Realschule	Hauptschule
N =	299	113	93	93
Weiblich	58,1%	60,7%	55,9%	53,0%
Alter Jahre AM	15,14	14,99	15,33	15,12
13 oder 14 Jahre	24,7%	31,0%	12,9%	29,0%
15 Jahre	42,8%	39,8%	53,8%	35,5%
16 Jahre u. älter	32,4%	29,2%	33,3%	35,5%

AM = arithmetisches Mittel der Altersangaben in Jahren

3.5.4 Zur Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse

Die in den folgenden Kapiteln dargestellten Ergebnisse, die das Gesundheits- und Leistungsverhalten, die psychischen und physischen Dispositionen von Mädchen und Jungen während der Pubertät sowie ihre schulischen Ansichten und Einschätzungen, ihre Beschwerdelage und Konsummuster von legalen und illegalen Drogen sowie Arzneimitteln und ihre familiären Verhältnisse betreffen, sind auf der Grundlage dieser Studie herausgearbeitet worden. Sie erheben aufgrund der geringen Grundgesamtheit keinen Anspruch auf Repräsentativität, sie besitzen lediglich exemplarischen Charakter. Allerdings bewegen sie sich im Rahmen von Trends und Ergebnissen anderer Repräsentativerhebungen (Vogt 1985, Düring 1993, Schwarz 1997, Quensel 1998, Hurrelmann 1999, Glaeske 2001), insofern kann ihre Aussagekraft und die Validität der Ergebnisse zum größten Teil als durchaus solide bewertet werden.

Ein weiteres Faktum spricht für die Validität der Befragungsdaten. Auf der letzten Seite des Fragebogens werden die Jugendlichen aufgefordert, ihre Meinung zum Fragebogen abzugeben. Bis auf eine Ausnahme dokumentierten alle Jugendlichen eine positiv zustimmende Haltung und brachten reges Interesse zum Ausdruck. Immer wieder wurde auf die Notwendigkeit solcher Untersuchungen hingewiesen und auf die Dringlichkeit, Jugendliche endlich selbst zu Wort kommen zu lassen „Über uns wird ja ständig geschrieben, aber gefragt hat uns bisher noch keiner. Das finde ich jetzt gut“.

Dieses positive Resümee kann durchaus als Indiz dafür herangezogen werden, solide Ergebnisse ermittelt zu haben, die Hinweise auf weiterführende Forschungsfelder anregen.

3.5.5 Auswertung der quantitativ erhobenen Daten

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte zunächst für Jungen und Mädchen getrennt, es wurden anschließend im Auswertungsprozess auch zusammenfassende Ergebnisse von Jungen und Mädchen dargestellt.

Die mittels des Fragebogens erhaltenen Daten wurden kodiert auf einem elektronischen Datenträger gespeichert und mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 8.0 einer differenzierten Auswertung unterzogen.

4 Qualitative Datenauswertung

Tab.2 Interviewte Mädchen: Persönlichkeit/Lebenskontext, Persönlichkeitscharakterisierende Aussage, Identitätsstatus

	Persönlichkeit / Lebenskontext	Persönlichkeitscharakterisierende Aussage	Identitätsstatus
Katharina Jovana (16, Real.)	Mutter alleinerziehend, Vater kümmert sich weder persönlich noch finanziell. Intensive fam. Einbindung i. d. Herkunftsfamilie der Mutter, Großeltern übernehmen z. T. elterliche Erziehungsarbeit	„Ohne Ausbildung bist Du nichts!“	übernommen progressiv
Julia (15, Real.)	Positive Beziehung zu beiden Elternteilen. Enge Bindung an den Vater. Vater ist sehr zielstrebig und beruflich erfolgreich. Tochter eifert ihm nach. Kein elterlicher Leistungsdruck, sie setzt sich selbst deutlich unter Leistungsdruck.	„Ich mache mir selbst Druck, das war eigentlich schon immer so. Ich hab immer Schiss, ich enttäusche meine Eltern.“	übernommen traditionell
Jennifer (15, Real.)	Positive Elternbeziehung. Eltern vermitteln ihr Werte eines traditionellen Weiblichkeitsbildes. Sie nimmt eine beruflich gute Ausbildung sehr wichtig. Auch Familie kommt in ihrem Lebensentwurf vor, aber eher nachrangig. Leistung und Erfolg sind sehr wichtig für sie.	„Ich will `nen Mann und Kinder.“ Beides ist gleichermaßen wichtig.	übernommen traditionell
Katja (16, Gym.)	Positive Elternbeziehung. Familie hat vor drei Jahren die neuen Bundesländer verlassen. Leistung nimmt i. d. Fam. einen hohen Stellenwert ein. „Mühsal und Fleiß“ sind hohe Werte, die als Garant für gutes und erfolgreiches Gelingen stehen. Trad. Weiblichkeitsbild in Verbindung mit individueller Leistungsbereitschaft.	„Man kann alles schaffen, mit Mühsal und Fleiß.“	übernommen traditionell

	Persönlichkeit / Lebenskontext	Persönlichkeits- charakterisierende Aussage	Identitätsstatus
Irene (16, Gym.)	Positive Elternbeziehung, die ihr sehr wichtig ist. Klare Übernahme des traditionellen Weiblichkeitsbildes. Verlässt nach der 10. Klasse das Gymnasium (Notendurchschnitt, 1,7) und beginnt eine Sekretärinnenausbildung.	„Ja, auf jeden Fall, auf jeden Fall, ich möchte' später halt ‚nen Mann und viele Kinder, Haus, was man sich eigentlich so vorstellt.“	übernommen traditionell
Annelie (17, Gym.)	Negative Vaterbeziehung, widersprüchliche Mutterbeziehung: Mutter zeigt wenig Interesse und Verständnis, verbietet und erwartet viel. Trad. Frauenbild übernommen: nimmt sich zurück, nicht wichtig, geht sehr auf die Gefühle anderer ein. Kritisiert ihre Mutter, weil diese keine „optimale“ Mutter war.	Familie „ist das Schönste, was es gibt.“ Die Haus- und Erziehungsarbeit kann und will sie auch nicht teilweise dem Mann überlassen: „Nein, auf keinen Fall, dann bin ich ja keine richtige Mutter mehr!“	übernommen traditionell
Lena (16, Gym.)	Eltern leben getrennt. Lena lebt mit ihrer Schwester beim Vater. Positive Vaterbeziehung, negative Mutterbeziehung. Mutter hat sich in Lenas Augen aus der Verantwortung gestohlen und ihre Mutterrolle nicht übernommen. Trad. Frauenbild: lehnt weibliche Emanzipation ab.	„Emanzen bekloppt! Gleichberechtigung ist biologisch nicht möglich – die Frauen kriegen die Kinder.“	übernommen traditionell
Nina (16, Real)	Negative Elternbeziehung: Eltern arbeiten beide sehr viel, zeigen wenig Interesse. Leistung nimmt in der Familie einen hohen Stellenwert ein. Eltern erzeugen keinen Leistungsdruck. Nina setzt sich selbst stark unter Leistungsdruck. Über positive Schulleistungen erhält sie Zuwendung.	„Ich hasse es, Durchschnitt zu sein. Man kann alles schaffen, wenn man nur will!“	diffus

	Persönlichkeit / Lebenskontext	Persönlichkeitscharakterisierende Aussage	Identitätsstatus
Chahnaz (16, Haupt.)	Türkischer Herkunft. Eltern leben sehr traditionell. Sie ist in einen Kulturkonflikt eingebunden mit zwei konträren Weiblichkeitsbildern. Beiden Lebensentwürfen, will sie gerecht werden. Die doppelte Verweltlichung führt zu erheblichen inneren Konflikten. Obwohl sie ein gutes Elternverhältnis hat muss sie eine Seite ihrer Persönlichkeit immer unterdrücken. Sie unterhält eine Beziehung zu einem griechisch-orthodoxen Jungen. Diese muss sie verheimlichen. Angst, Zwiespalt und elterliche traditionelle Erwartungen prägen ihr Leben.	„Mit meiner Mutter rede ich offen über alles: Jungen, Hymen und wie Frauen da tricksen. Aber ich habe richtig Angst Ich kenne Frauen, die sind zurückgegangen und ihr Hymen war gerissen, obwohl die mit keinem geschlafen hatten.“	diffus
Julia (15, Haupt.)	Eltern leben getrennt, jeweils in neuen Familien. Julia lebt in der Familie ihrer Mutter, mit einer Halbschwester. Wird nach eigenen Angaben von ihrer Mutter abgelehnt. Sie sucht Orientierung und Geborgenheit. Weiblichkeit wird von ihr gänzlich abgelehnt. Leidet unter vielfachen starken Schmerzen.	„Mama, ich bin eine Frau, das will ich nicht – alles scheiße!“	diffus
Freya (17, Gym.)	Ambivalente Mutterbeziehung, negative Vaterbeziehung. „Mama hat sein Leben für ihn geopfert und jetzt lässt er sie fallen.“ Diese Sichtweise hat sie auf Männer und Frauen grundsätzlich übertragen. Emanzipation wichtig, aber traditionelles Weiblichkeitsbild wird ihr von ihrer Mutter vermittelt. Sie sucht Orientierung und kann sich gerade als junge Frau nicht verorten.	„Ich hab' mich vor ihm (ihrem Freund) klein gemacht. Ich rede dann nicht offen: Emanzipiert heißt, der mag mich jetzt nicht mehr, wenn ich das jetzt mache.“	diffus

	Persönlichkeit / Lebenskontext	Persönlichkeits- charakterisierende Aussage	Identitätsstatus
Stephanie (15, Real)	Negative Elternbeziehung. Sie sucht Annahme und Wahrnehmung bei ihren Eltern. Allein über Leistung erfährt sie Aufmerksamkeit. Stellt sich problemlos dar. Setzt sich selbst unter starken Leistungsdruck. Fühlt sich orientierungslos und ist oft depressiv verstimmt. Fühlt sich für ihr ganzes Leben vollkommen allein verantwortlich. Lehnt Weiblichkeit ab. Konsumiert täglich Menstruationsmittel.	Wenn ich meine Tage habe, dann geht's auch nicht ohne (ohne Medikamente). ...Ich bleib länger weg oder jetzt könnte sie (Menstruation) bald kommen, es muss eigentlich immer eine (Schmerztablette) dabei sein, weil sie ja immer kommen könnte.	diffus
Meike (16, Real)	Lebt in einem sehr religiösen Elternhaus. Eltern leben eine Doppelmoral, die sie durchschaut hat, aber darunter leidet. Innen herrscht Gefühlskälte und Interessenlosigkeit und nach außen wird ein harmonisches Familienbild aufrechterhalten. Meike protestiert gegen diese gespielte heile Welt und sucht über Reibung und Auseinandersetzung eine authentische Beziehung. Ihre Mutter verweigert ihr diese. Meike unterhält eine lesbische Beziehung, in der sie Halt findet. Leidet unter starken Kopf- und Bauchschmerzen	„Schuldgefühle, ja oft, wenn ich irgendwas gemacht habe oder manchmal, wenn ich dann wieder irgendwas gesagt habe, was ich eigentlich sagen will, aber ich weiß, wenn ich das sage, dann verletze ich meine Mutter, wenn es dann endlich kommt, dann schreie ich aber voll und sage ihr dann meine Meinung.“	diffus

	Persönlichkeit / Lebenskontext	Persönlichkeits- charakterisierende Aussage	Identitätsstatus
Jana (15, Real)	Jana sucht in ihrer Familie Liebe, Geborgenheit und Annahme. Diese wird ihr ihrer Ansicht nach verweigert, weil ihre 7 Jahre jüngere Schwester lange Zeit Mittelpunkt der Familie war. Sie protestiert innerlich, in dem sie andere beleidigt und in der Schule verhaltensauffällig ist. Sie will keine Probleme haben, noch welche machen. Probleme bedeuten Konflikte und Konflikte bedeuten Beziehungsverlust. Positives Weiblichkeitsbild.	„Ich mache nichts um nicht krank zu werden, ich mache alles, damit ich krank werde, aber nicht aus böser Absicht. ... ich will jetzt krank werden. Aber alles was ich tue, dadurch werde ich krank. Ich rauche ganz viel, das ist ganz ganz schlecht wegen mein' Asthma. Ich kriege eine Brille, die setz' ich nicht auf. Ich muss Tabletten gegen Asthma nehmen, die nehm' ich nicht, und so was.“	diffus

> **Identitätsstatus** (nach Marcia s. Kap. 2): einbezogene Variablen: Weiblichkeitsbild, Berufspläne, Familienpläne, Zukunftsängste, übernommene Standpunkte oder kritische Auseinandersetzung mit elterlichen Standpunkten, , stabile Persönlichkeit oder fühlen sich die Mädchen orientierungslos:
d = **diffuser**: in diesem Status fehlt die innere Verpflichtung gegenüber bestimmten Orientierungen. Diesem Typus zugeordnete Individuen haben weder Festlegungen getroffen, noch eine engagierte Explorationsphase in den Bereichen Berufswahl, politische Orientierung, sexuell interpersonelle Wertefindung durchgemacht und fühlen sich hin- und hergeworfen,
ü = **übernommen**: **traditionell**: Mutter lebt traditionelles Frauenleben und die Tochter übernimmt die Standpunkte und entwirft auf dieser Grundlage ihre persönliche Lebensperspektive; **progressiv**: es findet ebenfalls die Übernahme elterlicher, insbesondere mütterlicher Standpunkte statt, die sich aber schon durch die Ausgestaltung der Mutter auf einer fortschrittlicheren emanzipierteren Eben befinden. Insofern auch übernommen, aber schon das moderne Weiblichkeitsbild,
e = **erarbeiteter**: hier ist das Individuum in aktiver Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Standpunkten zu Überzeugungen gelangt, die die Erfahrungswelt aus der eigenen Perspektive heraus strukturieren. Dieser Status ist mit gelungener Identität gleichzusetzen, der durch eine feste Lebensplanung gekennzeichnet ist.

Tab.2a Interviewte Mädchen: Menstruation, Elternbeziehung

	Menstruation			Elternbeziehung	
	Einstellung	Beschwerden	Arzneimittelkonsum	Kommunikation	emotionale Zuwendung/Unterstützung
Katharina Jovana, 16, Real.	+	/	--	+	+
Julia , 15, Real.	+	/	--	+	+
Jennifer , 15, Real.	/	+	+	/	+
Katja , 16, Gym.	--	/	/	/	/
Irene , 16, Gym.	+	--	--	+	+
Annelie , 17, Gym.	+	--	--	/	/
Lena , 16, Gym.	/	/	/	/	/
Nina , 16, Real.	--	/	/	--	--
Chahnaz , 16, Haupt.	--	+	+	--	/
Julia , 15, Haupt.	--	+	+	--	--
Freya , 17, Gym.	--	+	+	--	--
Stephanie , 15, Real.	--	+	+	--	--
Meike , 16, Real.	--	--	--	--	--
Jana , 15, Real.	/	--	--	--	--

Anm: >**Menstruation**: Einstellung: positiv = +, negativ = --, neutral = /; Beschwerden: starke = +, mäßige = /, keine = --; Medikamentenkonsum: häufig (täglich und/oder 1 bis 2 mal die Woche) = +, gelegentlich = /, nie = --<; >**Elternbeziehung**: Kommunikation: intensiver Austausch, offen für die Probleme der Töchter = +, mäßiges Interesse der Eltern = /, kein Interesse der Eltern, kein oder nur ganz geringer Austausch über Belange der Töchter = --; emotionale Zuwendung und Unterstützung: positive = +, geringe, seltene = /, keine = --

Tab 2b. Interviewte Mädchen: Konfliktbewältigung, Krankheit als Konfliktlösung, Arzneimittelkonsum

	Konfliktbewältigung	Krankheit als Konfliktlösung	Arzneimittelkonsum	
			1 bis 2 mal im Monat	täglich und/oder 1 bis 2 mal wöchentlich
Katharina Jovana 16, Real.	--	--	--	
Julia 15, Real.	/	--	+	
Jennifer 15, Real.	/	--		+
Katja 16, Gym.	--	--	+	
Irene 16, Gym.	/	--	--	
Annelie 17, Gym.	--	--	--	
Lena 16, Gym.	/	--	+	
Nina 16, Real.	--	/		+
Chahnaz 16, Haupt.	--	+		+
Julia 15, Haupt.	--	+		+
Freya 17, Gym.	--	--		+
Stephanie 15, Real.	--	+		+
Meike 16, Real	--	+		+
Jana 15, Real.	--	+		+

>**Konfliktbewältigung** (im engen Beziehungsrahmen): Probleme erkennen und aktiv eine Problemlösung anstreben, keine Angst vor Konflikten (konfliktfähig) = +, mäßige Konfliktbereitschaft = /, Negation von Problemen, passiver und introvertierter Umgang mit Problemen und Konflikten (konfliktunfähig) = -- <

>**Krankheit als Konfliktlösung**: trifft zu = +, trifft nicht zu = -- <

> **Arzneimittelkonsum**: (täglich und/oder 1 bis 2 mal die Woche): häufig (täglich und/oder 1 bis 2 mal die Woche) = +, gelegentlich = /, nie = --<;

4.1 Menstruation: Chance oder Blockade einer selbstbestimmten Weiblichkeit

Die Menarche ist ein Symbol für den Eintritt in die weibliche Sexualität und Mutterschaft. Das Erleben und die Ausgestaltung dieser beiden einschneidenden Lebensbereiche sind eng mit den Einstellungen und Vorstellungen der Umwelt verbunden. Die angetroffenen Reaktionen der interviewten Mädchen beeinflussen und strukturieren ihre Verarbeitungsformen. Im Unterschied zu den allmählichen Körperveränderungen in der Pubertät, die dem Mädchen Zeit lassen sich an sie zu gewöhnen, weil sie sich kontinuierlich vollziehen, ist die erste Menstruation ein Phänomen, das plötzlich und unerwartet eintritt. Die begleitenden Gefühle können unterschiedliche Facetten haben, insgesamt sind sie für Mädchen emotional sehr aufwühlend.

Das Ereignis führt Mädchen aber schon am Beginn ihres sexuellen Erwachsenwerdens in einen Konflikt, denn einerseits sollen andere Anteil nehmen an diesem Erlebnis, andererseits wissen sie jedoch um das Geheimnisvolle darin. Gerade die Menarche könnte Mädchen die Möglichkeit bieten, sich den Veränderungen zu stellen, Sicherheit und Vertrauen zum eigenen Körper zu schaffen und zu einem positiven Selbstgefühl beitragen. Aber die Menstruation ist noch immer mit Nichtbeachtung belegt und forciert ein Verhalten, das von Distanziertheit und Selbstverleugnung geprägt ist. Eine solche Umgangsweise mit Weiblichkeit verhindert einen offenen Dialog, der über die Anwendung von Hygieneartikeln hinausgeht.

Die Aura des Geheimnisvollen und nicht Ausgesprochenen, welches das Ereignis umgibt, kann dann zu Unsicherheit und Ängsten Anlass geben und darüber hinaus zu einer negativen Einstellung des Menstruationserlebens führen.

Erica Mahr (1985 nach Flaake, 2001; 13) kommt im Rahmen einer mediznpsychologischen Studie zu dem Ergebnis, dass bei jungen Frauen häufiger ein positives Erleben der ersten Regelblutung feststellbar ist, als bei den älteren: In der Gruppe der 15 bis 20-Jährigen haben ein Drittel ihre erste Menstruation als nur unangenehm erlebt, ein Drittel äußern sich uneindeutig und ebenfalls ein Drittel positiv. Bei den älteren, den bis zu 49jährigen, berichtet dagegen fast die Hälfte von einem eindeutig negativen Erleben der ersten Regelblutung. Eine 1994 in Deutschland durchgeführte repräsentative Untersuchung kommt für die jungen Frauen in der Altersgruppe der 14 – 17jährigen zu einem ähnlichen Ergebnis: Ein Drittel der Befragten erlebte die Menarche als ‚unangenehm‘, 20% hatten ‚gute und schlechte Gefühle‘ dabei (Schmidt-Tannwald/ Kluge 1998 nach Flaake, 2001; 13f.).

Wenn Mädchen dagegen zusätzlich vermittelt bekommen, dass die Regelblutung etwas Unreines oder Abstoßendes ist, verstärkt sich die körperliche Ablehnung und die die Menstruation begleitenden positiven Gefühle von Stolz und sinnlicher Lust werden verdrängt. Der Verzicht auf die Thematisierung der sexuellen Komponente der Menstruation führt schließlich zur Ablehnung des eigenen Körpers. Der Weg in eine aktive Weiblichkeit und zu einer positiv erlebten Mutterschaft wird damit erschwert. Eine positive Entwicklung von weiblichem Selbstgefühl ist ein wichtiger Bestandteil für die Aneignung einer befriedigenden Geschlechtsrollenidentität (Schwarz, 1997; 227).

Waldeck (1993; 188) ist darin zuzustimmen, dass eine negative Bewertung des Menstruationsgeschehens in der Öffentlichkeit dank der Reformbewegung der sechziger Jahre nicht mehr stattfindet. Noch ein Jahrzehnt davor war Menstruation kein offenes Thema, und Weiblichkeit nur in Verbindung mit Mutterschaft denkbar. Schamgefühle und ein rigides Mutterbild,¹ das bis in die heutige Zeit hineinreicht, hemmten den Dialog. „Die Frauen bluteten wortlos stumm und heimlich im Verborgenen“ (Haase, 1993; 167). Mediziner, Gynäkologen und Psychiater waren die einzigen Gesprächspartner für damit einhergehende Konflikte und Beschwerden. Sozialpsychologische und kulturelle Bedeutungsgehalte und der ihrem Beruf implizite Blick auf Pathologisches veranlasste sie dazu, die Menstruation als krankhaft zu bewerten und entsprechend zu behandeln.

So positiv die Anstrengungen und Erfolge der sechziger Jahre zu bewerten sind, eine Lockerung der Sexualmoral und eine entstandene Gesprächskultur über Weiblichkeit, Sexualität und Menstruation haben das speziell in Deutschland romantisch bestimmte, biologistisch geprägte und im Nationalsozialismus verstärkte Mutter- und Weiblichkeitsbild des 19. Jahrhunderts nicht aus den Köpfen verdrängen können. Bis heute ist der öffentliche Dialog ein sachlich geführter, und die Menstruation weiterhin einzig mit der Möglichkeit auf Mutterschaft verknüpft. Ein Dialog, der über Hygienevorstellungen, Zykluseigenheiten und Schmerzen nicht hinausreicht. Es ist das „Laute“ (Haase, 1993; 168), über das gesprochen wird, aber das „Leise und Stumme“ (ebd.) wird weiterhin tabuisiert.

Menstruation ist gesellschaftsfähig geworden, das zeigen uns die Medien. Aber das Menstruationstabu kleidet sich heute nur in einem neuen Gewande.

4.1.1 Sexualität und Menstruation

Die Menstruation ist der entscheidende Vorgang für den Übergang vom Mädchen zur Frau. Noch immer wird die Menstruation vor allem als Symbol für Fruchtbarkeit identifiziert. Während die Möglichkeit auf zukünftige Mutterschaft hervorgehoben wird, bleiben andere Aspekte unbeachtet und unbenannt.

Die enge Verbindung zwischen Menstruation und Sexualität mündet für die Mädchen in einem Konflikt, weil sie die enge Verbindung wahrnehmen, diese aber gesellschaftlich tabuisiert ist (Waldeck, 1993; 193/ Schwarz, 1997; 228). Menstruation bedeutet zunächst, dass dem Mädchen die äußeren aber auch die inneren Geschlechtsorgane bewusst werden. Hinzu kommt, dass sich die Genitalien während der Menstruation verändern: „In den Tagen zuvor und in den ersten Tagen der Blutung sind Becken und Genital stärker durchblutet als in der übrigen Zyklusphase. Die Menstruation begünstigt also die Möglichkeit zu leichter sexueller Erregbarkeit und zu intensivem sexuellen Genuss“ (Sherfey, 1974 nach Waldeck, 1993; 193). Die oben erwähnte Studie von Mahr stellt zudem fest, dass ein Drittel der befragten Frauen „deutlich den Wunsch nach Geschlechtsverkehr oder ein Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Nähe des Partners während der Blutungsphase“ (Waldeck, 1993; 193) artikuliert. Sie folgert daraus, dass der Anteil

der Frauen deutlich ansteigt, die das lang gültige Tabu des Geschlechtsverkehrs während der menstruellen Blutung nicht achten.

Aufgrund der dürftigen Forschungslage zu diesem Thema, kann aber von der Aufhebung dieses Tabus nicht die Rede sein. Auch wenn sich die heutigen Mädchen deutlich sexualisiert zeigen und darstellen, so glaube ich nicht, dass sie ihren eigenen Bedürfnissen näher gekommen sind. Die gesellschaftliche Forderung umfasst einen offenen angstfreien Umgang mit Sexualität. Es hat sich eine breite Gesprächskultur im öffentlichen Raum entwickelt, aber die persönlichen Gespräche über Sexualität finden in der Mehrzahl der Familien nicht statt, wie die geführten Interviews dieser Untersuchung belegen. Obwohl gerade Mädchen diesen Dialog wünschen.

Zuzustimmen ist Waldeck in der Forderung, dass die Darstellung „kaum bewusster, tabuisierter oder heimlich genossener sexueller Erlebnisweisen“ (194) in wissenschaftlicher oder auch erotischer Literatur thematisiert werden sollten. Denn nur was gesellschaftlich zur Sprache kommt, kann bewusst in ein positives weibliches Selbstbewusstsein integriert werden.

Zusätzlich bergen die Veränderungen der Mädchen im Hinblick auf ein sexualisiertes Wesen auch die Gefahr der Entstehung eines Ungleichgewichts in der bisherigen psychodynamischen Balance der Familie. Die Ablösung von den Eltern ist ein wichtiger Entwicklungsschritt, der mit der Pubertät über die Menarche eingeleitet wird. Dieser Ablösungsvorgang kann gelingen, er kann aber auch verhindert werden, in jedem Fall ist er ambivalent und konfliktbehaftet.

4.1.2 Mutterbeziehung und Menstruation

Die Entwicklung zur Frau ist ein äußerst komplexer Prozess, in dem über einen langen Zeitraum eine Vielzahl unterschiedlicher Anforderungen in Einklang gebracht werden müssen.

Die geschlechtliche Reifung in der Adoleszenz markiert einen vielfach determinierten Persönlichkeitswandel, ein „Stirb und Werde“ (Proluda-Korte, 1993; 147). Er stellt für die Mädchen eine Übergangsphase von hoher psychischer Verletzlichkeit dar. ‚Stirb‘ bedeutet in diesem Entwicklungsgeschehen den Verlust der Kindheit als einer geschlossenen Struktur, in der das Individuum Schutz und Geborgenheit durch eine sexuellzielgehemmte Bindung an die Eltern erfährt. Die Einhaltung der infantilen Sexualität ermöglicht dem Kind eine noch gesellschaftlich unbestimmte, geschlechtliche Orientierung, deren relative Beliebigkeit seinen „grandios-omnipotenten“ (ebd.) Wünschen Raum lässt. Die Pubertät weist den Mädchen einen eindeutig bestimmten Platz in der Geschlechterordnung zu. Die Manifestation auf das weibliche Geschlecht wird als deutlicher Einschnitt in ihre Omnipotenz erfahren. Gleichzeitig ermöglicht dieser „Schnitt“ (ebd.) die Öffnung der Kindheitsgrenzen und die Besetzung neuer Freiheiten, die im Sinne einer Metamorphose ein ‚Werde‘ bedeuten.

Dieser Wandlungsprozess vollzieht sich auf der körperlichen ebenso wie auf der psychischen Ebene. Dabei scheinen mir die seelischen Umwälzungen dramatischer als die körperlichen, obwohl dieser Prozess ein sich wechselseitig beeinflussender ist.

Die Darstellung des konflikthaften Zusammenhangs im Individuationsprozess des pubertierenden Mädchens spaltet sich aus psychoanalytischer Sicht in zwei Hauptströmungen auf. Obwohl diese Arbeit in erster Linie die gesellschaftlichen Determinanten in den Blick nimmt, kommt man aber angesichts der Mehrdimensionalität dieses Prozess um die psychischen Einflussfaktoren nicht herum. Gerade die Einbeziehung mehrerer Sichtweisen kann zur Erklärung eines komplexen Phänomens, wie die Individuation sie darstellt, hilfreich sein.

Die eine Richtung diskutiert die von Freud initiierte Theorie, nach der die Menstruation mit „Kastrationsangst, Schmutz, Unsauberkeit und mit dem Verlust eines Kindes“ (Hohage, 1998; 258) verbunden ist, und dadurch entsprechend negativ erlebt werde. Die Mutter in ihrer Funktion als Ansprechpartnerin, die ihre Tochter aufklärt, überträgt ihre eigene Scham auf das Mädchen und trägt damit zum gestörten Verhältnis des Mädchens zu ihrer Menstruation bei.

Die andere psychoanalytische Strömung begreift die Menstruation und die damit verbundenen Tabus und Rituale als Prozess, der sowohl Mädchen in einen Zustand versetzt, sich aus der Mutter-Kind-Symbiose zu befreien und so eine Individuation möglich macht (ebd.). Vor dem Hintergrund der Ablösung adoleszenter Mädchen im Individuationsprozess, formuliert Deutsch als zentrale Aufgabe die Notwendigkeit, die Bindung an die Mutter neu zu formen (Deutsch, 1948 nach King, 1993; 112). Sie hat in ihrer Analyse über die „Psychologie der Frau“ das Spannungsverhältnis von Mütterlichkeit und Sinnlichkeit hervorgehoben und geht davon aus, dass die eigenen sexuellen Wünsche des Mädchens und die Wünsche an die Mütterlichkeit, die beide in der Menstruation verbunden werden, in einem „absoluten Widerstreit der Gefühlsordnung stehen“ (ebd.).

Obwohl moderne Weiblichkeit nicht mehr vom Bild der aufopfernden Mutter geprägt ist, existiert doch ein „Antagonismus von Mütterlichkeit und sexueller Leidenschaft“ (King, 1993; 105). Benjamin (1999; 87) spricht am Ende des 20igsten Jahrhunderts von einer traurigen Tatsache dass Mütterlichkeit immer noch mit einem Verzicht auf sexuelle Aktivität verknüpft ist. Dabei scheint vor allem das Bild der Mütterlichkeit auf der Vorstellung der sexuell aktiven Frau zu lasten. Sie bemängelt das Fehlen einer kulturellen Symbolisierung für weibliches Begehren (87). Die symbolische Repräsentanz der Frau ist zwar mit Mutterschaft und Fruchtbarkeit verbunden, aber die Mutter wird nicht als sexuelles Subjekt vorgestellt, nicht als jemand, die aktiv begehrt. Im Gegenteil, die Mutter ist eine vollständig „entsexualisierte Figur“ (ebd.). Das entsexualisierte Mutterbild führt Mädchen in der Pubertät zwangsläufig in eine paradoxe Situation. Einerseits sind die körperlichen Veränderungen mit sexuellen Phantasien und Wünschen verknüpft. Andererseits verweisen diese Erscheinungen verstärkt auf eine Identifizierung mit der Mutter, die zwar als sexuelles Wesen im Hinblick auf ihre Fruchtbarkeit und Sinnlichkeit wahrgenommen wird, die aber gemäß der kulturellen Zuschreibung als entsexualisiert erlebt wird. Die äußere Angleichung des Mädchenkörpers an die Gestalt der Mutter, lenkt das Mädchen in eine widersprüchliche Situation. Mädchen müssen die empfundenen sexuellen Regungen in einem „vollständig entsexualisierten Körper begreifen“ (ebd.). Diesen Konflikt können sie nur lösen, indem entweder der Trieb Schub der Pubertät in der Entsexualisierung endet oder die mütterliche Identifizierung zurück-

gewiesen wird. Doch auch der letztere Weg führt zu keiner positiven Annahme des weiblichen Körpers insgesamt, da er zwangsläufig mit dem Potential der Mütterlichkeit verbunden wird.

Benjamin weist einen Ausweg aus dem „Dilemma des weiblichen Begehrens“ (ebd.). Sie postuliert ein Mutterbild, in dem sich die Mutter als sexuelles Subjekt artikuliert, also ein Körper- und Selbstbild vermittelt, das der Tochter den Weg in eine Weiblichkeit weisen kann, die mütterliche Identifizierung und sexuelle Handlungsfähigkeit miteinander in Einklang bringt.

Aber so lange das spezifisch deutsche, romantisch verklärte, irrationale Mutterbild das Wesen der Mutter-Tochter-Beziehung beherrscht, bleibt der skizzierte Konflikt charakteristisch für Weiblichkeit in unserer Gesellschaft.

4.1.3 Mutterbild und Weiblichkeit

Im Hinblick auf die gesellschaftlichen Veränderungen der sechziger Jahre, muss in diesem Bereich darauf verwiesen werden, dass die aktive politische Auseinandersetzung mit dem überkommenen Weiblichkeitsbild der fünfziger Jahre eine im wesentlichen westlich-rationalistisch geführte Debatte war, die durch das historisch-dialektische Denken des Marxismus und den Existenzialismus der Zeit geprägt war. Simone de Beauvoir (1968) als deren Protagonistin hat wichtige Erkenntnisse zum Wesen der Frau im soziokulturellen Kontext des französischen und englischen Weiblichkeitsbildes zusammengetragen.

Auch in Deutschland wurden diese Thesen diskutiert und begeistert in die neu entstehende feministische Bewegung aufgenommen, aber es bleibt m. E. bis heute die berechtigte Frage, ob damit tatsächlich die Neubestimmung und Umwälzung des Frauen- und insbesondere deutschen Mutterbildes erreicht wurde. Wenn das Mutterbild im Kern getroffen und verändert worden wäre, würde das in Deutschland vorherrschende rigide Mutterbild nicht so sehr zu Lasten des Weiblichkeitsbildes gehen. Bedeutsam für das m. E. nach wie vor bestimmende Mutterbild in Deutschland ist die biologistische Vorstellung von Mütterlichkeit, als dem eigentlichen „Wesen der Frau“. Damit ist aber zugleich das gesellschaftlich und historisch Gewordene des Weiblichkeitsbildes und zugleich dessen Veränderbarkeit in Frage gestellt.

Zwar sind in den politisch hoch motivierten Diskussionen der feministischen Bewegung in den sechziger und siebziger Jahren die Fragen nach den Rechten und der gesellschaftlichen Stellung der Frau im Vordergrund gewesen, aber das Wesentliche in den Vorstellungen darüber, was Frauen, Mütter, Mädchen und Töchter in der Gesellschaft zu leisten haben, ist davon unberührt geblieben. M. E. muss dieses national geprägte Mutterbild auch national analysiert werden, da es in einem speziellen nationalistischen und in den 30iger Jahren nationalsozialistischen Kontext entwickelt und verankert wurde. Eine solche Sichtweise kann nicht unter dem Rückgriff allein auf westlich geprägte Theorien analysiert werden. Eine solche Analyse würde den Kern nicht treffen und damit zu keinem gesellschaftlichen Wandlungsprozess beitragen können.

Der gesellschaftliche Wandlungsprozess im Hinblick auf die weibliche Gleichberechtigung hat sich für Deutschland im europäischen Vergleich anders vollzogen.

Eine deutsche Mutter ist immer noch mit großen Schuldgefühlen konfrontiert, wenn sie ihr Kind früh in den Kindergarten gibt, weil sie das Recht auf Arbeit in Anspruch nehmen möchte.

Und obwohl die internationale Schulleistungsstudie PISA (Programme for international student assesment) Entwicklungsverläufe von Kindern in Institutionen mit Ganztagsbetreuung positiv bewertet, haben m. E. solche Überlegungen in Deutschland deshalb einen schweren Stand, weil Kinder den Nachmittag, gemessen an der gesellschaftlichen Realität rein fiktiv, nicht in der Nähe der Mutter verbringen können. Die deutsche Mutter hat voll und ganz für ihren Nachwuchs zu sorgen. Diese These des alles überragenden Mutterbildes wird gestützt von der geringen Zahl der Mädchen und Frauen, die ein selbstbestimmtes erfolgreiches berufliches Leben neben einer befriedigenden Mutterschaft einklagen.

Der Ausbau der Ganztagschulen wird auch nicht auf Drängen der Frauen eingerichtet, sie sind eine Folge des schlechten schulischen Abschneidens im internationalen Vergleich.

Frauen in Deutschland unterwerfen sich immer noch einem Mutterbild, das Weiblichkeit aufs deutlichste determiniert. Der oben skizzierte Weiblichkeitskonflikt ist somit gesellschaftlich determiniert und kann seine Lösung nur im Aufbrechen gesellschaftlicher Strukturen finden, die eine Bewusstseinsveränderung voraussetzen.

4.1.4 Menstruation und die Bedeutung von Beziehungen

Neben der entsexualisierten Mutter existiert auch die Vorstellung der mächtigen Mutter.

Der Ablösungs- und Trennungsprozess, den Mädchen in der Pubertät erfahren, löst nicht nur Trauer und Schmerz aus, sondern auch Todes- und Tötungsphantasien, die sich auf die Mutter in Rivalität um das Begehren des Vaters beziehen. „Wenn das Kind am Übergang zum Erwachsenenalter steht, wird dieser Schritt über die Leiche eines Erwachsenen vollzogen“ (Winnicott, 1974, nach Waldeck, 1993; 194) und zwar über die unbewussten Phantasien.

Diese Rivalität besitzt nicht mehr den fiktiven Charakter aus der Kindheit, denn die Tochter wird der Mutter körperlich ähnlicher und will jetzt durch den Vater die Bestätigung ihrer Attraktivität erhalten, die zuvor der Mutter gegolten hat. Die Konkurrenz um den Vater ist von lustvollen und ängstigenden Phantasien begleitet, die über die ‚Leiche‘ der Mutter gehen. Konnte das kleine Mädchen, aus Angst die mütterliche Zuwendung zu verlieren, seine aggressiven Regungen nicht erproben und dadurch die positive Erfahrung nicht machen, dass die Mutter seine Ausbrüche durchaus überlebt, werden Hassgefühle nur schwer zu ertragen sein. Für manche Mädchen folgt daraus, dass sie sich symbolisch die „Hände abschlagen lassen“ (Waldeck, 1993; 195).

Eine mögliche Lösung dieses Konfliktes besteht darin, die sexuellen und aggressiven Regungen abzutöten. Gelingt es dem Mädchen auf die Masturbation oder gar auf das sexuelle Verlangen insgesamt zu verzichten, so ist der Konkurrenz und Rivalität der Mutter-Tochter-Beziehung der Boden entzogen und die Angst vor der Tötung besänftigt. Dieser Weg versagt dem Mädchen aber den selbständigen Umgang mit sexuell-

aggressiven Emotionen. Das Körperinnere bleibt fremd, „damit bleibt sie in ihren sexuellen Beziehungen abhängig von einem Partner, der ihr „totes Becken“ zum Leben erweckt, soweit sie überhaupt Empfindungen zuzulassen wagt“ (ebd.).

Wenn es in der Pubertät nicht gelingt, Aggressionen durch die Rivalität und Abgrenzung für sich selbst produktiv zu nutzen, so droht ein gestörtes sexuelles Erleben.

Ein anderer Ausweg aus diesem Rivalitätskonflikt, der oft beschrieben wird, ist der, dass die Macht und Kontrolle, die einst die mächtige Mutter über die Sexualität des Mädchens ausübte, erst in der Phantasie, dann aber oft in der Realität dem Mann zugeschrieben wird. Das Mädchen umgeht damit ein altes Verbot der Mutter, weil nun der Mann und nicht sie selbst für ihre Lust verantwortlich und zuständig ist. In der Ansicht von Wolpe (1988 nach Hagemann-White 1993, 75) findet die weibliche Sexualität hier nur über das Begehren des Mannes Lust. „Wann auch immer sie ein Erwachen der eigenen Liebesehnsucht erlebt: Das Mädchen sieht für deren Befriedigung nur die Chance, das eigene Luststreben in das Bestreben zu verwandeln, die Begierde des Mannes zu wecken“ (76).

Beide genannten Wege führen zu einem ausweichenden Verhalten des Mädchens, sich als sexuell aktive Frau zu begreifen. Wenn die Tochter aus Angst, die Mutter zu vernichten, vor Trennungs- und Rivalitätskonflikten zurückschreckt, befreit sie sich von drückenden Ängsten und schuldbehafteten Tötungsphantasien, verhindert aber dadurch das Kennenlernen ihrer aggressiven und aktiven Potentiale und vergibt die Chance, sich ihres eigenen Körpers zu bemächtigen. Das Mädchen wird dann vom Mann nicht nur im sexuellen Bereich den aktiven Part erwarten. Die eigenen unterdrückten aggressiven Anteile des Mädchens überträgt sie auf ihn und sichert dadurch eine konfliktfreie und harmonische Beziehung. Je weniger Frauen lernen untereinander Rivalität und Abgrenzung einzuüben und auszuhalten, desto mächtiger erscheint ihnen das männliche Geschlecht, das auch und gerade im Auftrag der Frauen Aggression, Kontrolliertheit und Verantwortung zu übernehmen hat (Waldeck, 1991; 196). Schon in pubertären Sexualphantasien, in denen Mädchen keine aktive Rolle übernehmen, wird die Ungleichheit der Geschlechter als weibliche Passivität und Unterlegenheit und männliche Dominanz fortgeschrieben.

Waldeck resümiert, „dass patriarchale Macht dadurch stabilisiert wird, dass die Mütter die Macht über die Sexualität der Töchter haben und behalten – in der Phantasie der Töchter“ (ebd.).

Ist sich die Tochter dieser Macht bewusst, entscheidet sie sich im Rivalitätskonflikt für den Weg in die Selbständigkeit. Die Überwindung der Macht der Mutter gelingt in diesem Fall durch das Ausleben der Phantasie der Tochter, die sich in der Selbstbefriedigung selbst Lust verschaffen kann, die dazu die Mutter nicht braucht und sich darüber klar ist, dass die Mutter keine Möglichkeit besitzt, sie an dieser sexuellen Erlebensform zu hindern. Indem sie ‚Herrin‘ über ihren Körper wird, befreit sie sich aus der Übermacht der Mutter. Aus diesem Wagnis erwächst dem Mädchen „Macht, Selbstgefühl und vor allem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die eigene Zukunft“ (Torok, 1974 nach Waldeck, 1993; 197).

In diesem Fall hat sie die Veränderung des Geschlechterverhältnisses in der Hand, denn die Macht der Männer über die Frauen verringert sich in dem Maße, in dem die Frau über ihren Körper Macht gewinnt (ebd.).

4.1 Auswertung der Interviews zum Thema Menstruation

Auf dem Hintergrund der skizzierten Überlegungen, die das Erleben der Menstruation eng mit dem Thema Trennungsängste und Sexualität verknüpfen, besteht mein Anliegen darin, die Mädchen im Hinblick auf den Medikamentenkonsum nach ihrem Menstruationserleben und dessen Verarbeitungsformen zu befragen. Die Frage ist, ob es Hinweise gibt, die auf einen Zusammenhang zwischen einem schmerzhaft erlebten Menstruationsgeschehen und einer begleitenden Medikation hindeuten.

4.1.1 Die erste Menstruation

Die Mädchen waren zum Zeitpunkt ihrer Menarche zwischen 11 und 13 Jahre alt.

In den Schilderungen der Mädchen über die erste Menstruation fällt auf, dass über die Hälfte der befragten Mädchen ihre erste Regelblutung sehr positiv bewertet. Alle Mädchen, ob sie ein positives oder negatives Erleben retrospektiv schilderten, zeigten sich emotional sehr bewegt. An der Gestik und Mimik, der erhobenen Stimme und den zum Teil in wörtlicher Rede wiedergegebenen Erfahrungen war deutlich zu erkennen, dass es für sie ein aufwühlendes Ereignis war. Nur zwei der befragten Mädchen konnten sich an diesen Moment in ihrem Leben nicht erinnern.

Es zeigen sich schulzweigspezifisch Unterschiede: Die Gymnasiastinnen bewerten ihre Menarche überwiegend positiv. Die Realschülerinnen spalten sich in die Gruppe, die eine neutrale Bewertung vornimmt, zwei Mädchen bewerten die Menarche positiv, die andere Gruppe kann sich nicht erinnern. Die zwei Hauptschülerinnen bewerten ihre Menarche negativ.

In der Gruppe der Mädchen, die einen häufigen Arzneimittelkonsum aufweisen, zeigen vier Mädchen ein positives Erleben, zwei Mädchen verbinden mit diesem Moment negative Gefühle und zwei können sich nicht erinnern.

Typische Aussagen für ein positives Menarcheerleben

„Ja an diesem Tag wollte ich ins Schwimmbad gehen, das werde ich niemals vergessen. Es gab eine Schwimmparty und auf einmal bin ich auf die Toilette gegangen und da war es nun mal da. Ich gleich so: „Mama was ist das, also ich wusste schon was das ist, oh, totale Panik erst mal gekriegt, aber irgendwie war ich glücklich, irgendwie. Meine Freundin erzählt, sie hat geweint, als sie es gekriegt hat, ich weiß nicht warum, aber als ich das gekriegt habe, habe ich mich gefreut, obwohl ich die Party verpasst habe“.(Irene, 16, Gym.)

„Das weiß ich noch so ungefähr, ich hatte damals totale Panik, alle meine Freundinnen hatten schon ihre Tage und dann haben sie immer darüber gesprochen. Ich stand dann immer daneben, ich konnte überhaupt nichts sagen und ich wollte die unbedingt haben. Ich will die haben, ich will die haben! Oh, wenn ich heut' zurück denke, oh Gott. Na ja

und dann eines Tages, da tat das, hat ich auch ziemlich, so Schmerzen im Unterleib und hab' mir nichts gedacht. Na, ja und dann hatte ich sie halt.“ (Julia, 15, Real.)

Die Mädchen äußern beim ersten Bemerkten so etwas wie einen kleinen emotionalen Schock. Dieser zeigt sich in der Äußerung „totale Panik“, die auf ein sehr schlimmes Ereignis hindeuten könnte. Sie erfahren nach eigenen Angaben einen plötzlichen heftigen Schrecken – Panik - der sie aufwühlt und durcheinander bringt. Dieses heftige Erschrecken über das sichtbare Blut, könnte sich einerseits aus Nichtkenntnis über die pubertären körperlichen Entwicklungsverläufe einstellen und als Krankheitszeichen bewertet werden, das Angst und in Verbindung mit Blut auch Schrecken auslösen könnte.

Die breite Aufklärungsarbeit in den Schulen und der mittlerweile öffentlich geführte Dialog über die körperlichen und sexuellen Veränderungen während der Pubertät lassen eher auf ein anderes Phänomen schließen. Sie erschrecken über das Wissen, jetzt einen bedeutenden Schritt getan zu haben, nämlich die Passage vom Mädchen zur Frau. In diesem Schrecken vereinen sich Gefühle von Angst, Entsetzen, Furcht und Bestürzung, die grenzenlose, sexuell unbestimmte, aber abhängige Kindheit gegen eine normierte, sexuell eindeutig ausgerichtete, vielleicht schmerzhaft aber in jedem Fall selbständige und unabhängige Frauenrolle eintauschen zu müssen.

Anzunehmen wäre, nachdem ein solcher negativer Eindruck die erste Konfrontation mit der Weiblichkeit geprägt hat, dass alle Mädchen schockiert durch dieses Erlebnis mit heftiger Ablehnung reagieren würden. Aber das Gegenteil zeigt sich. Nach dem die erste „totale Panik“ überwunden war, stellten sich bei einigen Mädchen Gefühle von Freude und Stolz ein. Dieser Verlauf kann nur im Rückgriff auf die personale und soziale Ressourcenlage der Mädchen erklärt werden. Mädchen, deren weitere sexuelle Entwicklung einen positiven Verlauf nimmt, werten das Ereignis auch in der Retrospektive positiv. Hilfreich ist eine gute intellektuelle Vorbereitung, die Gewissheit elterlicher Unterstützung, die Offenheit im Gespräch und die angstfreie Einübung von Selbständigkeit. Auf einen Nenner gebracht bedeutet dies, dass das Wissen um die eigenen Fähigkeiten und die eigene Kraft (personale Ressourcen), die Erfahrung elterlicher Unterstützung sowie die Unterstützung durch eine gute Freundin in gleicher Lebenslage (soziale Ressourcen) ein positives Menarche- und im weiteren Verlauf auch Menstruationserleben begünstigt.

Negatives Menarcheerleben

„Mama, ich hab' ganz doller Bauchschmerzen, und das kurz vor der Bescherung. Bin dann in mein Zimmer gegangen. Das Gefühl war überhaupt nicht gut, ein Tag vor Weihnachten, mochte ich nicht. Dann: ‚Mama, ich bin eine Frau, das will ich nicht – alles Scheiße.‘ Das waren meine Worte, das weiß ich ganz genau. Das gefiel mir überhaupt nicht.“ (Julia, 15, Haupt.)

Diese Aussage verweist auf ein problematisches Frauenbild, in dem die erste Menstruation konflikthaft erfahren wird. Die begleitenden Schmerzen sorgen für ein unangenehmes Gefühl, weil die Sache selbst als nicht passend empfunden wird, ob nun zu Weihnachten oder irgendwann später. Die kognitive Bewertung hat das Schmerzempfinden

schon vor dem Ereignis negativ beeinflusst und ist für dessen Verstärkung verantwortlich.

Ein positives Menarcheerleben bestimmt auch den weiteren Menstruationsverlauf. Mädchen mit einem positiven Erleben der ersten Regelblutung zeigen im weiteren Menstruationsverlauf keine großartigen, behandlungsbedürftigen Beschwerden. Wohingegen eine negative Menarcheerfahrung oft auch eine schmerzhafte Menstruation nach sich zieht.

Nicht erinnerbare Menarche

„Ich kann mich daran nicht mehr erinnern. Das war für mich eigentlich immer ziemlich uninteressant, das weiß ich nicht so. Ich hab mit meinen Freundinnen darüber geredet und das war für mich kein großes Thema, irgendwie.“ (Stephanie, 15, Real.)

Der Wahrnehmungsunterschied zwischen „totaler Panik“ und der Schilderung, dass die erste Menstruation nicht mehr erinnert werden kann, weist auf eine unterschiedliche Verarbeitungsform mit diesem Geschehen hin. Im Falle der Nichterinnerbarkeit könnte es sich um einen psychischen Abwehrmechanismus handeln. Stellt die Menarche mit allen Begleitumständen für Mädchen eine zu große Aufgabe dar, dann gerät ihr Ich in Gefahr „überrollt“ (Wellhöfer, 1990; 174) zu werden und kann sich nur dadurch helfen, dass es die drohenden Motive in Form der Abwehr bändigt und ins Unbewusste zurückdrängt.

Die durch die Menarche ausgelösten bedrohlichen Impulse werden blockiert und umgeleitet, wodurch eine Angstbewältigung stattfindet. Der vorliegende Fall des sich nicht Erinnerns an ein aufwühlendes und emotional stark besetztes Ereignis, lässt auf eine Abwehr in Form einer Verdrängung schließen. Der emotionale Teil der ersten Menstruation wurde vom Mädchen als so bedrohlich empfunden, dass dieser ins Unbewusste verdrängt und durch Gegenbesetzungen am erneuten Eindringen ins Bewusstsein gehindert wird. Dieser Impuls hilft dem Ich zu überleben, aber das Ereignis oder die begleitenden Gefühle und Empfindungen können nicht erinnert werden. Insofern sollte auch hier kein neutrales, sondern ein negatives Erleben zugrunde gelegt werden.

4.1.2 Retrospektive Reaktion der Mutter/Eltern

Erste Elternreaktionen sind zumeist Reaktionen der Mütter. Väter werden in fast allen Fällen zeitversetzt durch die Mutter informiert. Die Väter reagieren den Töchtern gegenüber nicht darauf, was den Mädchen recht ist. Es besteht in dem Moment ein verschwörerisches Geheimnis zwischen den Eltern und der Tochter in dieser Dreiecksbeziehung. Gespräche über Sexualität allgemein, noch über die des Mädchens oder deren Menarche finden im Normalfall nicht mit dem Vater statt.

„Mit meinem Vater würde ich nur über Politik, Geld, Sport und Motorräder reden.“ (Jana, 15, Real.)

Auch hier sind wieder schulzweigspezifische Unterschiede zu finden. Die Haupt- und Realschülerinnen erfuhren überwiegend eine sachliche oder aber negative Reaktion auf die Menarche. Bei allen Mädchen mit negativer Erfahrung fiel die Reaktion der Eltern

sachlich und wenig gefühlsbetont aus. Die Gymnasiastinnen hingegen stießen auf neutrale bis positive Reaktionen.

Sachliche Reaktionen

„ ... da sind wir Schwimmen gefahren, dann hab ich's dann auch nicht meiner Mutter gesagt, niemand gesagt – es war mir peinlich und irgendwann kam ich dann mal nach Hause, es war schon drei Monate später und sie so: „Na, wie geht's Dir?“ Und ich dachte: „Höh, wieso fragt die mich das, das fragt die mich doch nie.“ Dann hat'se mich drauf angesprochen, aber geredet haben wir nicht drüber, sie hat mir Binden gegeben.“ (Meike, 16, Real.)

„Ich war 11 und wir waren im Zeltlager, dann hab ich meine Mutter angerufen. Die hat dann biologisch erklärt, was dabei passiert.“ (Freya, 17, Gym.)

Negative Reaktionen

„Meine Mutter hat sich schon gefreut als ich sie dann endlich hatte, aber vorher hat sie immer gesagt: „Sei froh, dass Du sie noch nicht hast, wenn Du sie hast, bist Du ganz doll eingeschränkt.“ (Julia, 15, Real.)

„Das ist überhaupt nicht so toll, wenn Du Deine Tage hast, dann kannst Du nicht ins Schwimmbad gehen, das tut dann weh.“ (Jennifer, 15, Real.)

„Ich mein, ich hab sie viel zu früh gekriegt, ich war körperlich eigentlich noch gar nicht entwickelt, ich hatte keine Brüste – keine Behaarung, noch gar nichts, das war sehr ungewöhnlich für mich. Meine Mutter hat mir erzählt, sie hat sie mit 22 das erste Mal gekriegt, meine Oma hat sie mit 23 gekriegt.“ (Deshalb sagte ihre Mutter:) „Oh, schon mit 11, da kann doch was nicht in Ordnung sein.“ Auch meine Uroma hat sie erst später gekriegt.“ (Julia, 15, Haupt.)

In der letzten Aussage zeigt sich die tabuisierte Verknüpfung zwischen Menstruation als Symbol für Fruchtbarkeit und einer erwachenden Sexualität der Tochter. Die Beunruhigung der Mutter über das vermeintlich viel zu frühe Einsetzen der Menstruation führt sie zu dem Schluss, dass mit der Tochter etwas nicht in Ordnung sein könne. Die zeitliche Verlagerung der Menstruation aller nächsten weiblichen Verwandten um über 10 Jahre, lässt bei Julia Schuldgefühle aufkommen, etwas getan zu haben, für das sie noch viel zu klein ist oder nicht ‚normal‘ zu sein. Mit der eingetretenen Menstruation übertritt Julia mütterliche Weiblichkeitsregeln, die bei ihr durch Passivität und sexuelle Zurückhaltung geprägt sind. In dem Julia schon mit 11 Jahren menstruiert, avanciert sie zu einem sexuellen Wesen, und das wird von ihrer Mutter abgelehnt.

Im weiteren Interviewverlauf wurde deutlich, dass Julia unter starken Schmerzen sowie Kreislaufbeschwerden und Schwindel während der Menstruation leidet. In den heftigen menstruellen Begleiterscheinungen könnte deutlich werden, dass Julia die Menstruation als Strafe für die eigenen Lustgefühle sieht, etwas, das sie nicht genießen darf.

Die Beunruhigung der Mutter, etwas sei mit ihrer Tochter nicht in Ordnung, verunsichert Julia zudem. Weiblichkeit und Lust scheinen von der Mutter negativ besetzt zu sein und erfahren Abwertung und Missbilligung.

Positive Äußerungen

Die positiven und freudigen Reaktionen erlebten in der Mehrheit die Gymnasiastinnen. Ebenso auch eine Hauptschülerin.

Die Mädchen können sich im Gegensatz zu ihrer eigenen Reaktion an die Worte der Mutter nicht mehr genau erinnern, aber sie versuchen im Gegensatz zu den sachlich oder negativ aufgenommenen Reaktionen, die freudige Anteilnahme zu rekonstruieren.

„Was sie genau gesagt hat, weiß ich nicht mehr, ich glaub sie hat sich gefreut.“ (Irene, 16, Gym.)

Die Türkin Chahnaz kann sich hingegen genau an die Worte und Reaktion der Mutter erinnern, da diese deutlich freudig und stolz ausgefallen ist:

„Zu Anfang war alles o.k. Ich gucke in mein Höschen, oh Gott was ist das, ich fass es nicht. Ich hab sonst was gedacht. Ich hab ganz laut geschrieen.: „Guck mal Mama.“ Meine Mutter kann rein, sie hatte es schon gewusst. Sie lief raus und hat Freudenschreie gemacht, so „lllllit,llllit“. Ich hab das erst gar nicht mitgekriegt. Ich komm rein: „Oh, meine Tochter ist eine Frau!“ Die Familie war im Wohnzimmer versammelt. „Mein Vater hat sich erst nicht so gefreut, aber mein Bruder: „Ja, jetzt kann sie heiraten.“ Ich war ziemlich durcheinander, danach hat meine Mutter mich dann ziemlich aufgeklärt.“ (Chahnaz, 16, Haupt.)

Obwohl das muslimische Frauenbild die Selbstbestimmtheit von Frauen in der Öffentlichkeit stark einschränkt, so besitzen sie, nach Angaben von Chahnaz, ein inniges Körpergefühl und freuen sich über die Entwicklung zur Frau.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Reaktionen der Eltern auf die Menarche ihrer Töchter überwiegend sachlich ausfallen, aber über den kurzen Informationsaustausch zur Menstruation keine nachhaltige Wirkung zeigen. Es bestehen schulzweigspezifische Unterschiede, die den Erkenntnissen anderer Untersuchungen gleichen. Überwiegend positive Reaktionen kamen von den Eltern der Gymnasiastinnen, während bei den anderen Schulzweigen die sachlich bis negativen Reaktionen überwogen.

4.1.3 Menstruationserleben der Mutter

Zwischen dem Menarcheerleben der Tochter und dem vorgelebten Verhalten der menstruierenden Mutter bestehen Zusammenhänge. Das Mädchen erlebt die Mutter und bezieht diese Erfahrungen auf sich. Die Gewissheit über das Einsetzen der Menstruation und die Erlebnisse der Mutter führen zu einer mehr oder weniger deutlichen Vorstellung über das bevorstehende Geschehen. Diese Einstellung kann freudig und positiv ausfallen oder angst- und schambesetzt sein. Die kognitive Bewertung der Situation, die sie noch nicht kennen, wird die Menarche entsprechend beeinflussen.

Die Mehrheit der Mädchen konnte über die Einstellung oder das Erleben der eigenen Mutter mit ihrer Menstruation nichts sagen. Mädchen und Mütter sprechen nicht über das Ereignis. Selbst in dieser engen Beziehung erweist sich das Menstruationstabu als dominanter Faktor. Ein Dialog über emotionale oder sexuelle Regungen, Gefühle von Lust oder Angst werden in der Mutter-Tochter-Beziehung überhaupt selten thematisiert. Hier bestätigen sich die oben ausgeführten theoretischen Überlegungen und finden sich in den Aussagen der Mädchen wieder.

Die Mütter präsentieren sich entsexualisiert, in dem sie das Thema Sexualität im besonderen und Menstruation nur im Blick auf eine mögliche Schwangerschaft, die Pille und Belange der Hygiene thematisieren. Sachlich kann dieses Thema schnell abgehandelt werden und kommt danach in der Regel nicht wieder vor. Die Mädchen bekommen keine Möglichkeit der Spiegelung der Mutter als sexuelles sinnliches Wesen.

Auch die Mädchen, die das Menstruationsgeschehen ihrer Mütter als neutral beschreiben, konnten darüber hinaus nichts über den Verlauf oder das Verhalten erzählen. Die meisten Mädchen kennen aber wenigstens die verwendeten Hygieneartikel ihrer Mutter.

Die Mädchen, deren Mütter eine ausgesprochen negative Haltung ihrer Menstruation gegenüber haben, können das verbalisieren:

„Sie hat sie gehasst, die Menstruation.“ (Lena, 16, Gym.)

„Nervtötend schätze ich – sie hat keine Schmerzen. Sie ist dann launisch.“ (Freya, 17, Gym.)

Das Verschweigen resultiert aus einer inneren Distanzierung; insofern kann eine negative Vermittlung des Menstruationsgeschehens fast positiv bewertet werden, weil diese wenigstens artikuliert wird und auf eine existente Körperwahrnehmung der Mutter verweist. Vor diesem Hintergrund besteht für das Mädchen die Möglichkeit der Auseinandersetzung mit diesem Thema.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass die negativen Menstruationserlebnisse von Gymnasiastinnen-Müttern geäußert wurden. Wie sich im weiteren Verlauf zeigen wird, existiert in den Familien von Gymnasiastinnen insgesamt ein offeneres Klima, das auf eine ausgeprägtere Gesprächskultur verweist.

4.1.4 Menstruation als Initiationsmoment

Um noch einmal auf die Bedeutung der Menstruation im Leben eines Mädchens aufmerksam zu machen, ist dem Aspekt der Initiation ein eigener Abschnitt zugeordnet und nicht unter das Menarcheerleben subsumiert worden.

Viele Ereignisse im Leben eines Mädchens und einer Frau werden im Sinne einer „rite de passage“ gefeiert: die Taufe, die Einschulung, der Schulabschluss, die Hochzeit, nicht zu vergessen die Konfirmation als Initiationsritus. Alle aufgezählten Ereignisse markieren einen Übergang und teilen das Leben in Abschnitte ein, die neue Herausforderungen aber auch neue Möglichkeiten bedeuten.

Die erste Menstruation im Leben einer Frau ist ein solcher Abschnitt, der von den Mädchen als besonderer Moment wahrgenommen wird. Sie fühlen diesen Schritt ins Erwachsenwerden und sind froh, wenn er vollzogen ist.

„Ich habe das als etwas ganz Tolles erlebt, dann bin ich zu Mama: „Oh, Mama, ich bin eine Frau!“ (Annelie, 17, Gym.)

„Ich hab’ so’ n Gefühl gehabt, jetzt bin ich älter geworden, so halt vorher so’ n kleines Kind, jetzt bin ich endlich älter geworden.“ (Irene, 16, Gym.)

„Jetzt bin ich endlich ,`ne Frau.“ (Jana, 15, Real.)

Für die Mädchen bedeutet die Menarche der Eintritt in die Weiblichkeit. Diese Wandlung vollzieht sich in ihrem Empfinden, wenn auch erwartet, so doch plötzlich. Die Mehrzahl der Mädchen äußert, dass der Moment des Ereignisses wie ein Statuswechsel vom Kind zur Frau erlebt worden sei. Der Wandlungsprozess gleicht im Erleben der Mädchen, wie schon gesagt, einer Metamorphose und kann als Initiationsmoment definiert werden, obwohl er in unserer Gesellschaft nicht anerkannt ist und von keinem ausgestalteten Ritus begleitet wird.

4.1.5 Einstellung der Mädchen zur Menstruation

Nach der ersten „Panik“ und den Gefühlen von Freude und Stolz, hat sich die regelmäßige Menstruation nach Angaben der meisten befragten Mädchen schnell als etwas „Normales“ eingespielt, das sie nicht weiter berührt. In Anlehnung an die oben ausgeführten theoretischen Überlegungen verweist dieser Begriff „Normales“ auf einen problemlosen Verlauf, die Menstruation ist in den normalen Lebensalltag der Mädchen integriert. Aber die Hoffnung Ruth Waldecks, Mädchen würden damit auch die Verknüpfung von Sexualität und Lust integrieren, kann nicht bestätigt werden. Die Mädchen äußern eine Gewöhnung an etwas Unabänderliches. Die freudige Erwartung auf ein sexuell intensiveres Erleben oder die Freude darüber fruchtbar zu sein, wird nicht deutlich.

Alle befragten Hauptschülerinnen haben eine negative Einstellung zur Menstruation, wohingegen die Gymnasiastinnen bis auf eine, alle eine neutrale Einstellung gegenüber ihrer jetzigen Menstruation haben. Die Realschülerinnen spalten sich in zwei Gruppen. Die einen bewerten ihre Menstruation negativ, die andere Gruppe sieht sie neutral.

Neutrale Aussagen

„Für mich ist das jetzt was ganz Normales, ist eben so.“(Jennifer, 15, Real.)

„Ich hab’s mir eigentlich schlimmer vorgestellt vom Erzählen her, manchmal ist es schon nervig, aber n’ Problem, dass ich jedes Mal aufschrei’: „Oh Gott, ich hab’ se!“ gibt’s nicht. Sie kommt einfach und man kann ganz normal damit umgehen.“(Julia, 15, Real.)

Negative Äußerungen

„Am Anfang war ich stolz, jetzt ist es schon manchmal nervig, wenn die Binde aus dem Ranzen rutscht.“ (Freya, 17, Gym.)

„Wenn ich die Wahl, doch, also am besten würde ich sie gar nicht haben, aber ich habe soweit keine Probleme damit. Mir ist das eigentlich relativ egal, weil ich hab’ gar nichts, da hab ich echt Glück. Gar keine Bauchschmerzen, gar nichts, oh bald sind sie vorbei, dann geht’s mir noch besser.“(Meike, 16, Real.)

„Alle ist schrecklich!“(Stephanie, 15, Real.)

4.1.6 Menstruationsbeschwerden

Nur vier der befragten Mädchen geben an keine Beschwerden zu haben, von mäßigen Beschwerden berichten fünf Mädchen und fünf Mädchen schildern starke Menstruationsbeschwerden. Schulzweigspezifische Besonderheiten sind nicht zu erkennen. Alle Bereiche werden von den untersuchten drei Schulzweigen repräsentiert.

„Es war einmal so schlimm, dass ich geschrieen habe. Ich habe um mich geschlagen und rumgeschrieen. Dann habe ich die Pille vom Arzt bekommen. Zu Anfang war alles o.k., ich hatte überhaupt keine Schmerzen, nur ein bisschen Rückenschmerzen.“ (Chahnaz, 16, Haupt.)

„Ich habe dann schlimme Bauchschmerzen ... Ich hab dann wirklich schlimme Magenkrämpfe, dass mir schlecht wird, dass ich Kopfschmerzen habe.“(Julia, 15, Haupt.)

„Bauchschmerzen habe ich sowieso öfter, wenn ich meine Tage hab, ist das sowieso total schlimm. Schmerzen, 3 – 4 Tage vorher und dann geht das bis zum 3. – 4. Tag erst mal durch – das ist ziemlich schrecklich. Am Anfang geht's halt immer, wenn es dann anfängt zu ziehen, meistens kommen dann 1 – 2 Tage nur im Bett liegen, mir ist total schlecht, einfach nur – solche Bauchkrämpfe – das geht gar nicht.“ (Stephanie, 15, Real.)

Das Menarcheerleben hat, wie schon gesagt, einen deutlichen Einfluss auf den weiteren Menstruationsverlauf. Vier der fünf Mädchen, die über starke Menstruationsbeschwerden berichten, erlebten eine negativ besetzte Menarche. Diese Mädchen prägt ebenfalls eine negative Einstellung ihrer Menstruation gegenüber. „Alles“ ist „schrecklich“ oder „nervig“.

4.1.7 Was verbinden die Mädchen mit Menstruation?

Auf die Frage, was die Mädchen mit dem Begriff Menstruation verbinden, werden drei Begriffe immer wieder genannt: Blut, Schmerz, Tabletten. Das Blut versetzt in „Panik“, es ist „eklig“ und „schmiert“. Oberflächlich betrachtet finden sich keine Hinweise auf eine Verbindung zur Sexualität. Aber die unbewussten Bedeutungsinhalte können hier Aufschluss geben. Flaake (2001; 16) spricht von der Verknüpfung zwischen Menstruationsblut und einer als verboten erlebten sexuellen Lust.

„Das Blut, das ist eklig. Ich nehm' nur Binden, weil ich eine Eierstockentzündung hatte, da musste ich Tabletten da rein tun, deswegen mag ich das überhaupt nicht.“ (Julia, 15, Haupt.)

„ ... Das ist halt nur, dass man zwei Tage immer die Peeke da immer hat.“ (Jana, 15, Real.)

„Ich nehm' keine Binden. Immer dieses Nasse und Geschmiere.“(Jennifer, 15, Real.)

Schmerz hat eine große Bedeutung für die Mädchen im Zusammenhang mit ihrem Menstruationsgeschehen. Eine schmerzhafteste Regelblutung kennen alle befragten Mädchen, nur die Intensität des Schmerzes variiert. Die Schmerzen können sehr stark werden und zwingen die Mädchen teilweise dazu, sich aus dem normalen Alltagsgeschehen zurückzuziehen.

4.1.8 Menstruation und Medikamente

Mehr als die Hälfte (11 von 14) der befragten Mädchen konsumiert während ihrer Menstruation Schmerzmedikamente, Beruhigungs-Schlafmittel und Herz-Kreislaufmittel. Zu einem Großteil werden Schmerzmedikamente genommen, Beruhigungs-Schlafmittel und Herz-Kreislaufmittel finden in Verbindung mit menstruellen Beschwerden nur vereinzelt Anwendung.

In der Regel handelt es sich bei den Schmerzmedikamenten um Monopräparate, nur ein Mädchen erklärte, sie würde auch Kombinationsmittel (Thomapyrin) konsumieren. Alle befragten Mädchen, bis auf eine Ausnahme, erklärten, die Mittel entweder von der Mutter direkt zu bekommen, oder sie aber im Schrank immer vorrätig zu finden.

„Am ersten Tag habe ich starke Schmerzen, dann nehme ich mehrere Tabletten. Buscopan heißen die. Dann ist's o.k. Manchmal hab ich auch Kreislaufbeschwerden, dann hab ich noch Tropfen. ... Die Tabletten brauch' ich dann, ohne geht's nicht. Vielleicht ist das auch psychisch, wenn ich nicht dran denke, eine Tablette zu nehmen, dann nehm' ich keine.“ (Freya, 17, Gym.)

„... solche Bauchkrämpfe. Ich nehm' dann mehrere Paracetamol-Tabletten und andere Schmerztabletten.“ (Jennifer, 15, Real.)

„Wenn ich meine Tage hab', dann geht's auch nicht ohne, dann nehm' ich vormittags, nachmittags und abends.“ (Stephanie, 15, Real.)

„Ich nehm' die nur, wenn ich meine Tage habe. Sonst nur Baldrian.“ (Lena, 16, Gym.)

4.1.9 Menstruation als Krankheitserleben

Die Medikamente nehmen für die Mädchen mehrere Funktionen ein. Sie werden natürlich zuallererst eingenommen, um die Schmerzen zu lindern und um damit andere negative menstruelle Begleiterscheinungen zu bekämpfen.

Sie haben aber auch unterstützende Funktion. Und zwar verstehen Mädchen die Menstruation häufig im Sinne einer Krankheit, die sie jederzeit überfallen und die unkontrolliert über sie kommen könnte. Das Medikament, das viele ständig bei sich tragen, verwenden sie als letzte Sicherheit, aber auch als Präventivmittel, das ihnen durch die schwierige Zeit hilft. Da Schmerzen in der Menstruation vorausgesetzt werden, betrachten sie die Arzneimittelanwendung als therapeutische Maßnahme in einem Krankheitsverlauf. Dass ihre Einstellung und ihr persönliches Erleben das Phänomen Menstruation samt der negativen Begleitsymptomatik beeinflusst, rückt für sie nicht in den Bereich des Möglichen.

Die Mädchen bezeichnen es in ihren Schilderungen zumeist als „Glück“, wenn nicht sie selbst, sondern eine ihrer Freundinnen von Menstruationsschmerzen betroffen sind. Sie verweisen damit auf einen schicksalhaften Zusammenhang, denn Glück bedeutet, nicht von Krankheiten heimgesucht zu werden. Ein Mensch, der vom Glück gesegnet wird, verdankt dies nach primitiver Anschauung nicht bloß einem launenhaften Zufall, sondern er besitzt eine gewisse Veranlagung, ein „angeborenes Heil“, das ihn zu glücklichem Erfolg befähigt (RGG 2, 1986; 1627).

„Meine Freundin, das ist die, die extra Tabletten dafür nimmt und so was alles – die hat große Probleme, die muss ewig mit ihrer Wärmflasche da im Bett liegen und dann ist erst mal 1 – 2 Tage Ruhe, dann geht gar nichts mehr, da hab ich noch richtig Glück.“ (Stephanie, 15, Real.)

„Also ich hab’ eigentlich gar nichts, da hab ich echt Glück.“ (Meike, 16, Real.)

„Aber, ich habe da ziemliches Glück, ich kenne da eine, da ist das so schlimm, die kann nicht mehr zur Schule gehen.“ (Julia, 15, Real.)

Diese Schicksalhaftigkeit drückt sich nicht nur im Wort „Glück“ aus, sondern auch in den Schilderungen über das Erleben der Menstruation. Sie fühlen sich der Blutung ausgeliefert, die in ihrem Gefühl unerwartet einsetzen kann und sie dann überfällt. Deutlich wird die Angst vor einem drohenden Kontrollverlust über ihre Körpervorgänge, obwohl ihnen der Ablauf des Regelzyklus bekannt ist. Eigentlich könnte ihnen die Regelmäßigkeit eine gewisse Sicherheit im Umgang mit ihrem Körper geben, aber die Menstruation scheint sie geradezu zu beherrschen und ihnen große Aufmerksamkeit in ihrem Leben abzuverlangen.

Auf dem Hintergrund der skizzierten theoretischen Überlegungen, scheint die Frage sinnvoll, ob die Schmerzen in diesem Falle nicht auch Stellvertreterposition für die der Menstruation innewohnenden sexuellen Wünsche und Phantasien einnehmen können, die sie ebenfalls nicht kontrollieren können.

Dieses der Menstruation als schicksalhaft zugeschriebene Verständnis von Krankheit, weist einen ganz naheliegenden Weg der Bewältigung, nämlich den in die Medikation. Die konsumierten Mittel können weitere Hinweise geben. Vermutlich können sexuelle Regungen, so sie denn nicht in die Lebenswelt des Mädchens integriert werden, zu Schwindelgefühlen führen, die sich somatisch in Form von Herz-Kreislaufbeschwerden zeigen. Oder damit einhergehende Ängste, wie oben beschrieben, bedürfen einer Ruhigstellung, die über den Konsum von Beruhigungsmitteln erreicht wird. Ein Mädchen berichtet, täglich Menstruationsmittel zu konsumieren:

„Wenn ich meine Tage habe, dann geht’s auch nicht ohne, irgendwie so ... es muss halt immer eine bei mir sein, irgendwie so, ich bleib länger weg oder jetzt könnten sie bald kommen und so was alles, es muss eigentlich immer eine dabei sein.“ (Stephanie, 15, Real.)

„Meine Freundinnen kommen immer zu mir, wenn sie Schmerzmittel brauchen, weil ich immer welche dabei habe. Aber es sind doch schon recht viele, die da kommen.“ (Meike, 16, Real.)

Eine Menstruationsdefinition im Sinne von Krankheit, lässt sich bei mehr als der Hälfte der befragten Mädchen feststellen; dies auch bei den Mädchen, die selbst wenig Schmerzen oder andere Begleitsymptome zeigen. Diese Sichtweise wird hauptsächlich von den Haupt- und Realschülerinnen getragen, während keine der befragten Gymnasiastinnen von diesem schicksalhaften Ausgeliefertsein berichtet. Anzunehmen ist, dass Gymnasiastinnen über die Menstruationsvorgänge seitens der Eltern besser aufgeklärt sind. Drei Gymnasiastinnen erklärten sogar ausdrücklich, sie seien durch ihre Mütter auf dieses Ereignis vorbereitet worden.

In den Familien der Gymnasiastinnen herrscht offenbar ein offeneres Familienklima und ein natürlicherer Umgang mit Sexualität. Weiterhin berichten sie im Vergleich zu ihren Mitschülerinnen aus den anderen Schulzweigen über ein positiveres Menarcheerleben und über eine positivere Einstellung gegenüber ihrer Menstruation. Im Beschwerdeempfinden können unter ihnen keine Besonderheiten herausgearbeitet werden. Insofern spielt die Schmerzbelastung als ausreichender Grund für ein menstruelles Krankheitsverständnis eine eher untergeordnetere Rolle. Eine unzureichende Vorbereitung und Aufklärung über die Menstruation und ihre körperlichen Vorgänge könnten neben historisch-gesellschaftlichen Einflüssen ein solches Krankheitsverständnis von Menstruation befördern.

4.3 Annäherung statt Trennung

Wie ausgeführt, scheint die vordergründige Aufgabe des adoleszenten Mädchens die innere und äußere Trennung von den Eltern zu sein. Doch in den letzten Jahren hat eine Vielzahl von Studien bestätigt, dass die weibliche Adoleszenz diesem Modell nicht entspricht. Mädchen scheinen während der Adoleszenz nicht mit der Trennung und Loslösung aus Beziehungen, sondern mit deren Pflege und Umgestaltung beschäftigt zu sein.

Insbesondere betonen einige Studien (vgl. Kaplan, 1991/ Brown/Gilligan, 1994), dass vor allem die Beziehung zwischen Mutter und Tochter durch die gesamte Adoleszenz hindurch gleichbleibend wichtig ist. Es ist nicht die Entfernung, die innere Trennung für die Reifung des Mädchens förderlich, sondern eine verwandelte Nähe, die beibehaltene Loyalität und das Streben nach einer neuen ‚Stimmlage‘ im Dialog mit der Mutter.

Die wachsende Selbständigkeit und die neu erworbenen Fähigkeiten sind verwoben mit dem Kampf um die Anerkennung der Mutter, dessen Ziel nicht die endgültige Loslösung ist, sondern die Wiederherstellung von Vertrauen dort, wo es anlassbezogen zu Trennung kommt. Dabei wird die Nähe dann auf anderer Ebene neu gesucht. Apter (1990, nach Flaake/ King 1993; 77) geht sogar davon aus, dass die Mutter für die Selbstfindung und emotionale Befindlichkeit des adoleszenten Mädchens wichtiger ist als gleichaltrige Freundinnen. Schmidt-Tannwald/Urdze (1983 nach Schwarz, 1997; 152) kommen zum gleichen Ergebnis über das Sexualverhalten 14-17jähriger Jugendlicher: 60% der in dieser Altersgruppe vertretenen Mädchen wählen mit steigendem Alter die Mutter als bevorzugte Vertrauensperson. Ein weiteres Ergebnis stellt die Offenheit im familiären Kommunikationsstil als bedeutsam heraus: „Eine eher strenge Erziehung geht häufiger mit einem zurückhaltenden, verschlossenen Verhältnis und eine eher nachsichtige Erziehung mit einem eher offenen, vertrauensvollen Verhältnis einher“ (153).

Das innige und intensive Erleben der Bedeutung mütterlicher Zuwendung in der Adoleszenz stellt eine bedeutende soziale Ressource in der Bewältigung wichtiger weiblicher Entwicklungsaufgaben dar. Interessant vor dem Hintergrund der Frage eines erhöhten und missbräuchlichen Konsums von Medikamenten ist, inwieweit die familiäre aber insbesondere die mütterliche Beziehung die Mädchen in der Bewältigung ihrer neuen Aufgaben behilflich sein kann und welche Folgen die Versagung dieser mütterlichen Unterstützung bei den Mädchen hat.

Die Aufgliederung der Analyse der Mutter-Tochter-Beziehung in zwei Bereiche erscheint mir insofern sinnvoll, als die Art und Weise des Kommunikationsstils sowie die Zuwendungsmuster innerhalb der Beziehung für das Wohlbefinden der Tochter gleichermaßen wichtig sind.

Der eine Bereich sondiert die Kommunikation untereinander und untersucht, ob die Mädchen von ihrer Mutter als gleichwertige Gesprächspartnerinnen ernst genommen werden und sie des Weiteren die Möglichkeit haben, einen eigenen Standpunkt geltend zu machen. Die Äußerung von Gefühlen und Ängsten sowie Gespräche über Sexualität nehmen für die Mädchen einen hohen Stellenwert ein. Kluge/Schmidt-Tannwald ermit-

telten, dass immerhin 69% der Mädchen ihre Mutter als die wichtigste Einzelperson für Fragen zum Thema Sexualität angeben (ebd.).

Das zweite Gebiet, das für das Wohlbefinden der Mädchen enorm wichtig ist und für die Bewältigung der pubertären Entwicklungsaufgaben sehr hilfreich, bezieht sich auf die Interaktion im Elternhaus. Können sich die Mädchen hier positiv einbringen und erfahren sie als Person eine entsprechende Wertschätzung. Liebevolle und anerkennende Zuwendung führen zu „Wahrnehmung von „loveability“ und schützen die Heranwachsenden vor negativen Verstimmungen“ (Fend/ Schröder, 1990; 79).

4.3.1 Offenheit in der Kommunikation

Auf die Frage: „Kannst Du zu Deinen Eltern gehen, wenn du reden möchtest?“ erklärten sieben der befragten Mädchen, dass sie nicht mit ihren Eltern reden können. Entsprechend den Ergebnissen anderer Studien sind in dieser Gruppe die Gymnasiastinnen unterrepräsentiert, denn nur eine gab an, nicht mit ihren Eltern reden zu können. Alle befragten Hauptschülerinnen und vier Realschülerinnen sehen keine Möglichkeit mit ihren Eltern oder ihrer Mutter über ihre Probleme zu sprechen.

„Nein, wir reden gar nicht, weil, die haben ja nie Zeit, ich hab’ schon gar keine Lust mehr, was zu erzählen. Ich finde, das geht sie schon was an, ja aber, für mich geht es sie nichts mehr an, weil sie haben ja nie was gemacht, deswegen, am liebsten würde ich jetzt schon ausziehen.“ (Meike, 16, Real.)

„Ne, ich eigentlich überhaupt nicht. Wenn ich über die Schule reden will, weil `ne Arbeit nicht o.k. war, dann sagt sie: ‚Ja, das musst Du akzeptieren, musst Dich halt mehr anstrengen.‘ Ich denke mal, sie hat mehr mit mir zu tun, mit den ganzen Medikamenten und so, dass sie sagt, das erledige mal lieber selber, weil sie meint, dass ich mehr entwickelt bin als andere.“ (Julia, 15, Haupt.)

„Sie fragen manchmal, was so in der Schule war, das ist ihnen sehr wichtig. Ich habe ein freundschaftliches Verhältnis zu meiner Mutter, auch wenn ich ihr nicht viel erzähle.“ (Freya, 17, Gym.)

„Eigentlich interessiert es sie nicht, aber ich rede auch nicht mit ihnen darüber. Sie arbeiten beide viel.“ (Nina, 16, Real.)

Deutlich wird, dass die Mädchen resignieren, wenn sie wahrnehmen, dass ihre Eltern sich nicht für sie oder für ihre Belange interessieren. Ihre Reaktion auf das Desinteresse der Eltern ist allmähliches Schweigen und schließlich stellen auch sie den Dialog ein. Diese Form des Desinteresses nehmen die Mädchen als geringe Wertschätzung ihrer Person wahr, und das kränkt sie. Sie reagieren im Rahmen ihrer Möglichkeiten mit Auflehnung, Verweigerung und Resignation, geben aber den Wunsch nach Verständnis und Zuwendung nicht auf. Elterliche Zuwendung kann für einige Mädchen oft nur in der negativen Auseinandersetzung, also im Streit, erreicht werden.

„ ... das ist eigentlich mehr, hm, diskutieren, auch nicht wirklich. Es ist schon ‚ne Art von Diskussion, aber es geht halt einfach, meine Mutter so: ‚Ja, überleg Dir doch mal das, das und das.‘ Knallt mir dann `zig Sachen an’ Kopf, so: ‚OAAH.‘ Speichern, merken, nachdenken. In der Zeit redet sie schon weiter, so hört man dann nicht mehr zu,

weil man das nicht mehr für ganz so wichtig empfindet, weil das erste, das meine Mutter eigentlich immer sagt, ist eigentlich das Entscheidende, danach kommt dann nur noch bla, bla, bla. So, in der Zeit kann man ganz prima nachdenken, was sie denn damit überhaupt meint. Wenn man's dann gerafft hat, dann kommt wieder: „Ja Jana, Du warst wieder dumm, du bist Schuld.“ (Jana, 15, Real.)

(Anm. d. Int.: Jana gibt sich auffällig freundlich und einsichtig, nicht trotzig, traurig oder getroffen. Ihr Tonfall hat etwas Freudiges, so als hätte es endlich jemand erkannt.)

Die Mädchen, die kaum oder keine Möglichkeiten des Dialogs mit ihren Müttern haben, berichten über Menstruationsbeschwerden, einem negativen Menarcheerleben und einer negativ behafteten Einstellung zur Menstruation. Im weiteren weisen sie einen erhöhten Arzneimittelgebrauch auf, insbesondere im Bereich der Analgetika, Beruhigungsmittel und Herz-Kreislaufmittel.

4.3.2 Familiäre Kommunikation zum Thema Sexualität

Offene Gespräche über das Thema Sexualität finden bei allen Mädchen selten statt. Lediglich vier der vierzehn befragten Mädchen erklärten mit ihrer Mutter offen über Jungen, Sex, und Menstruation reden zu können. Eine inhaltliche Analyse über die Gestaltung der Gespräche konnte in den Interviews nicht vorgenommen werden. Für den vorliegenden Untersuchungszusammenhang der Ressourcenlage der Mädchen ist für mich die Bewertung der Gespräche durch die Mädchen aber von Bedeutung. Fühlen die Mädchen sich verstanden, können sie sich mitteilen und ihre Themen einbringen? Vor diesem Hintergrund bewerten nur noch zwei Mädchen die Gespräche mit ihrer Mutter um das Thema Sexualität positiv. Bei den anderen beiden Mädchen, die mit ihrer Mutter über Sexualität sprechen können, besteht wohl die Möglichkeit des Gesprächs, aber nach Auffassung der Mädchen dominiert die Einstellung der Mutter, so dass es zu keinem wirklichen Dialog kommt.

Positive Äußerungen

„Wir reden offen über Pille, Freund und alles, was es da so gibt. (Katharina, 16, Real.)

„Mit meiner Mutter rede ich relativ offen über Jungen, und das mit dem Hymen und wie Frauen da tricksen. Mit meiner Mama und in meiner Familie wird darüber offener gesprochen als in deutschen Familien. Wir treffen uns auch mit den Frauen, Tanten und Schwestern und so öfter, wir holen dann unsere Bauchtanzkostüme raus, auch meine Mama und dann geht's ab.“ (Chahnaz, 16, Haupt.)

Negative Äußerungen

„Obwohl ich Probleme mit meinem Freund hatte, hat Mama die Fehler zu erst bei mir gesucht, das war blöd. Was ich dachte, war egal.“ (Katharina, 16, Real.)

„Ich kann mit meiner Mutter über alles reden, aber dann sagt sie immer, was sie am besten findet. Zum Beispiel will sie meinen neuen Freund nicht, weil sie den anderen mehr mochte.“ (Jennifer, 15, Real.)

Als erstes Ergebnis kann festgehalten werden, dass ein offener Umgang mit Sexualität in der Mutter-Tochterbeziehung so gut wie nicht existiert. Entweder dominiert die sachbezogene Auseinandersetzung oder die Einstellung der Mutter. Eine Gesprächskultur über Ängste, Wünsche und Hoffnungen, also über ambivalente Gefühlslagen, die mit der pubertären Entwicklung einhergehen, scheinen mit den Müttern nur schwer kommunizierbar zu sein.

Schulspezifische Einflüsse können nicht nachgewiesen werden, aber kulturelle und milieubezogene Aspekte scheinen eine Rolle zu spielen. Dies sei hier nur angedeutet und wird später in Kap. 6 (Triangulation) weiter ausgeführt

4.3.3 Elterliche Zuwendungsmuster

Auf die Frage, ob die Eltern genügend Zeit für Gespräche haben oder gemeinsame Aktivitäten und ob die Töchter der Meinung sind, dass sich die Mütter genügend um sie kümmern, gibt ca. die Hälfte der Mädchen eine negative Antwort. Als Grund dafür wird unter den Realschülerinnen bei allen vier Befragten Zeitmangel angegeben, und das Desinteresse in der Arbeit beider Elternteile gesehen.

„Sie ist oft gereizt oder gestresst von ihrer Arbeit. Ich habe auch, wenn ich ehrlich bin nicht soviel mit ihr zutun, weil wir uns gar nicht gut verstehen. Aber sonst so, ist sie immer gestresst, sie ist nie da und so, arbeitet immer.“ (Meike, 16, Real.)

„Meine Eltern arbeiten beide ganz viel. Es interessiert sie nicht. Sie setzen mich mit der Schule nicht unter Druck, das mache ich selbst.“ (Nina, 16, Real.)

„Ich streite mich viel mit meiner Mutter. Die ist dann froh, wenn ich gehe, wenn sie schlechte Laune hat und die hat sie fast immer. Sie ist froh, wenn meine Schwester und ich dann weg sind.“ (Julia, 15, Haupt.)

Die Gymnasiastinnen geben unterschiedliche Gründe für die negative Einschätzung ihrer Beziehung zu ihren Eltern oder ihren Müttern ab:

„Meine Mutter hat sich nie um uns Kinder gekümmert. Sie ist immer im Stress. Sie achtet darauf, dass ich ordentlich bin und viel im Haushalt helfe, weil meine Mutter arbeitet, aber Lob gibt es dafür nicht. Zum 18. Geburtstag habe ich ein Bügeleisen bekommen, mehr nicht.“ (Annelie, 17, Gym.)

„Meine Eltern arbeiten beide sehr viel, dadurch haben sie oft wenig Zeit. Meistens wissen die gar nicht, was abgeht. Alles muss laufen.“ (Freya, 17, Gym.)

Viel Arbeit, Stress und Zeitmangel kennzeichnen die oben beschriebenen Beziehungen. Dies bedeutet ein Funktionieren für alle Familienmitglieder und lässt wenig Raum für Gefühle. Die Gefühlswelt der Mädchen wird den elterlichen Bedürfnissen untergeordnet, und die Mädchen verhalten sich so, wie die Eltern es von ihnen erwarten. Sie wollen ihnen keinen zusätzlichen Stress bereiten. Ambivalente Gefühle, Verunsicherung, Angst, Wut und Aggression können nicht geäußert werden, weil dadurch das System ins Wanken kommen könnte.

Dieser Zeitmangel führt dazu, dass die Anerkennung der Person nur über Anpassung und Leistung erreicht werden kann:

„Hab oft den Druck, alles richtig machen zu müssen, aber ich weiß oft nicht wie. Meine Mama hat ihm ihr ganzes Leben geopfert und jetzt will er sie nicht mehr. Nein, darüber reden wir natürlich nicht.“ (Freya, 17, Gym.)

„Meine Mutter sagt, Du kannst alles erreichen.“ (Nina, 16, Real.)

„Ich hab immer Schiss, ich enttäusche meine Eltern.“ (Julia, 15, Real.)

Positive Äußerungen

„Ich geh auf jeden Fall zu meiner Mama, meine Mama, die sieht sofort, dass ich irgendwelche Probleme hab, dann kommt sie selber auf mich zu: „Na, was haste denn?“ (Irene, 16, Gym.)

„Die machen sich auf jeden Fall Sorgen um mich, was mit meinem Freund ist und was mit der Schule ist. Die sagen zwar, ja mach' was Du willst, also jetzt, was Dir lieb ist, aber trotzdem, sie lassen mich auch nicht jedes machen, was ich will. Die machen sich schon Sorgen. (Katja, 16, Gym.)

„Sie kümmert sich wirklich viel ums uns, obwohl sie sehr viel arbeitet. Gut, manchmal ist sie auch genervt, aber sie hat immer genau geguckt, was mit uns ist. Ich bin ziemlich stolz auf sie, weil sie uns immer allein versorgt hat.“ (Katharina, 16, Real.)

Der Unterschied in den positiven und negativen Einschätzungen der Mädchen liegt in der Interaktion mit den Eltern. Die Mädchen mit positiven Aussagen berichten, dass ihre Mütter sehen, wann es ihnen nicht gut geht, wann sie Probleme haben, und dann auf die Mädchen zugehen. Das bedeutet, die Mädchen fühlen sich in ihrer Person wahrgenommen. In dem die Mütter das Gespräch mit ihren Töchtern suchen, nehmen sie die Gefühlswelt ihrer Töchter ernst und geben ihnen damit das Gefühl geschätzt zu werden und wichtig zu sein.

4.3.4 Zugeschriebene Rollenverteilung

Die befragten Mädchen nehmen ihre Eltern in unterschiedlichen Rollen wahr und schreiben ihnen unterschiedliche Aufgaben und Fähigkeiten zu: Für die Gefühlswelt der Mädchen ist die Mutter zuständig. Fast alle, bis auf ein Mädchen wählen ihre Mutter als Ansprechpartnerin, wenn es um Gefühle und Probleme geht. Für sachliche Themen werden die Väter als explizite Gesprächspartner bevorzugt.

„Wir diskutieren immer und das wird dann ziemlich heftig, meistens ist das so, er bleibt immer ganz ruhig und ich fang irgendwann an zu schreien. Mein Vater lächelt dann. Ich bewundere ihn. Ich würde gerne das schaffen, was er schafft.“ (Julia, 15, Real.)

„Wenn ich Probleme habe, gehe ich eher zu meiner Mutter. Bei meiner Mutter ist das so, wenn ich mit ihr über etwas rede, sie steigert sich da schon so'n bisschen mehr mit rein. Sie kann das so nachempfinden. Mein Vater bleibt dann so richtig sachlich, das ist immer so furchtbar (lacht).“ (Julia, 15, Real.)

Die Mehrzahl der Mädchen spricht von einer guten Beziehung zu ihrem Vater, der aber eher im Hintergrund bleibt. Sie erleben ihn nicht als strafende Instanz, aber respektge-

bietend. Die Auseinandersetzungen auf der Gefühlsebene finden nicht oder selten statt, aber auch die nonverbale, wohlwollende Anerkennung durch den Vater nimmt einen hohen Stellenwert ein. Ein Grund für diese geschlechtsspezifische Zuschreibung hängt vermutlich damit zusammen, dass das Risiko besteht, beim Vater auf Unverständnis zu treffen und sich dadurch der Peinlichkeit ausgeliefert zu sehen. Die Mädchen sprechen den Vätern ganz im Sinne der geschlechtlichen Konnotation die Kompetenz, mit Gefühlen umzugehen und sie verstehen zu können, weitgehend ab.

„Mein Papa verbietet mir nicht viel, aber ich gucke schon, wie er bestimmte Sachen so sieht.“ (Irene, 16, Gym.)

„Wenn ich was habe, gehe ich zu Mama, ich weiß sowieso, dass sie das dann meinem Vater erzählt. Aber der sagt dann nichts. Aber ich weiß, dass er es weiß.“ (Jennifer, 15, Real.)

Auch dort, wo die Mutter als kompetente Ansprechpartnerin nicht verfügbar ist, wird nicht auf den Vater ausgewichen. Dann nimmt die beste Freundin den Platz der Mutter ein, die sonst eher in Ergänzung der Mutter fungiert:

„Mein Vater hört mir zu, manchmal sitzen wir abends stundenlang und quatschen. Aber über Freund und so rede ich mit meiner besten Freundin.“ (Lena, 16, Gym.)

In Luises Fall ist es so, dass sie ihrer Mutter, die vor 6 Jahren die Familie verlassen hat, vorwirft, die Mutterrolle, die sie mit ihren Kindern gewählt hat, nicht einzunehmen. Sie lehnt ihre Mutter deswegen deutlich ab, was u. a. auch darin begründet liegen könnte, dass sie keine mütterliche Ansprechpartnerin hat. Sie meint:

„Eigentlich sollte eine Tochter immer zu ihrer Mutter kommen können und deswegen will ich auch solange wie möglich Zuhause bleiben. Aber mit meiner Mutter kann ich irgendwie nicht reden, die ist Künstlerin und sehr gefühlsbetont, ahh, uhh.“ (Lena, 16, Gym.)

Dieser Fall gibt einen Hinweis auf die hohe Bedeutung der mütterlichen Anteilnahme in der Pubertät. Die Mutter nimmt während der Pubertät eine wichtigere Stelle ein als der Vater.

4.4 Konfliktbewältigung

Eine für die Persönlichkeitsentwicklung zentrale Spaltung ist jene in Individuation und Sozialisation. Beide Prozesse gehören zusammen und werden als dialogisch strukturierte Entwicklung verstanden (Herzka, 1990; 24).

Die sich in den Entwicklungsgängen gegenüber stehenden Wahrnehmungen bezeichnen Bereiche, die jeweils äquivalent und gleichzeitig zusammen ein Ganzes bilden. Für die Bedeutung der Individuation können folgende Begriffe eingesetzt werden: „Selbststeuerung, Realitätskontrolle, Identität, Selbstkonzept, Gestaltkreis, Leistung“ (ebd.). Für die Sozialisation können die Begriffe lauten: „Elternschaft, Lebenswelt, Biografie, Entwicklung“.

Solche „Ganzheiten“ werden in dialogischer Auffassung nicht wie in der Dialektik, als Ergebnis einer harmonischen Synthese oder im Sinne eines Kompromisses verstanden.

Vielmehr handelt es sich um persönliche Erlebnisweisen, die durch eine permanent spannungsvolle und dadurch vital bleibende Auseinandersetzung gekennzeichnet sind. Anders ausgedrückt erfordert die Persönlichkeitsentwicklung der adolescenten Mädchen die empfundenen Spannungen, die sich aus den eigenen Bedürfnissen und fremden Anforderungen ergeben, befriedigend in die eigene Persönlichkeit zu integrieren. Dabei sollen weder die eigenen Anforderungen vernachlässigt, noch können fremde voll befriedigt werden. Die Akzeptanz von Spannungen und Widersprüchen ist eine notwendige Aufgabe der Mädchen.

Krankheitsmodelle gehen in der Regel davon aus, dass ein störungsfreies Funktionieren des Menschen in seinen biologischen und psychologischen Gegebenheiten zu erwarten ist. Krankheit ist insofern ein defizitäres Phänomen, das in der Therapie überwunden werden muss.

In der gesundheitswissenschaftlichen Forschung hat sich jedoch mehr und mehr der dialogische Ansatz durchgesetzt, der Störungen und Krankheiten als integrierten Bestandteil des Lebens definiert. Bestimmte intrapsychische und psychosoziale Widersprüche, Spannungen und Konflikte sind notwendiger und normaler Bestandteil des Lebens und „Anzeichen gesunder Vitalität“ (Steinhausen, 1990; 26). Krankheitsbedingte Symptome kommen vielfach durch Abspaltung und Vernachlässigung einzelner Bereiche der Persönlichkeit zustande. Stehen die Anforderungen, die das Umfeld an die Mädchen stellt, und die Voraussetzungen, die sie dafür zur Verfügung haben, in einem Missverhältnis, ist das Risiko psychosomatisch zu erkranken relativ hoch. Die dabei wirksamen Faktoren sind, konstitutionell als auch reaktiv erworben und betreffen den biologisch-somatischen und seelisch-geistigen Bereich.

Einige der Widersprüche und Konflikte sind mehr intrapsychischer Art, andere sind mehr im sozialen Bereich angesiedelt. Eine solche Unterscheidung in „innen und außen“ (Herzka, 1990; 27) ist nur dann sinnvoll, wenn immer das eine in Verbindung mit dem anderen ins Blickfeld genommen wird. Der vom Mädchen zu leistende persönliche Entwicklungsvorgang während der pubertären Entwicklung erfordert die Integration der sich gegenüberstehenden Teilbereiche und Teilprozesse.

Der innere Zwiespalt wird von den Mädchen als Ambivalenz empfunden. Die Ausbalancierung dieser Ambivalenzen in einem befriedigenden Sinne, ist in dieser Entwicklungsphase eine wichtige Aufgabe der Mädchen. Der Vielzahl der zu bewältigenden Konfliktsituationen steht, kulturgeschichtlich bedingt, eine mangelhafte Konflikterziehung gegenüber – ein Mangel an Einübung von Bewältigungsstrategien für psychische und soziale Belastungen. Dieses unzulängliche Konflikt- und Bewältigungsverhalten von Mädchen hängt mit einer „starken Tendenz zur Verleugnung und Bagatellisierung von Konflikten und Widersprüchen“ (ebd.) zusammen. Die Erwachsenen projizieren ihre eigenen idealisierten Erwartungen, keine Sorgen, keine Probleme, keine Spannungen zu haben auf die Jugendlichen und erwarten insbesondere von den Mädchen eine konfliktfreie Anpassung.

Dieser Doppelcharakter, Ambivalenzen zu spüren, sie aber nicht wahrnehmen zu dürfen, geschweige denn sie zu problematisieren, kennzeichnet die gegenwärtige gesellschaftliche Situation. Den Jugendlichen wird ein hohes Maß an Belastbarkeit und Kon-

fliktfähigkeit abverlangt, ohne ihnen die dazu notwendigen Bewältigungsstrategien zu vermitteln, sogar ohne die zugrunde liegenden Konflikte und Spannungen überhaupt wahrnehmen zu dürfen. Des weiteren wird, ganz im Sinne des individualisierten Aufwachsens, die Verantwortung für auftretende Konflikte und Widersprüche in die Person der Mädchen hineinverlagert.

Wenn der erhöhte Arzneimittelkonsum von Mädchen in der Adoleszenz als Reaktion auf Probleme zu verstehen ist, so soll im Folgenden untersucht werden, wie das Konflikt- und Problemverhalten der Mädchen aussieht. Bagatellisieren, verleugnen und vernachlässigen die Mädchen bestimmte konfliktreiche Bereiche? Streben sie nach Harmonie in ihren Beziehungen, statt durch Auseinandersetzung und Konfrontation, Nähe und Anerkennung herzustellen? Bedeutet für sie aktives Konfliktverhalten Beziehungsverlust und passives konfliktvermeidendes Verhalten den Erhalt von Beziehungen? Führt die unterstellte Vermeidungsstrategie der Mädchen wirklich zu pathologischen Symptomen?

4.4.1 Umgang mit Problemen

Die Mehrzahl der Mädchen zeigt ein deutliches Konfliktvermeidungsverhalten. Das Streben nach einer harmonischen, spannungsfreien Beziehung wird hoch bewertet. Probleme werden selten thematisiert, weil sie Angst vor dem Verlust von Zuwendung und der Beziehung haben. Sie neigen deshalb dazu, Probleme zu ignorieren oder zu umgehen. Auch wenn ein Mädchen (Meike) wahrnimmt, dass eine Beziehung ohne Auseinandersetzung keine authentische ist, hat sie lieber Schuldgefühle als eine ruhige Beziehung zu gefährden.

So ist es bei allen vierzehn befragten Mädchen: Sie zeigen ein deutliches Harmoniestreben und Streit bedeutet für sie Verlust und Zerstörung. Schulspezifische Unterschiede sind nicht zu erkennen. Auch die Gymnasiastinnen, denen die Pflege einer offenen Gesprächskultur zugetraut werden könnte, zeigen ein solches ausweichendes Problemverhalten.

So wie in den theoretischen Überlegungen des dialogischen Ansatzes ausgeführt, ziehen sie es vor, „Probleme zu umgehen“ oder sagen „eigentlich etwas anderes zu wollen“, d.h. sie stellen ihre Ansprüche und Bedürfnisse zurück. Wenn sie dann das, was sie betrifft, zur Sprache bringen, fühlen sie sich nicht besser, sondern haben Schuldgefühle. Dies führt schließlich dazu, sich nicht wichtig zu nehmen. Die Harmonie mit anderen, das eigene „Einstecken“, die Unwichtigkeit der eigenen Person wird von den Mädchen früh erfahren und verinnerlicht.

Dieses Abspalten und introvertierte Problematisieren führt zu pathologischen Symptomen. Alle Mädchen, die täglich oder 1 – 2 mal pro Woche Arzneimittel konsumieren, finden sich in dieser Gruppe wieder. Sie klagen erwartungsgemäß über eine Vielzahl von psychosomatischen Beschwerden. Teilweise leiden sie unter starken Kopf-, Bauch- und Brustschmerzen sowie unter starkem Asthma. Es liegt nahe, dass der Schmerz hier kompensatorische Funktion einnimmt, wobei die nicht geäußerten Gefühle sich nach innen wenden, um dann in der Krankheit den Weg nach außen finden.

In der Interviewsituation wurden die Mädchen schließlich aufgefordert, über Konflikte innerhalb der Familie oder im Freundeskreis zu erzählen. Dann sollten sie einen Vergleich anstellen, zu Verhaltensweisen im Streitfall in früheren Jahren.

„Ich probiere immer Probleme zu umgehen ... bzw. Probleme überhaupt gar nicht erst aufkommen zu lassen. Meine Mutter sagt z. B.: ‚Du kannst mir alles erzählen‘; nur sie versteht nicht, dass ich das nicht will, weil ich, es läuft alles perfekt und da will man auch kleine Hügel umgehen. Man will halt die ganze Zeit gehen, schön bergab, da will man nicht einfach bergauf, wenn’s nicht unbedingt sein muss. Das versteht sie nicht, dass ich das sogar mit Lügen umgehe.“ (Jana, 15, Real.)

„Wenn Jungs einen Dickkopf haben, dann ist das cool, aber wenn die Mädchen mal einen Dickkopf aufsetzen, dann sind sie zickig. Das finde ich eigentlich nicht so gut. Wenn mein Freund dann einen Dickkopf hat, dann gehe ich auf ihn ein, weil Harmonie wichtig ist. Dann setze ich meine Sachen mal eben nicht durch, weil ich immer einen ruhigen Kompromiss suche. Aber, wenn ich etwas nicht will, dann sucht er nicht Harmonie, sondern meint, ich sei zickig.“ (Annelie, 17, Gym.)
Int.: Wie hättest du dich im Alter von 9 oder 10 Jahren auf so eine Situation mit deinem Freund reagiert? „Da hätt’ ich’s aber ordentlich durchgesetzt, da hätt’s ordentlich Zoff gegeben, damit ich das auch durchsetze.“ (Annelie, 17, Gym.)

Annelie betont ihr Bedürfnis, immer den Kompromiss zu suchen und um den Preis der Harmonie und der Selbstaufgabe auch nachzugeben. Als 10-Jährige hat sie noch mehr auf ihre Bedürfnisse geachtet. Sie erklärt diese Veränderung damit, dass sie im Laufe der Zeit gelernt hätte, mehr auf die Gefühle der anderen einzugehen und eben auch zu sehen, dass Kompromisse notwendig seien.

Annelie hat zwar im Verlauf ihrer geistigen Entwicklung gelernt, Standpunkte, die von ihren abweichen, zu verstehen und zu akzeptieren. Aber gleichzeitig entwickelte sich eine Angst, den eigenen Standpunkt auch gegen andere durchzusetzen. Sie achtet darauf, welche Auseinandersetzungen vermeidbar sind bis sie schließlich ganz darauf verzichtet.

„Ich habe mich mit elf, zwölf, dreizehn sehr viel mit meiner Mutter gestritten, auch wegen des Umzugs, heute habe ich gelernt einzustecken. Ich finde, streiten lohnt sich nicht.“ (Katja, 16, Gym.)

Auch Katja beschreibt, dass sie vor der Pubertät eine andere Einstellung zu Auseinandersetzungen hatte als nach der Pubertät. Wie Annelie nimmt sie sich jetzt zurück und vermeidet Auseinandersetzungen, denn sie brachten ihr keinen Gewinn, weil „streiten lohnt sich nicht.“ Sie hat gelernt „einzustecken“. Damit bringt sie zum Ausdruck, dass sie gelernt hat, sich an die Welt der Erwachsenen anzupassen und die eigenen Gefühle als nicht wichtig einzuschätzen. Als Mädchen lernt sie, Aggressionen auch gegen sich selbst zu richten, sie „einzustecken“.

„Ich war ausgesprochen selbstbewusst bis zur 6. Klasse. Dann habe ich alle Leute genervt, weil ich so gut drauf war. Das habe ich dann gemerkt und dann zwanghaft versucht, den Leuten nicht auf die Nerven zu gehen. Ich will immer nett sein. Ich fühl mich oft klein und denk, dass ich ja eigentlich was ganz anderes will.“ (Freya, 17, Gym.)

Freya verdeutlicht, dass es ihr vor der Pubertät eigentlich besser ging, nur sei sie mit ihrem selbstbewussten Verhalten plötzlich angeeckt; deshalb habe sie es, unter Zwang, ändern müssen. Sie weiß, dass sie ihre Gefühle und Gedanken nun für sich behalten muss, aber sie spürt, dass sie damit gegen sich selbst handelt.

„Wenn wir streiten ist das ein scheiß Gefühl, ganz, ganz Scheiße. Bei meinem Dad habe ich da nicht so das Problem wie bei meiner Mam.“ (Jennifer, 15, Real.)

„Schuldgefühle ... ja, wenn ich mal wieder irgendwas gesagt hab', was ich eigentlich sagen will, aber ich weiß, wenn ich's sag, dann verletzt' ich meine Mutter zum Beispiel. Aber ich sag's dann trotzdem, weil, weil ich, es einfach gut ist, wenn ich's dann sage, wenn es dann endlich mal dazu kommt, dann dann schrei ich aber voll und sag ihr dann meine Meinung. sie sagt dann: „Lass es, es hat keinen Sinn mit Dir zu reden oder irgendwie so was.“ ich sag' dann: „Ja.“. Das ist das einzige was sie dann sagt und dann fängt sie an zu heulen. Und dann reden wir n' paar Tage gar nicht miteinander und irgendwann reden wir wieder zusammen.“ (Meike, 16, Real.)

Hier drückt sich das allgemeine Verbot für Mädchen aus, zu sagen, was sie fühlen und denken. Meike spürt, dass sie es nicht darf und protestiert vehement dagegen, in dem sie ihre Eltern anschreit und sie dadurch zwingt, ihr zuzuhören und sie zu (be)achten. Die Mutter reagiert betroffen und pflanzt ihr dadurch Schuldgefühle ein. Durch eine offene Auseinandersetzung erfährt Meike, dass sie Menschen, die ihr sehr nahe stehen verletzt und zum Weinen bringt und sie handelt sich damit Nichtachtung und Liebesentzug – also Beziehungsverlust ein. Die Verweigerung ihrer Mutter sich mit ihrer Tochter auseinander zu setzen, sie als eigenständig denkende und fühlende Persönlichkeit wahrzunehmen, lässt Meike, trotz ihres offenen Protestes, gegen eine Wand des Schweigens laufen. Das Verhalten der Mutter spiegelt Meike Ablehnung ihrer Person und wird sie im Rahmen des sozialen Lernens über Belohnung zur Unterdrückung ihrer Gefühle und zur Anpassung zwingen.

4.4.2 Umgang mit Gewalterfahrung

Zwei Mädchen sind mit männlicher Gewalt konfrontiert worden. An diesen beiden Beispielen wird die Passivität, Aggressionsunfähigkeit und Nichtachtung der eigenen Gefühle und personeller Unbeschadetheit im Konfliktfall besonders deutlich.

„Ich hatte einen Freund, ja, also, mit dem lief das nicht gut. Der war unwahrscheinlich eifersüchtig. Der hat mich stundenlang in seinem Zimmer eingeschlossen und hat mich geschlagen.

Int.: Wie hast Du reagiert?“

Jennifer: „Also, ich habe nichts gemacht. Ich hab das schon einige Zeit mit mir machen lassen, weil ich dachte, na, ja er kann nichts dafür. Er hat sich ja auch immer wieder entschuldigt.“

Int.: „Hast Du mit jemandem darüber gesprochen?“

Jennifer: „Nein, zuerst nicht, und dann mit meiner Mutter. Die sagte, ich soll mich von ihm trennen. Ja, irgendwie habe ich das dann auch gemacht. Dann hat der mich noch lange verfolgt. Das war ziemlich schrecklich.“

Jennifers Erzählung über diese gewaltvolle Erfahrung klingt eher gleichgültig. Sie zeigt keine Wut oder Ohnmacht oder Angst. Die früh eingeübte Unwichtigkeit der eigenen Persönlichkeit manifestiert sich in solchen Gewalterfahrungen. Jennifer wird eingesperrt und geschlagen. Ihr wird psychisch wie physisch Gewalt angetan und sie entschuldigt dieses schädigende Verhalten ihres Freundes mit dem Hinweis auf eine gewisse Unzurechnungsfähigkeit seinerseits. In dem Mädchen gesellschaftlich einem Weiblichkeitszwang unterworfen werden, der sie dazu erzieht die eigenen Gefühle nicht wichtig zu nehmen und Streit und Auseinandersetzung im Sinne eines Harmoniebedürfnisses aufzugeben, stabilisieren sich nicht nur die patriarchalen Machtstrukturen, sondern auch selbstschädigendes Verhalten von Frauen.

„Ich wurde letztes Jahr fast vergewaltigt. Das war ein Junge hier aus dem Dorf. Ich ging so gegen 10 Uhr abends nach Hause. Aber es war noch hell und plötzlich zog der mich von der Straße und schmiss mich hin. Ich hatte zum Glück Selbstverteidigung gemacht und konnte mich losreißen. Der wollte mich küssen und hat zwischen meine Beine gefasst und mir versucht den Pullover auszuziehen. Als ich nach Hause kam, hab ich's meiner Mutter erzählt. Am nächsten Tag bin ich zur Polizei. Der Polizist hat gesagt, er kennt den Jungen und das kann er sich nicht von dem vorstellen und hat uns nicht geglaubt. Ja, dann sind wir wieder weg gegangen. Nach einer Woche hat der dann meine Freundin vergewaltigt. Dann sind wir wieder zur Polizei und wieder haben die uns nicht geglaubt.“

Int.: „Und was habt ihr dann gemacht?“

Annelie: „Nichts, wir konnten ja nichts machen.“

4.4.3 Verarbeitung von Statusunsicherheiten im weiblichen Selbstkonzept

Die Mädchen, die sich in diesem Spannungsfeld zwischen Distanz und Authentizität befinden, begreifen ihr Leiden als ein individuelles. Dass es sich um einen kulturell determinierten Konflikt im Rahmen eines gesellschaftlich entwickelten Konstruktes von Weiblichkeit handelt, wird von ihnen nicht wahrgenommen. Wie verarbeiten die Mädchen diesen Konflikt im Rahmen ihrer Identitätsaneignung. Protestieren sie, oder passen sie sich an, leiden sie oder verinnerlichen sie es und fühlen sich im Einklang. Wobei auch ein erfolgreicher aktiver Widerstand Leiden bedeuten kann. Overbeck (1993; 78) verweist in diesem Rahmen auf die Anpassungsverweigerung im Sinne von Autonomieerhaltungsbestrebungen von anorektischen Frauen. Kann auch der erhöhte Arzneimittelkonsum als eine Reaktion auf diese Weigerung des Beziehungsverlustes (vgl. Brown/Gilligan, 1997) interpretiert werden?

Zwei Mädchen legen das Gelingen oder Scheitern in ihren ganz persönlichen Verantwortungsbereich. Somit müssen sie nicht einmal Wut gegenüber ihren Eltern entwickeln, weil sie selbst für alles verantwortlich sind. Sie stellen sich im Interview völlig problemlos dar, der ausgefüllte Fragebogen, zeigt eine sehr konflikthafte Elternbeziehung. Auffällig ist, dass sie nachdrücklich auf ihre Eigenverantwortlichkeit verweisen.

„Man kann alles erreichen, das liegt nur an einem selbst. Es gibt keine Entschuldigung für das Nichterreichen seiner Ziele, außer Krankheit vielleicht.“ (Lena, 16, Gym.)

„Ist von jedem selbst abhängig, was er aus seinem Leben macht.“ (Stephanie, 15, Real.)

Wenn man davon ausgeht, dass nach heutiger Vorstellung im Rahmen eines traditionellen Frauenbildes die Familie für die Frau an erster und der Beruf an nachgeordneter Stelle steht und ein modernes anzustrebendes Frauenbild beides gleichermaßen gut integrieren kann, so will ich das traditionelle Frauenbild mit übernommener angepasster Identität gleichsetzen und das angestrebte mit erarbeitetem oder diffusem Identitätsstatus. Wobei erarbeitete und übernommene Identität überwiegend mit Wohlbefinden einhergeht und sich der diffuse Identitätszustand als pathologisch erweisen kann.

Übernommener Identitätsstatus

Unter Bezugnahme auf das Weiblichkeitsempfinden und der perspektivischen Ausrichtung auf Familie und/oder Beruf können sechs Mädchen dem übernommenen Identitätsstatus zugeordnet werden. Diese Mädchen zeigen ein überwiegend angepasstes konfliktfreies traditionelles Frauenbild. Sie vertreten entsprechende Eigenschaften von Weiblichkeit:

„Ich möchte sowieso ‚ne Hausfrau und Mutter sein und will nichts erreichen.“ (Lena, 16, Gym.)

„Gleichberechtigung ist biologisch nicht möglich.“ (Jennifer, 15, Real.)

Familienwunsch

„Ich möchte in jedem Fall eine große Familie, ganz ganz wichtig. Ich möchte wohl auch teilweise arbeiten, aber die Familienarbeit mache ich.“ (Katja, 16, Gym.)

„Ich möchte eine große Familie. Ich gehe jetzt nach der 10. ab und mache eine Ausbildung zur Kreissekretärin. Nein, Karriere möchte ich nicht machen ... Ja, deswegen achte ich schon drauf, was mein Freund macht. Weil, wenn wir eine Familie gründen, dann müssen wir auch genug Geld haben.“ (Irene, 16, Gym.)

„Ja, auf jeden Fall, auf jeden Fall, ich möchte später halt ‚nen Mann und Kinder, ‚n Haus vielleicht, was man sich eigentlich so vorstellt. (Int.: Würdest Du dann weiter arbeiten wollen?)

„Ja, auf jeden Fall, aber erst Zuhause bleiben, bis die Kinder älter sind, dann wieder halbtags. Nein, dass mein Mann Zuhause bleibt bei den Kindern? Ne, Ne, Ne!“ (Julia, 15, Real.)

„Familie, das ist das Schönste, was es gibt. Ich würde dann auf jeden Fall Zuhause bleiben. Ich möchte ganz Mutter sein. Vielleicht würde ich halbtags arbeiten. Außerdem ist das auch nicht so stressig. (Anm. der Aut.: Ihr zukünftiger Mann und Vater der Kinder sollte nicht Zuhause bleiben und sich um die Kinder kümmern: „Nein, dann bin ich keine Mutter mehr.“ (Annelie, 17, Gym.)

Vier der sieben Mädchen, die ein traditionelles Familienbild anstreben, sind Gymnasias-tinnen. Die restlichen drei kommen von der Realschule, wobei die eine Realschülerin

die Identität ihrer Mutter übernommen hat, aber nicht das traditionelle Frauen- und Mutterbild einnehmen möchte, sondern die moderne Variante vertritt:

„Ohne Ausbildung bist Du nichts.“ (Katharina, 16, Real.)

Allen anderen Mädchen mit dem Identitätsstatus ‚übernommen traditionell‘ ist ein idealisiertes Familien- und Mutterbild gemeinsam. Sie gehen vom traditionellen Bild aus, in dem die Frau für die Nachkommenschaft sorgt und der Mann für die finanzielle Versorgung zuständig ist. Die Option einer geteilten Erziehungsarbeit wird von ihnen abgelehnt, wobei die Gründe nicht deutlich formuliert wurden. Eine begründet die alleinige Übernahme der Versorgung und Erziehung der Kinder damit, dass sie sonst ihren Mutterstatus verlieren verlöre. Die Familienarbeit sei nicht so stressig wie die außerhäusige. Ich würde Düring in ihrer Vermutung folgen wollen, dass hinter diesem ausschließlichen Beharren auf familiäre Tätigkeiten eine gewisse Angst steht, sich der männlich ausgerichteten Welt stellen zu müssen. Die traditionell ausgerichtete Lebensweise haben sie von ihrer Mutter übernehmen können. Es existiert ein Vorbild, an dem sie sich orientieren konnten. Allerdings negieren sie die gesellschaftliche Realität. Die Scheidungsrate liegt sehr hoch und die oftmals damit einhergehende Armut von Frauen und Kindern würde eine andere Einstellung der jungen Frauen erwarten lassen. Eine gute Ausbildung und Erwerbstätigkeit würde ihnen eine gewisse Unabhängigkeit und selbständige Existenzsicherung ermöglichen. Zudem trägt das traditionelle Bild ohnehin nicht mehr, da ein normaler Facharbeiter heute die Existenz einer Familie mit zwei Kindern nicht mehr als Alleinverdiener sichern kann. Doch darauf scheinen die jungen Frauen gefasst zu sein, denn Halbtagsarbeit ist für die Mädchen durchaus vorstellbar. Neben der Angst im Berufsleben bestehen zu müssen, vermute ich des weiteren, dass sie sich erst an die Verantwortung gewöhnen müssen, womöglich die alleinige finanzielle Existenzabsicherung der Familie zu sein. Bisher wurden sie versorgt, aber mit der Veränderung von Geschlechtsrollen verändern sich auch Verantwortlichkeiten. Sich nicht versorgt zu wissen, könnte für die Frauen angstausslösend sein. In dem sie sich hinter das nach wie vor anerkannte traditionelle Familien- und Frauenbild stellen, haben sie einen Grund Verantwortung, Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit nicht übernehmen zu müssen, gerade in wirtschaftlich schwierigen Zeiten.

Nach Marcia korreliert der übernommene Identitätszustand mit einem hohen Maß an Wohlbefinden, was für diese sechs befragten Mädchen durchaus zutrifft. Sie leiden gar nicht oder sehr selten unter psychosomatischen Beschwerden und gehören auch nicht in die Medikamentengruppe.

Diffuser Identitätszustand

Die zweite Gruppe, die Mädchen mit dem Identitätsstatus ‚diffus‘, kennzeichnet ein unausgewogener Familien- und Berufswunsch. Sie können sich beruflich nicht festlegen und wollen sich auch nicht so eindeutig wie die andere Gruppe für Kinder und Familie entscheiden. Diese Unausgewogenheit geht mit einem krisenhaften Erleben einher. Sechs der acht Mädchen leiden unter starken psychischen wie physischen Beschwerden und gehören in die Gruppe der Mädchen, die oft und häufig Medikamente konsumieren. Unter Bezugnahme auf ein ablehnendes und/ oder konflikthafte Weiblichkeitsbild zeigen fünf dieser Mädchen Anzeichen für ein negatives Weiblichkeitsempfinden:

„Emanzipiert heißt, der mag mich jetzt nicht mehr, wenn ich das jetzt mache. Die Grundsätze der Emanzipation sind mir schon wichtig.“ (Freya, 17, Gym.)

„Nein, nicht direkt Zukunftsangst, ich weiß nur nicht was ich machen soll. Vielleicht irgendwas im Büro. ... Familie weiß ich auch nicht“ (Stephanie, 15, Real.)

„Ich bin mit mir zufrieden, aber ich will keine Frau sein, das ist doof. Ich will auf keinen Fall was mit Jungs zu tun haben, die wollen da was, das will ich nicht.“ (Julia, 15, Haupt.)

„ Vielleicht will ich mal Kinder, aber wichtiger ist ,n guter Beruf. ... Man muss gut sein, dann kann man alles erreichen ..“ (Nina, 16, Real.)

„Mit meinem Körper, ne, mit dem bin ich nich' zufrieden, weil ich eher Durchschnitt bin, ich will nich' Durchschnitt sein.“ (Nina, 16, Real.)

4.5 Krankheit als Konfliktbewältigung

4.5.1 Die gegenwärtige gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen

Wie im vorhergehenden Kapitel aufgezeigt wurde, zeigen fast alle befragten Mädchen ein vergleichbares Verhalten im Konfliktfall. Sie suchen Harmonie und den Kompromiss, und meiden den Konflikt, in dem sie versuchen, Probleme und Auseinandersetzungen zu umgehen. Auslöser eines solchen Verhaltens ist neben anderen Einflüssen die beschriebene Angst vor einem drohenden Beziehungsverlust.

Konflikte können auch anders als in der offenen Auseinandersetzung bearbeitet werden, nämlich in einer Krankheit. Betrachtet man heute die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken für das Jugendalter, so zeigt sich zwar, dass zahlreiche gesundheitliche Gefährdungen durch Krankheiten in den letzten Jahren zurückgegangen sind. Dieser quantitativen Abnahme steht jedoch eine qualitative Veränderung des Krankheitsspektrums gegenüber. Aktuelle Befunde konstatieren heute eine zunehmende Bedeutung sowohl chronischer Krankheiten und psychosomatischer Beschwerden als auch psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Remscheidt (1990 nach Haisch/ Zeitler 1991; 80) kommt in einer repräsentativen Studie zu dem Ergebnis, dass im Durchschnitt etwa 10 – 12% der Kinder im Grundschulalter an psychischen Störungen in Leistungs-, Wahrnehmungs-, Gefühls-, Kontakt- und in sonstigen Entwicklungsbereichen leiden. Im Jugendalter muss mit einer noch höheren Quote von etwa 15 – 20% gerechnet werden. Von chronischen Krankheiten sind etwa 7 – 10% aller Jugendlichen betroffen, und die Tendenz steigt (Lösel/ Bender nach Haisch/ Zeitler, 1991; 80).

Einige gesundheitliche Belastungen sind entwicklungstypisch zu erklären und treten nur in dieser Lebensspanne auf; die Mehrzahl aber wird mit steigendem Alter in die Erwachsenenphase übernommen. Insofern kann die gesundheitliche Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen als Spiegelbild der personalen und sozialen Bedingungsfaktoren ihrer Umwelt gedeutet werden.

Übergewicht

Aufgrund falscher Ernährungsgewohnheiten sind mindestens 10% der Schulkinder von Übergewicht betroffen. Sie essen unregelmäßig und greifen zu vorgefertigten, leicht verdaulichen, meist sehr kalorien- und fetthaltigen Produkten, die das Verdauungs- und Stoffwechselsystem zu wenig beschäftigen. Im Zusammenhang mit der sich verbreitenden Bewegungsarmut unter Kindern und Jugendlichen führt dieses Verhalten dann zu Übergewicht. Weitere 10% haben eine Form von Übergewicht erreicht, die nur durch strenge und langanhaltende Diät unter Kontrolle gebracht werden kann. Die oft mit Übergewicht einhergehende Antriebsschwäche überträgt sich oft auf viele Lebensbereiche der Kinder und Jugendlichen und fördert eher passive Beschäftigungsformen.

Untergewicht

Diese gesundheitliche Störung findet gerade bei weiblichen Jugendlichen immer weitere Verbreitung. Unter Anorexie und Bulimie leiden ca. 1% der Mädchen und jungen Frauen im Alter von 13 bis 20 Jahren.

Depression und Aggression

Viele Kinder und Jugendliche verfügen nicht über die elementaren Fähigkeiten und Kompetenzen mit alltäglichen sozialen Spannungen und psychischen Konflikten in konstruktiver Weise umzugehen. Frustration, Enttäuschung und soziale Zurücksetzung, auch wenn es sich nur um geringe Irritationen und Feindseligkeiten handelt, führen bei einer Vielzahl von Kindern und Jugendlichen zu unkontrollierten und unbeherrschten Reaktionen. Dabei kommen sowohl introvertierte (selbstschädigende und teilweise depressive) als auch extrovertierte (gegen andere feindselige und aggressive) Formen vor. Introvertierte Störungen wie Nervosität und Unruhe, Kopfschmerzen und Magenschmerzen, Rückenschmerzen und Verdauungsstörungen und verschiedene Formen depressiver Störungen (z. B. Suizidgefährdung) sind insgesamt häufiger bei Mädchen und jungen Frauen zu beobachten, während die extrovertierten wie Hyperaktivität, körperliche Gewalt, dissoziales und abweichendes Verhalten stärker bei Jungen und jungen Männern auftreten. Beide Ausprägungen sind bei jeweils 5% der Kinder und Jugendlichen verbreitet, mit einem deutlichen Höhepunkt während und nach der Pubertät.

Konsum psychoaktiver Substanzen

Hierbei handelt es sich um eine „ausweichende“ kompensatorische Variante der Problem- und Belastungsverarbeitung, die in den letzten Jahren gerade bei den weiblichen Jugendlichen an Häufigkeit und Verbreitung deutlich zugenommen hat.

Durch den Konsum von psychoaktiven, vor allem schmerzstillenden Arzneimitteln, Tabak, Alkohol oder anderen Drogen, die das zentrale Nervensystem anregen, betäuben oder dämpfen, werden Probleme des Selbstwertgefühls kompensiert und Handlungsanforderungen verdrängt. Die konsumierten Substanzen haben die psychische Funktion sich damit den alltäglichen Anforderungen zu entziehen, und so der Bearbeitung und Bewältigung bestimmter Entwicklungsaufgaben auszuweichen.

30% der Jugendlichen konsumiert regelmäßig legale Substanzen wie Arzneimittel mit psychotropen Bestandteilen, Coffein, Tabak und Alkohol. Die illegalen Substanzen wie Haschisch, Ecstasy (in kleiner Zahl auch Heroin und Kokain) werden von 10 bis zu 15% der Jugendlichen regelmäßig konsumiert.

Problemverhalten

Neben den genannten selbst- und fremdaggressiven Formen ist risikoreiches Verhalten im Straßenverkehr, aber auch die Ausübung von Extremsportarten vor allem im späteren Jugend- und frühem Erwachsenenalter zur vorherrschenden Todes- oder Unfallursache geworden.

Eine weitere Variante problematischen Gesundheitsverhaltens ist der Geschlechtsverkehr ohne Verhütung hinsichtlich lebensbedrohlicher Geschlechtskrankheiten (AIDS) oder ungewollter Schwangerschaft (Kolip, 1997; 22f.).

Bei Mädchen und jungen Frauen sei hier die intensive Körpermanipulation in Form von Diäten und Konsum von Appetitzüglern anzuführen. Diese Verhaltensweisen kulminieren in der Zeit nach der Pubertät und sind mit der Bewältigung der alterangemessenen Entwicklungsaufgaben verbunden.

Subjektive Befindlichkeit

Es bestehen deutliche Unterschiede im subjektiven Befinden Jugendlicher; allerdings lassen sich bestimmte Tendenzen erkennen. In der Pubertät sind Mädchen unzufriedener mit ihrem Gesundheitszustand, sie berichten über mehr körperliche Beschwerden und leiden häufiger unter psychosomatischen Störungen (Kolip, 1997; 28). Dies bestätigen auch Engel und Hurrelmann (1993 nach Kolip, 1997; 28) in ihrer 1986 begonnenen Längsschnittstudie mit Schülern und Schülerinnen des 7. und 8. Schuljahrgangs nordrhein-westfälischer Regelschulen. Mädchen gaben häufiger an, unter Stresssymptomen wie Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Magenbeschwerden zu leiden. Diese nahmen aber im Laufe der Jahre ab, der Geschlechtsunterschied blieb aber nahezu konstant. Auch unter einigen körperlichen Krankheiten, wie Kreislaufbeschwerden und Allergien litten die Mädchen häufiger, während Jungen vermehrt an Heuschnupfen erkrankten (ebd.)

Kolip (1997; 29) berichtet von einer weiteren Studie von Kupfer, Felder und Brähler von 1992, die 1267 Kindern und Jugendlichen zwischen 9 und 18 Jahren mit dem Giesener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche (GGB-KJ) befragte. Der Fragebogen erfasst subjektive Beschwerden, die vier Bereichen zugeordnet werden. Der Beschwerdedruck steigt bei den Mädchen zwischen dem 11. und 12., bei den Jungen zwischen dem 12. und 13. Lebensjahr deutlich an. Bei den 15 und 16jährigen Mädchen und Jungen fallen sie dann wieder ab, bleiben aber über dem Niveau der 9jährigen. In allen Altersgruppen ist der Beschwerdedruck der Mädchen höher als der der Jungen. Wie die Daten zeigen, findet in der Pubertät ein Wandel im gesundheitsbezogenen Geschlechterverhältnis statt. Bis zum Alter von 10 Jahren sind mehr Jungen als Mädchen krank, ab der Pubertät dann mehr Mädchen als Jungen.

Nicht nur in den Befragungsdaten spiegelt sich dieser Wandel wieder, sondern auch in der Zahl der Arztkontakte. Nach einer Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung werden bis zum Alter von 14 Jahren mehr Jungen als Mädchen einem Arzt vorgestellt (Kerek-Bodden, 1989; 25). Ab der Altersgruppe 10 bis 14 Jahre liegt die durchschnittliche Zahl der Arztkontakte pro Quartal bei den Mädchen leicht über jener der Jungen. Ab dem 15. Lebensjahr klaffen die Inanspruchnahmeraten deutlich auseinander und vergrößern sich bis weit ins Erwachsenenalter hinein. Danach beträgt der Anteil bei den 15- bis 17jährigen Mädchen an den Arztbesuchen 56%. Die höhere Rate von Arztkontakten bei den Jungen bis zur Pubertät wird u. a. darauf zurückgeführt, dass Jungen im Kindesalter insgesamt anfälliger sind und vor allem häufiger unter chronischen Erkrankungen leiden. Dieser Krankheitsbegriff umfasst sehr unterschiedliche

Beschwerdebilder, von Allergien, Migräne, Krebserkrankungen bis zu eher seltener auftretenden Erkrankungen wie Mukoviszidose oder Phenylketonurie (angeborene Stoffwechselerkrankung). Der in den letzten Jahren zu verzeichnende Anstieg chronischer Krankheiten resultiert aus den größeren Überlebenschancen bei lebensbedrohlichen Krankheiten. Zugleich wird vermehrt die These diskutiert, dass Kinder und Jugendliche vermehrt psychosozialen Umweltfaktoren ausgesetzt sind, durch deren Belastung die Entstehung von chronischen und psychosomatischen Krankheiten begünstigt wird (vgl. Hurrelmann, 1988 bestellt und Kolip, 1997).

Prävalenzen für psychische Störungen fallen bei den Jungen im Kindergarten wie im Schulalter höher aus als bei den Mädchen. Esser und Schmidt (1987, 27) berichten in ihrer Untersuchung ebenfalls über höhere Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten bei 8 – 13jährigen Jungen im Vergleich zu gleichaltrigen Mädchen.

Im Jugendalter kristallisieren sich auch Erlebens- und Verhaltensstörungen geschlechtsspezifisch unterschiedlich heraus. Während Mädchen eher an internalisierenden Störungen leiden, sind bei Jungen externalisierende Störungen häufiger. Remscheidt (1990 nach Haisch/ Zeitler 1991; 80) weist darauf hin, dass bei den emotionalen Störungen in der Adoleszenz ein Wandel festzustellen ist: Zwangs-/ Angstsyndrome und Phobien sind bis zur Pubertät bei Jungen häufiger, erst danach zeigt sich eine Dominanz bei den Mädchen. Ab der Pubertätsphase zeigen Mädchen deutliche Auffälligkeiten in Bereichen depressiver Verstimmungen, Essstörungen, Anorexie nervosa und Bulimie. Die Prävalenzraten für Depression schwanken wegen diagnostischer Unsicherheiten zwischen 10% und 40% (Seiffge-Krenke, 1995, nach Kolip 1997; 28) sie liegen bei Mädchen deutlich höher. Ebenfalls lässt sich die Prävalenzrate für essgestörte Jugendliche nur schwer abschätzen. Die Häufigkeit wird auf 0,2% bis 4% in der Bundesrepublik geschätzt, die Schätzungen schwanken zwischen 2% und 4% bei Bulimie (ebd.).

Mädchen zeigen sich in der Pubertät deutlich unzufriedener mit ihrem Gesundheitszustand als Jungen. Vogt stellt fest, dass Mädchen häufiger über Krankheiten und Beschwerden klagen als Jungen. 5% der Mädchen gegenüber 11% der Jungen halten sich für beschwerdefrei. Im Durchschnitt klagen Mädchen über 5 – 6 Krankheiten und Beschwerden und die Jungen über vier (Vogt, 1985, 137). Dabei fällt auf, dass Mädchen signifikant häufiger als Jungen Beschwerden und psychosomatische Störungen erwähnen, die für das Frauensyndrom charakteristisch sind, wie z. B. Kopfschmerzen, Benommenheit, Schwindelgefühle, Unruhe, Nervosität, Angstgefühle, traurige Verstimmung und Schlafstörungen. Vogt verdeutlicht in ihrer Untersuchung, dass es eine beträchtliche Ähnlichkeit zwischen den Beschwerdebildern der 14 - 19jährigen und der im Durchschnitt 40 Jahre alten Frauen gibt. Das Lebensgefühl von Mädchen und jungen Frauen wird ebenso wie das der älteren Frauen von Angst, Schmerz und Unruhe bestimmt. Dabei gestalten sich die symptomauslösenden Anlässe der beiden Frauengruppen durchaus verschieden. Die Reaktionen auf die Umwelt sind aber unabhängig vom Alter – jedenfalls ab der Pubertätsphase (139).

Vorstellungen über typisch weibliches Verhalten im Gesundheitsbereich verfestigen sich schon recht früh und kommen schon während der Pubertät in charakteristischen Krankheitsbildern zum Ausdruck. Dabei sollten die beschriebenen Parallelen nicht ü-

berinterpretiert werden, da Mädchen auch mit entwicklungsbedingten Anforderungen konfrontiert werden, die mit der Pubertät natürlicherweise einhergehen. Die aus dieser Entwicklungsphase herrührenden Irritationen und Unsicherheiten bei den Mädchen können sich ebenso in psychosomatischen Beschwerdebildern äußern (ebd.).

Der Zeitpunkt der Pubertät hat sich innerhalb von drei Generationen immer weiter vorverlagert und tritt bei Mädchen heute im Durchschnitt im Alter von 11 bis 12 Jahren und bei Jungen im Alter von 12 bis 13 Jahren ein. In dieser Lebensphase, die auch als „körperliche Frühreife“ (Hurrelmann, 2000; 18) bezeichnet wird und in der sich Jugendliche im Aufbau ihrer Persönlichkeit befinden, stoßen sie auf eine Fülle von Möglichkeiten aber auch auf existentielle Unsicherheiten und Irritationen.

Mädchen scheinen hierunter im Jugendalter stärker zu leiden als Jungen. Sie geben höhere Werte für psychosomatische und psychische Beschwerden als Jungen an, sind mit ihrem Körper unzufriedener und bemühen sich, durch Diäten und mit Arzneimitteln ihren Körper zu manipulieren. Diese problematische Situation von Mädchen, die bei Jungen eher in früheren Jahren zu beobachten ist, legt nahe, dass die psychologische Entwicklung von Frauen mit besonders starken Irritationen verknüpft ist. Die beschriebenen Beschwerdebilder deuten auf Erlebnisse hin, deren Folgeerscheinungen Angstsyndrome, traurige, depressive Verstimmungen, Schlafstörungen usw. sein können. Der „Druck, der auf Jungen ausgeübt wird, sich in der frühen Kindheit von Frauen zu lösen, entspricht dem Druck, den Mädchen empfinden, sich mit dem Erreichen der Adoleszenz aus der Beziehung zu sich selbst und der Beziehung zu Frauen herauszunehmen“ (Vogt, 1985; 139). Mit dem Eintritt in die Pubertät beginnt die Ablösung, die gleichzeitig die Aufgabe eines wichtigen Teils ihrer Persönlichkeit bedeutet. Dieser Prozess, den Brown und Gilligan (1999) über Jahre beobachtet haben, führt bei Mädchen zu grundlegenden psychischen Konflikten und äußert sich in körperlichen und psychischen Beschwerden.

Die Beschwerden und Krankheiten von Mädchen sollen hier nicht nur als passiv erlittene Reaktion auf ihre Lebensumstände gewertet werden; sie sollen vielmehr als explorative Form der Auseinandersetzung mit ihren Konflikten in spezifischen Lebenslagen angesehen werden.

Auf der Basis eines sozialpsychologischen Verständnisses von Krankheit soll herausgearbeitet werden, ob Krankheit eine Form der Konfliktbewältigung darstellt.

4.5.2 Das sozialpsychologische Verständnis von Krankheit

Krankheiten und psychosomatische Beschwerden stellen Anpassungsformen an die Bedingungen des menschlichen Zusammenlebens dar. Vielfach handelt es sich oft um den Versuch des Kranken, eine psychische Verletzung oder Frustration auszugleichen oder einen unbewussten Konflikt zu lösen. Krankheit kann also als Selbstheilungsversuch mit autoreparativem als auch selbstzerstörerischem Charakter verstanden werden.

Krankheit kann darüber hinaus auch eine Scheinlösung für gesellschaftlich ungelöste Probleme darstellen, insofern soziale Konflikte und Missstände in Krankheiten umgeleitet werden, die dann der Medizin als Behandlungsproblem überwiesen werden.

Das Besondere an dieser Krankheitsauffassung liegt darin, dass körperliches Leiden eine positivere Bewertung als üblich bekommt. Krankheit wird allgemein als ein „lästiger Betriebsunfall“ (Beck, 1985; 11) im leistungsorientierten Leben angesehen. In dieser Betrachtung dagegen werden die Fähigkeiten, welche die Körperkrankheit in den Dienst der Selbstreparation stellen, in den Vordergrund gerückt.

Eine psychosomatische Krankheit wäre in dieser Hinsicht eine vom Individuum unter bestimmten Gesichtspunkten unbewusst „gewählte“ Problemlösung. Das körperlich psychische Beschwerde-„Angebot“ bietet den Patienten die Möglichkeit, sich der eigenen Verantwortung für Ängste, Schwierigkeiten und Versagen zu entheben und Konflikte auf der psychosozialen Ebene zu vermeiden. Krankheit sollte aber nicht nur in diesem Sinne verstanden werden. Da sie einen Aufschub bringt, schafft sie gleichzeitig auch Möglichkeiten der Neuorientierung, ja gibt oft erst den eigentlichen Anstoß zur bewussten Wahrnehmung von Konflikten und deren weiterer Bearbeitung. Krankheit bekommt so den Sinn eines Moratoriums, sie schafft einen sozial gesicherten Raum, innerhalb dessen realitätsgerechte Lösungen vorbereitet werden.

Organsprache

Wie bereits deutlich wurde, hat die psychosomatische Krankheit eine bestimmte Funktion zu erfüllen. Die körperliche Reaktion ist in den meisten Fällen nicht zufällig, sondern an bestimmte seelische Verfassungen geknüpft.

Die Frage, warum ein Mensch zu einem bestimmten Zeitpunkt an einem bestimmten Organ erkrankt, kann hier nur angedeutet werden. Offensichtlich aber kann der Kranke über die Krankheit mit sich selbst in Gespräch kommen.

Vermutlich kann schließlich die Organsprache nicht nur der Selbsterfahrung des Patienten, sondern auch der indirekten Kommunikation mit anderen Menschen dienen. Die Fülle der sprachlichen Redewendungen, die es zu allen Krankheiten gibt, zeigt, dass zumindest im Volksmund ein Wissen darüber vorhanden ist, dass bestimmte Organe mit bestimmten Inhalten in enger Beziehung stehen.

Krankheitsgewinn

In den vorgehenden Punkten sollte deutlich gemacht werden, dass die psychosomatische Symptombildung viele Aspekte einer Anpassungsleistung enthält, die zum Schutz des Individuums erbracht wird und für den Kranken mit einer Reihe von Vorteilen einhergeht. Diese Vorteile liegen in der Möglichkeit des Aufschubs und der Neuorientierung sowie der Verhinderung eines akuten psychischen Zusammenbruchs. Seelische Bedürfnisse und Spannungen werden dabei langsamer über den Körper wahrgenommen, im Sinne einer Organsprache ausgedrückt und in mehr oder weniger individuell verschlüsselter Form mitgeteilt. Durch die Wahl des Körpers als Symptomstätte wird – im Unterschied zu rein psychischen Symptomen - die Krankheit aber nicht weiter hinterfragt, sondern nun – allerdings medizinisch - als Krankheit akzeptiert.

Wesentliche Elemente des *primären Krankheitsgewinns* sind neben der Entlastung, der Kommunikation und der Respektierung durch andere Menschen die kathartische Af-

fektabfuhr, individuelle und soziale Konfliktfreiheit sowie Schutz vor Selbstentfremdung.

Wenn der psychosomatisch Kranke als Kranker akzeptiert wird, stellen sich für ihn darüber hinaus auch alle mit der Krankenrolle in unserer Gesellschaft verbundenen Vorteile ein. Das heißt, er darf den sich aus dem Krankheitszustand ergebenden sog. *sekundären Krankheitsgewinn* voll auskosten.

4.6 Ergebnisse der Interviewauswertung

Alle befragten Mädchen leiden unter Schmerzen in unterschiedlicher Intensität. Sie berichten insbesondere von Bauch- und Kopfschmerzen. Bei einem Drittel von ihnen zeigen sich medizinisch definierte Krankheiten und starke Schmerzen. In diesen fünf Fällen kann aufgrund der Analyse ihrer spezifischen Lebenslagen davon ausgegangen werden, dass sie die Krankheit im obigen Sinne als Bewältigungsstrategie benutzen und brauchen. Dabei ist ihnen die Funktion ihrer Krankheit natürlich nicht bewusst.

Dass Krankheit oft in einem Zustand der Überforderung entsteht und zur Entlastung einer übermäßigen Spannung dienen kann, wurde bereits angesprochen. Dabei handelt es sich aber in vielen Fällen nicht um eine einfache Summierung von verschiedenen Belastungen, sondern um konflikthafte Zusammenhänge. Diese Konflikte können sehr vielfältig sein: Sie können bewusst oder – wohl meistens - unbewusst sein und mit äußeren Einflüssen zusammenhängen.

Entgegengesetzte Impulse, also sich widersprechenden Tendenzen innerhalb des Konflikts, führen zu einem Anwachsen von Angst, Unlust, Schmerz, Scham- und Schuldgefühlen, so dass auf eine ‚Lösung‘ gedrängt wird. Die gefundene Lösung lässt sich mehr oder weniger offen an der Art des Symptoms wiedererkennen. Diese hier nur angedeuteten Überlegungen zeigen, dass vermutlich stärker als bisher – vor allem in der Medizin - in der Krankheit Ansätze zur Bewältigung von Konflikten gesucht werden. Viele psychosomatische Symptome sind daher persönliche Atempausen in einer medizinkonformen Ausdrucksform, und als verschlüsselte Mitteilungen stellen sie – wenigstens vorübergehend – die Lösung eines Konflikts dar.

4.6.1 Funktionen von Krankheit

Krankheit als Konfliktlösung

Stephanie besucht die 10. Klasse einer Realschule, sie ist 16 Jahre alt und berichtet über eine Vielzahl von Beschwerden und einen erhöhten Konsum von Schmerz- Beruhigungs- und Herz-Kreislaufmitteln.

„Ich habe seit meinem 5. Lebensjahr Kopfschmerzen. Bauchschmerzen habe ich ziemlich oft, Händezittern, ich bin oft ziemlich nervös und habe starkes Herzklopfen. ... Das geht von einer Sekunde auf die andere, mir wird dann total schlecht und total heiß, ich wusste schon, dass jetzt die Zeit ist und so was alles, aber ich habe nicht von einer Sekunde auf die nächste damit gerechnet. Und dann musste ich einfach nur weg, ich muss nach Hause. Die wollten natürlich alle erst mal große Erklärungen wissen und so. Mir

ist einfach nur schlecht, ich will nur noch nach Hause. Abends ging's dann auch wieder. ... Vor zwei Jahren ungefähr, ist es besonders schlimm geworden.“ (Stephanie, 15, Real.)

Dieser Vorfall, der nach ihren Angaben relativ häufig auftritt, erinnert an in seiner Symptomatik an einen „Panikanfall“. Bei diesen Angstanfällen handelt es sich um unerwartet auftretende, massive körperliche Symptome mit einem subjektiv erlebten lebensbedrohlichen Charakter (Herzrasen, Atemnot oder Beklemmungsgefühl, Ersticken, Angst vor Kontrollverlust). Trotz kurzer Dauer (ca. 10-30 Minuten) der Anfälle, greifen die Betroffenen häufig zu starken Beruhigungsmitteln (Tavor, Lexotanil u.a.), die bei regelmäßiger Einnahme abhängig machen können.

Stephanie hat ein sehr negatives Verhältnis zu ihren Eltern. Ihre Eltern arbeiten beide sehr viel. Sie ist der Meinung, sie kümmern sich nicht genug um sie. Wenn sie etwas mit ihnen besprechen oder unternehmen möchte, haben sie keine Zeit. Sie zeigen wenig Interesse für das, was sie denkt oder sie bewegt. Sie weiß oft nicht wie sie es ihnen recht machen soll. Sexualität wird nicht thematisiert und beinahe tabuisiert. Anerkennung findet sie fast ausschließlich über Leistung. Ihre schulischen Leistungen schätzt sie schlechter als der Durchschnitt ein. Obwohl sich ihre Eltern nicht näher für ihre schulischen Probleme interessieren, gibt es häufig Meinungsverschiedenheiten über ihre Leistungen. Sie fühlt sich oft depressiv gestimmt und hat das Gefühl als Mensch ein Versager zu sein, sie leidet unter Schuldgefühlen und empfindet eine tiefe Hoffnungslosigkeit.

Entsprechend ihrer negativen gesundheitlichen Einschätzung klagt sie häufig über psychosomatische Symptome, wie Hände zittern, Nervosität, starkes Herzklopfen, Übelkeit, Bauch- und Kopfschmerzen. Krankheit verschafft ihr eine Entlastung und eine Rückzugsmöglichkeit. Damit ihre Eltern ihre Krankheit ernst nehmen, muss der Arzt diese bestätigen haben.

„Also ich hab fast jeden Tag Kopfschmerzen, ich bin eigentlich nur immer im Stress, ich mache mir den einfach nur selber. Ich setz' mich schulisch ganz schön unter Druck. Aber was soll'ste machen, kannst doch nicht im Bett liegen und so was, das kannst auch nicht und so was, das kann ich auch vor mir selber nicht und dann denk ich, ist doch egal musste durch.“ (Stephanie, 15, Real.)

Stephanie verarbeitet das negative Elternverhältnis, indem sie versucht, mit Leistung zu beeindrucken, um die ansonsten versagte Anerkennung und Zuwendung zu bekommen. Stephanie berichtet, häufig Angst davor zu haben, die Liebe und Unterstützung ihrer Eltern vollends zu verlieren.

Durch die Krankheit, die einem Angstanfall gleicht, findet sie die legitime Möglichkeit des Rückzugs und der Leistungsunterbrechung. Durch die Heftigkeit ihrer Symptome erregt sie die Aufmerksamkeit ihrer Eltern, die sie dann wahrnehmen und sich – zumindest für einen Moment - um sie kümmern.

Hier könnten der „Krankheit“ Panikanfall zwei Funktionen zugeschrieben werden: Sie bietet eine von ihren Eltern anerkannte Ruhephase und verschafft ihr die normalerweise

verweigerte elterliche Zuwendung. So bewältigt sie mit der Krankheit vermutlich einen intrapsychischen Konflikt und profitiert vom sekundären Krankheitsgewinn.

Abgesehen von diesen von Stephanie nicht wahrgenommenen positiven Eigenschaften ihrer Beschwerden fühlt sie einen heftigen Leidensdruck. Die Angstanfälle lösen Angstgefühle aus, der Leistungsdruck führt zu Überforderung. Die individuellen pubertären Anforderungen, wie die Trennung von den Eltern um eine gewisse Form der Individuation zu entwickeln oder die Autonomiebestrebungen im Rahmen einer eigenständigen sexuell aktiven Weiblichkeit zu entwickeln, müssen für Stephanie in ihrer jetzigen Lage sehr bedrohlich erscheinen, da ihr personale wie soziale Ressourcen nur sehr beschränkt zur Verfügung stehen. Das Menstruationserleben kann vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Lebenslage nur sehr beunruhigend und angsteinflößend erscheinen, insofern ist nicht verwunderlich, dass sich mit dem Entwicklungsschub der Pubertät die Angstanfälle verschlimmert haben.

Krankheit als Selbstschutz

Psychosomatische Krankheiten können aber auch die Bedeutung des Schutzes vor Selbstentfremdung und Überforderung haben. Als Beispiel dafür kann die „alljährlich genommene“ Grippe genannt werden, in der das Recht auf Krankheit deutlich wird. In unserer Leistungsgesellschaft zählt der Rückzug und die Flucht vor der Überforderung, nur wenn er über die Krankheit legitimiert werden kann.

Julia besucht die 9. Klasse der Hauptschule, sie ist 15 Jahre alt und berichtet über eine Vielzahl von Beschwerden und einen erhöhten Konsum von Schmerz- Beruhigungs- und Herzkreislaufmitteln. Sie lebt mit ihrer kleinen Halbschwester, ihrer Mutter und ihrem Stiefvater zusammen.

„Gesundheitlich könnte besser sein. Ich habe Asthma, bei jeder kleinen Anstrengung oder Luftveränderung liege ich flach. Asthma hat bei mir vor zwei Jahren angefangen. Ich habe auch Nierenprobleme, da nehm' ich jeden Tag Tabletten und alle sechs Wochen gehe ich zum Arzt. ... Ich habe nicht nur Kopfschmerzen, das sind auch die Nerven, das kommt auch von den Nerven. Ich habe so ein Pulver das beruhigt die Nerven, denn die Nerven sind überlastet. ... Wenn ich meine Tage habe, habe ich voll die schlimmen Bauchschmerzen. Ich habe eigentlich jeden Tag Schmerzen. Das ist ganz normal.“ „Ich war bei einer Schmerztherapeutin, die hat mir beigebracht leichte Schmerzen zu ignorieren, egal, ob ich Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen habe – ich weiß, ich habe Schmerzen, aber ich ignoriere sie. Die einzigen Schmerzen, die ich nicht ignorieren kann, sind die Migräneanfälle.“

Int.: „Was machst Du dann?“

„Bei starker Migräne, nehm ich mein Pulver, leg mich hin, wehe mich stört einer!“

Int.: „Schmerzen gehören für Dich zum Leben?“

„Ich akzeptiere sie, sie sind da und ich lebe damit. Vor zwei Jahren bin ich zweimal wöchentlich zur Schmerztherapeutin gegangen. Ich habe gelernt mit Schmerzen zu leben.“

Int.: „Möchtest Du gesund sein?“

„Klar, wer will nicht gesund sein. Ich könnte gern auf das Asthma, die Nieren und das alles verzichten, aber ich habe es jetzt akzeptiert und ich kann es mir auch gar nicht anders vorstellen. ... Hm ja, gute Frage, wie fühlt man sich eigentlich, wenn man gesund ist?“

Julia befindet sich in einer gesundheitlich sehr angespannten Lage. In ihrem Fall wird besonders deutlich, wie sich fehlende personale und soziale Ressourcen auf das Wohlbefinden von Mädchen auswirken können. Gerade in der Umbruchphase der Pubertät bilden sie eine wichtige Voraussetzung zur persönlichen Entwicklung und zu persönlichem Wohlbefinden. Denn die mit der Pubertät einhergehenden psychischen wie physischen Irritationen unterliegen ihrer ganz eigenen kognitiven Bewertung. In Julias Fall fällt diese sehr negativ aus. Sie lehnt Weiblichkeit ab, sie will „keine Frau sein“. Diese Entwicklungsphase überfordert sie und befördert sie in einen Zustand von Stress und Missempfinden. Ihr fehlen offensichtlich Bewältigungsmöglichkeiten mit der veränderten Lebenssituation umzugehen. Ihre Mutter fällt als begleitende Vertrauensperson, von der sie Strategien zur Problemlösung übernehmen könnte, aus.

Die Mutter ist dann zufrieden, so Julia, „wenn ich nicht da bin.“ Julias Eltern haben sich vor 7 Jahren getrennt und jeweils neue Familien gegründet. Sie ist insofern ein „Relikt“ aus vergangener Zeit, an das die Mutter scheinbar nicht mehr erinnert werden möchte: so beschreibt Julia, dass sie sich in keiner der beiden Familien Zuhause fühlt. Sie versucht es ihren Eltern immer recht zu machen und verhält sich meistens so, als sei sie nicht vorhanden.

Ihr Stiefvater, mit dem sie sich gut versteht, erweist ihr Zuwendung und Aufmerksamkeit: „Ich bin sein kleines Mädchen, er hat Angst, dass ich einen Freund kriege.“ Bei ihm findet sie – allerdings zurückhaltend - auch körperliche Zuwendung. Weil allerdings der Schritt in die erwachsene Weiblichkeit die Beziehung zu ihrem Stiefvater sexuell besetzen und dadurch gefährden würde, bleibt ihr nur die Möglichkeit, ihr Frau-sein abzulehnen. Die Angst vor dem drohenden Liebesverlust äußert sich ebenfalls vehement in ihren Menstruationsbeschwerden und Penetrationsängsten. „Ich hatte vor einem Jahr ne’ Eierstockentzündung. Dann musste ich Zäpfchen da rein tun. Oh, das war ekelhaft. Das will ich nie wieder. Ich nehm’ auch nur Binden keine Tampons.“

Deutlich wird, dass die mit der Menstruation erwachende Sexualität eine starke Bedrohung für sie darstellt. Die damit einhergehende Beunruhigung über ihre körperlichen Vorgänge wird von ihrer Mutter verstärkt, in dem sie ihr vermittelt, dass ihre eigene Menstruation, wie die ihrer Großmutter und Urgroßmutter erst mit Anfang 20 eingesetzt habe, und deswegen scheint mit Julia etwas nicht in Ordnung zu sein.

Die Verunsicherung, die fehlende Zuwendung sowie die wahrgenommene Ablehnung durch die Mutter führen bei Julia zu heftigen Symptomen. Das Asthma, die starken Schmerzen, die psychische Angespanntheit üben bestimmte Funktionen aus. Einerseits bewältigt sie den Konflikt indem sie ihn bewusst umgeht, andererseits schützen sie die Schmerzen davor, sich mit diesem Thema überhaupt beschäftigen zu müssen. Die

Schmerzen schützen sie möglicherweise davor, dass sie sich selbst verliert. Leiden scheint für sie immer noch der bequemere Weg, als ihre Bedürfnisse einzufordern.

Interessant ist, dass dieses so deutlich selbstschädigende Verhalten von allen Seiten gestützt wird: Julia kann ihre starken Schmerzen und die asthmatischen Anfälle nur aushalten, weil ihr die Medikamente dabei helfen. Sie mildern die Symptome ab und lassen das Leiden erträglich werden. Sie stabilisieren das System. Julias gesamte Umwelt trägt zur Stabilisierung dieses Systems bei, indem die Ärztin Beruhigungsmittel verschreibt, die Schmerztherapeutin sie dazu anleitet, die Schmerzen zu ertragen, ihnen aber nicht auf den Grund geht, und die Mutter ihr nahe legt, schon beim kleinsten Anzeichen von Schmerz ein Pulver zu nehmen. Auch ihr Klassenlehrer reagiert gleichgültig: „Auch wenn ich zu meinem Klassenlehrer sage: ‚Ich hab Kopfschmerzen.‘ ‚Ja gut, geh nach Hause.‘ Der weiß auch, es ist Migräne.“

Stephanie und Julia stehen stellvertretend für die insgesamt fünf befragten Mädchen, für die „Kranksein“ eine wichtige Funktion in ihrem Leben einnimmt. Die Krankheit scheint für diese Gruppe eine Art Problemlösung darzustellen, weil die Mädchen sich in ihrer jetzigen Situation nicht gewachsen fühlen, ihre Konflikte zu bewältigen. Ob es sich um eine langfristige Vermeidungsstrategie handelt, oder ob die Mädchen die Krankheit im Sinne des Moratoriums nutzen, hängt sicherlich in hohem Maße von der Unterstützung ihrer Umwelt ab.

4.6.2 Bedeutung der Elternbeziehung für die Funktion Krankheit

Die Bedeutung der emotionalen familiären Unterstützung wird gerade im Vergleich der beiden Gruppen miteinander augenfällig. Die Mädchengruppe, die wenig bis keine Schmerzen hat und gesund ist, berichtet bis auf eine über eine relativ positive Elternbeziehung und ein durchschnittlich bis gutes Selbstwertgefühl. Vier der Mädchen berichten von leichten Schwierigkeiten gerade mit ihrer Mutter, aber sie haben dennoch entweder durch den Vater oder Freundinnen die Möglichkeit über ihre Probleme zu sprechen und Hilfe zu bekommen.

Ein wichtiger Aspekt scheint insgesamt die Wahrnehmung der Person der Mädchen zu sein. Sie spüren, wenn sie in ihrer Persönlichkeit von den Eltern angenommen werden. Und dies führt zu einem positiven Selbstwertgefühl (vgl. Fend/ Schröder, 1990; 76). Ihre personale und soziale Ressourcenlage ist dann stabil und bietet ein Instrumentarium stresshafte Entwicklungsanforderungen zu meistern.

Hier lassen sich deutlich schulspezifische Unterschiede herausarbeiten. Unter den Mädchen, die, gemessen an den Kriterien der Untersuchung, Krankheit in gewisser Weise als Funktion betrachten und gebrauchen, befindet sich, wie zu erwarten war, keine Gymnasiastin. Es handelt sich überwiegend um Real- und zwei Hauptschülerinnen.

Aussagen von Mädchen mit angegebenen Beschwerden

„Also ich hab’ eigentlich immer Stress mit meinem Dad, mit dem komme ich überhaupt nich’ klar, weil es geht ihm nur um seine Themen und alles andere: ‚Hm‘. Mehr will er

nicht, der hat so komische Ansichten. Nö, der akzeptiert mich nicht wie ich bin.“ (Jana, 15, Real.)

„Wenn ich gut bin in der Schule, finden meine Eltern das auch gut, aber alles andere interessiert sie nicht.“ (Stephanie, 15, Real.)

„Meine Mutter hat mich vor meiner Freundin bloß gestellt. Dann bin ich gegangen. Die ist sowieso froh, wenn ich dann gehe, sie ist froh, wenn meine Schwester und ich weg sind.“ (Julia, 15, Haupt.)

Aussagen von Mädchen ohne angegebene Beschwerden

„Ich kann ganz offen mit meinem Vater reden, manchmal sitzen wir stundenlang und quatschen, daneben habe ich noch meine beste Freundin.“ (Lena, 17, Gym.)

„Meine Mama ist stolz auf mich. Ich werde auch nie den Kontakt zu meiner Mama abbrechen. Und ich bin stolz auf sie, weil sie uns immer allein versorgt hat.“ (Katharina, 16, Real.)

„Ich bewundere meinen Vater. Ja, das ist voll komisch, eigentlich, am Anfang habe ich immer gesagt: ‚Nö, so’n Streber wie er will ich nicht sein‘, doch ich merk’ schon jetzt, ich geh’ so mehr seinen Weg, als den von meiner Mutter. Ja, ich denke er nimmt mich so an wie ich bin. Manchmal steht er da und lächelt nur.“ (Julia, 15, Real.)

„Die machen sich auf jeden Fall Sorgen um mich, was mit meinem Freund ist, mit der Schule, die sagen zwar: ‚Ja, mach, was du willst, also jetzt, was dir lieb ist‘, aber trotzdem, sie lassen mich nicht Jedes machen, was ich will. Die machen sich schon ziemlich viel Sorgen.“ (Irene, 16, Gym.)

„Meine Eltern vertrauen mir.“ (Katja, 16, Gym.)

Auch, wenn die Mutter mehr als der Vater in die Gefühlswelt der Mädchen einbezogen wird, gerade wenn es um weibliche Themen oder Sexualität geht, so ist doch die Anerkennung des Vaters für die Ausbildung eines positiven Selbstwertgefühls der Mädchen von einiger Bedeutung.

4.7 Arzneimittelkonsum

Es bleibt doch insgesamt fraglich, ob die Mädchen angesichts der Möglichkeiten, die Arzneimittel ihnen zur Kompensation bieten, überhaupt einen solchen Leidensdruck aufbauen zu wollen, der sie auffordert, ihre Konflikte wahrzunehmen und anders als medikamentös zu bearbeiten. Die Mädchen müssen ihre Schmerzen nicht oder nur eingeschränkt wahrnehmen, so dass eine durch die Krankheit angestoßene Neuorientierung wahrscheinlich ausbleibt:

„Klar will ich gesund sein, aber ich hab’s jetzt akzeptiert und ich kann es mir auch gar nicht mehr anders vorstellen.“ (Julia, 15, Haupt.)

Neben dieser resignativen Haltung und einer entsprechend passiven Umgangsweise mit der Erhaltung von Gesundheit, wird die Krankheit wohl eher beibehalten werden, weil ihre Funktion wichtiger für das Gleichgewicht der Mädchen ist. Die spannungsabfüh-

rende Wirkung der Krankheit wäre nicht mehr gegeben und Gefühle von Angst, Unlust, Scham- oder Schuldgefühlen, würden für die Mädchen unerträglich werden. So schildert Jana:

„Ich mache nichts, um nicht krank zu werden, ich mache alles, damit ich krank werde, aber nicht aus böser Absicht, so, ich will jetzt krank werden. Aber alles was ich mache, dadurch werde ich krank. Ich rauche ganz viel und das ist schlecht für mein Asthma. Ich muss für mein Asthma Tabletten nehmen, ich nehm’ die Tabletten nicht. Ich krieg’ ne Brille, ich setz’ die Brille nicht auf. ‚Gut, dann mach’ was Du willst’, die haben mir das dann selber überlassen.“ (Jana, 15, Real.)

Deutlich wird hier die Absicht, Therapien abzulehnen, die von der Krankheit und den unangenehmen Begleitumständen befreien könnten, denn mit dem Verschwinden ihrer Symptome, verlöre sie auch den Gewinn, die Zuwendung ihrer Eltern und ihre Stellung innerhalb ihrer Familie. So unangenehm und teilweise auch schmerzhaft die Symptome sein mögen, die Mädchen erreichen nur über dieses Leiden einen positiven Gewinn, so dass man geneigt ist, von einer positiven Konditionierung zu sprechen.

Allerdings kann dieses System nur aufrechterhalten werden, wenn es auch Möglichkeiten der Leidensminderung gibt, und dies geht nur durch den Einsatz von Medikamenten. Und da der psychische Druck wahrscheinlich immer größer als das körperliche Symptom sein wird, bleibt es beim Konsum von Arzneimitteln.

Um im Rahmen der Neuorientierung der Krankheit ihre Funktion zu nehmen, würden die psychischen Konflikte eigentlich einen Systemwechsel notwendig machen, an dem die ganze Umgebung beteiligt werden müsste. Dieser schwierige Weg wird mit einer Pille abgekürzt.

Alle vierzehn befragten Mädchen nehmen mehr oder weniger Medikamente. Neben Antitussiva und antiallergischen Mitteln, sind Laxantien, Herz-Kreislaufmittel, Beruhigungsmittel und vor allem Schmerzmittel genannt. Bei den Analgetika handelt es sich überwiegend um Monopräparate (Paracetamol und Aspirin), ein Mädchen berichtet Kombinationsschmerzmittel und ein weiteres krampflösende Mittel wie Buscopan einzunehmen.

Die Mädchen können in zwei Gruppen eingeteilt werden. Die eine Gruppe, bestehend aus acht Mädchen, die täglich oder 1 bis 2 mal wöchentlich Schmerz- und andere Mittel konsumieren und die restlichen Mädchen konsumieren ebenfalls Arzneimittel, aber nicht in der Häufigkeit.

Der Medikamentengruppe können zwei Haupt- und fünf Realschülerinnen sowie eine Gymnasiastin zugeordnet werden.

4.7.1 Einnahmeverhalten

Gruppe mit geringem Konsum

„Ich habe zweimal im Monat Migräne. Es fängt morgens leicht an und wird abends immer schlimmer. ... Ja, das kommt drauf an, wenn es nur so leicht ist, dann ignorier ich

das einfach, wenn's richtig schlimm wird, dann nehm' ich Aspirin. Ja, aber ich nehm' sehr ungern Tabletten.“ (Julia, 15, Real.)

„Selten, dass ich Tabletten nehme. Wenn ich eine Erkältung habe oder Kopfschmerzen, aber das ist eher selten.“ (Irene, 16, Gym.)

„Ich hab' selten Schmerzen, aber wenn, dann brauch ich auch Tabletten. (Jennifer, 15, Real.)

„Ja, ich habe Schlafprobleme, aber, da nehm' ich 1 – 2 mal im Monat 3 –4 Baldriantabletten, sonst nichts. Ich habe auch Migräne. Manchmal geht es ohne Tabletten, dann leg ich mich 2 Stunden hin, aber manchmal muss ich auch Paracetamol nehmen.“ (Lena, 16, Gym.)

Gruppe mit hohem Konsum

„Soviel Respekt habe ich vor dieser kleinen Pille. Ich würde wahrscheinlich viel mehr nehmen, wenn dieses Schlucken nicht wäre.“ (Freya, 17, Gym.)

„Tabletten gehören für mich zum Leben, ich habe immer welche dabei ...“ (Meike, 16, Real.)

„Ich habe täglich Schmerzen, und ohne geht das dann nicht.“ (Julia, 15, Haupt.)

4.7.2 Funktionen von Arzneimitteln

Für die medikamentöse Gruppe haben Arzneimittel eine wichtige Aufgabe. Insgesamt können drei unterschiedliche Funktionen herausgearbeitet werden.

Medikamente werden zunächst natürlich als Heilmittel im Rahmen einer ärztlich verordneten medikamentösen Therapie konsumiert. Dieser Gebrauch ist insofern legitim, weil eine medizinische Indikation vorliegt, die den Missbrauch minimiert. Ob allerdings der Arztbesuch und die in der Regel folgende Medikation notwendig ist, muss zumindest für eine große Zahl von Fällen in Frage gestellt werden. M.E. vertrauen Patienten immer weniger auf die autoreparativen Kräfte ihres Körpers.

Medikamente finden aber auch in Situationen Anwendung, die nur peripher mit Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit zusammenhängen. In ihnen geht es um Missbefindlichkeiten im Alltag, die nicht wahrgenommen werden wollen und durch die Einnahme von psychoaktiven Mitteln ausgeschaltet werden. Diese Form des Arzneimittelgebrauchs sichert das „Funktionieren“ auch im Krankheitsfall. In diesem Sinne haben Medikamente, z.B. innerhalb der Familie, auch systemstabilisierenden Charakter.

Die dritte Funktion kann mit Stützfunktion überschrieben werden. In diesem Fall geben die Medikamente den Mädchen Halt und Begleitung durch verunsichernde und haltlose Phasen in ihrem Leben.

Systemstabilisierende Funktion

Jana ist 15 Jahre alt und geht in die 9. Klasse einer Realschule. Sie lebt mit ihrer 7 Jahre jüngeren Schwester ihren Eltern und Großeltern in einem Haus. Sie stellt sich mir

selbstbewusst und problemlos dar. Sie vermittelt den Eindruck einer 17 –18jährigen und nicht eines 15jährigen Mädchens.

In diesem Interview war die Vermittlung von Vertrauen von großer Bedeutung. Jana ist mit einem großen Miteilungsbedürfnis gekommen. Nach einer kurzen Phase, in der sie sich Sorgen darüber machte, ob die Inhalte des Interviews anonym bleiben und ihre Mutter nichts erfahre, genoss sie es sichtlich, im Mittelpunkt zu stehen und sich offen mitteilen zu können.

„Ich hab Asthma. Zu Anfang hatten sie halt gedacht, es komme nur bei Anstrengungen, aber ähm, das ist nicht so, es ist psychisch und ich hing da so , ja so hm, psychisch wie: ‚Ja, irgendwas stimmt was mit Ihrer Psyche nicht.‘ Und ich hing da so, ja was heißt das denn auf deutsch? Ja, das wollten sie mir dann nicht mehr weiter erläutern. So, also, ich hab draus gelesen, dass die meinen, dass mit einem irgendwas nicht ganz richtig tickt. Auch der Hausarzt hat da gesagt, weil die meinen, dass da auf jeden Fall `ne Ursache liegen muss, weil’s körperlich nicht der alleinige Auslöser sein kann. Weiß nicht, ich find mich eigentlich normal, nicht irgendwie krank oder so, aber muss halt irgendwas da sein.“

Int.: Wann treten die Anfälle denn auf?

„Die kommen immer dann, wenn ich zuviel Stress hab’. Das ist eigentlich so bei Familiensachen. Das kommt manchmal, wenn ich mich jetzt voll aufrege, beim Streit oder so und gehe dann nach hinten, wenn ich mich eigentlich abreagieren will, dann kommt mir das alles hoch und dann so, öhh.“

Int.: „Wie geht es dir jetzt damit, wo du weißt, dein Asthma hat psychische Ursachen?

„Ja, ich war etwas irritiert, weil ich eigentlich gedacht hab’, ja o.k., ich bin ziemlich durchgeknallt, das weiß ich auch (Anm. d. Verf.: Sie erzählt es stolz). Ich weiß nicht, ja, es sagen immer alle Leute, ja Jana, du bist anders, drücken wir das mal so aus und das glaub ich auch, dass ich irgendwie anders bin, aber nicht, irgendwie, dass mit mir deswegen irgendetwas nicht stimmt, ja, das hat mich doch irritiert. Irritiert mich auch immer noch, weil ich jetzt irgendwie nicht mehr zum Arzt gegangen bin, um irgendwelche Untersuchungen oder sonst was zu machen, weil’s mir zu doof ist. Ich glaub ich will das auch gar nicht, dass die irgendwas feststellen – so psychisch, das weiß ich nicht.“

Mit der Geburt ihrer Schwester trat das Asthma zum ersten Mal auf. Bis zu ihrem 7. Lebensjahr war sie das einzige Kind ihrer Eltern und hatte die gesamte Aufmerksamkeit für sich:

„Ich war vor der Schule bei meinen Großeltern und nach der Schule bei der Tagesmutter und dann bei meinen Eltern. Ich hatte von allen die volle Aufmerksamkeit. Und dann kam auf einmal gar nichts mehr, dann kam noch `ne Person, mit der man diese kurze Zeit teilen musste, das geht nicht. Ich war halt nur eifersüchtig auf sie – acht Jahre lang die volle Aufmerksamkeit und dann, ah, alle wollten sie.“

„Ja, ich bin oft krank. Händezittern, nervös, Kopfschmerzen, ich bin ganz doll hibbelig. Eben z. B. war ich so ungeduldig, deswegen habe ich nach der nächsten Frage gefragt. (Anm d. Verf.: Die Gesprächsunterbrechung dauerte ca. 5 Sekunden.) Bin ganz unge-

duldig – sobald ich nicht 100% beschäftigt bin, wird mir ganz schnell langweilig und dann such' ich mir immer was, was ich nebenbei mache, das ist im Unterricht blöd. Ich bin oft krank, habe oft Magen-Darm-Grippe und normale Grippe. Wenn ich Stress habe, kriege ich Magenprobleme, muss mich übergeben.“

Int.: „Das kommt öfter vor?“

„Ja, ziemlich oft. Wenn ich mal wieder Stress hab oder ich so mal wieder was habe, das schlägt sich bei mir immer in Krankheit aus, deswegen glaube ich auch, muss ich ich's glauben, dass es mit dem Asthma auch so ist. Das ist mein Problem, ich will das eigentlich gar nicht, dass das so ist. Ich kann's halt nicht ändern.“

Int.: Haben sich dein Asthma und die anderen Beschwerden in den letzten Jahren verschlimmert?“

„Ja, sagen wir mal durch die Pubertät. Also, ja könnte man eigentlich so sagen, ja in der Zeit, wo man eigentlich anfängt nachzudenken, sagen wir's, so. Ich denk' mal, das kommt wirklich, weil ich über ganz viele Sachen extrem nachdenke. Ich weiß jetzt durch dieses Nachdenken mache ich mir alles kaputt, aber ich will darüber nachdenken, weil's anders nicht geht. Weil ich ganz genau weiß, wenn ich nicht über Sachen nachdenke, da kommt nur Schrott bei heraus, da mach' ich grad das, was mir grad in Kopf kommt.“

Int.: „Worüber denkst du so nach?“

Jana: „Ja, dass ich totale Angst vorm Alleinsein hab', dass meine Eltern sich von mir abwenden, meine Freunde, dass ich einfach allein da steh und so, ähh, ich bin total auf mich allein gestellt.“

Im Alter von sieben Jahren muss Jana ihre Eltern teilen, sie muss einen großen Teil an Zuwendung und Liebe an ihre Schwester abtreten. Diesen Verlust hat sie offenbar bis heute nicht verarbeiten können.

Vor dem Hintergrund der neu zu gestaltenden Mutter-Tochterbeziehung, die eine Trennung der Tochter von ihrer Mutter erfordern würde, um sich auf einer gleichberechtigten Ebene neu zu begegnen, liegt es nahe, dass sich für Jana die Angst, die Beziehung zu den Eltern wieder zu verlieren, symptomverstärkend auswirkt.

Im Sinne der o.g. Überlegungen zur Organsprache ist die körperliche Reaktion in den meisten Fällen nicht willkürlich gewählt. Das Asthma dominiert in Janas Krankheitspektrum. Der Asthmaanfall kann ein „unterdrückter Hilfe- oder Wutschrei“ (Overbeck, 1984; 43) sein oder „Bruchstück eines Weinens“ (ebd.). Weiterhin drückt Asthma ein Ungleichgewicht im Geben und Nehmen aus. Der Asthmatiker ist ein Mensch, der sich nach Liebe sehnt – er will Liebe haben, deshalb atmet er so viel ein, aber wenn es darum geht wieder hergeben zu müssen, kommt es zum Krampf (Dethlefsen, Dahlke, 1983; 168). Im Symptom der gestörten Atmung drückt Jana ihren Konflikt aus, sich im Übermaß das zu nehmen, was ihr doch immer wieder verweigert wird. Jana erklärt, dass ihre Anfälle überwiegend nach einer elterlichen Auseinandersetzung auftreten, d. h. ihre Gefühle sind autoaggressiv gewendet. Gleichzeitig erzielt sie einen sekundären Krank-

heitsgewinn, weil sie ihre Eltern erfolgreich auf sich aufmerksam macht. Jeder Asthmaanfall bedeutet für Jana zudem (Todes-) Angst und Ohnmacht:

„Ich war so oft schon, musst ich, musst ich wieder ... beatmet werden, damit ich überhaupt wieder da bin ..., man denkt halt immer, so ja gleich ist vorbei, gleich bist du wieder an dem Punkt und dann, wenn mal keiner hilft, dann bist am Arsch, das ist n' schein Gefühl, weil jetzt könnt's kommen, weil ich über etwas zu sehr nachdenke. Man darf sich das nicht so nahe nehmen. Meine Eltern haben Angst, wenn ich alleine bin. Meine Eltern achten auch seit dem letzten Mal drauf, dass ich am Wochenende nicht so oft weg bin, dass ich auch mal Zuhause bin.“

Neben dem Leiden im Symptom erfährt Jana aber auch eine große Macht über ihre Eltern und ihre Umwelt. Durch ihre Krankheit zwingt sie ihre Eltern, sie wahrzunehmen und sich um sie zu kümmern:

„Letztes Jahr, da lag ich halt im Urlaub im Krankenhaus, da haben sie mich halt aus Italien mit dem Auto abgeholt. Meine Mama war voll fertig. Dann wollte ich denen das eigentlich nicht mehr so antun, weil meine Mama hatte halt übelst Angst. Ich wollte das dann auch nicht mehr und dann habe ich einfach die Tabletten nicht mehr genommen. Ich find's doof, dann wird einem jedes Mal beim Inhalieren bewusst, ja, eh, eigentlich bist Du voll abhängig“

Im Anfall offenbaren sich Macht aber auch Ohnmacht, Kleinheit und Abhängigkeit, eine Ambivalenz, die Jana deutlich formuliert. Diese spürt sie genau. Mit dem Aufbau eines Machtanspruchs wächst proportional der Gegenpol, nämlich Ohnmacht und Abhängigkeit.

Eine Abkehr vom Symptom, die Aufgabe der Krankheit würde eine Konfrontation mit ihrer Angst und ihrem Defizit bedeuten. Die Eltern müssten über ihre Rolle in diesem System nachdenken. Aber so lange Medikamente das System stabil halten, die Vielzahl von Symptomen erträglich halten, muss sich nichts ändern. „Ich hab' halt mein Spray, das ich immer dabei habe.“ Jana konsumiert täglich Kopfschmerzmittel, 1 –2 mal wöchentlich Magen- u. Herz-Kreislaufmittel sowie Beruhigungsmittel.

An diesem Fallbeispiel zeigt sich die systemstabilisierende Funktion von Arzneimitteln. Ohne die dämpfende Wirkung dieser Mittel, wäre der Leidensdruck so hoch, dass nach anderen Lösungswegen gesucht werden müsste.

Arzneimittel als Stützfunktion

Meike ist 16 Jahre alt und geht in die 10. Klasse einer Realschule. Sie lebt mit ihren zwei Brüdern und ihren Eltern zusammen. Ihre Familie gehört der evangelisch freikirchlichen Gemeinschaft an.

„Bauchschmerzen, einmal hatte ich sie ganz doll, da war ich in der Schule, also, da hab ich angefangen zu heulen, zum erstenmal, weil, die kommen – es ist aber nicht wegen meiner Regel oder so, die kommen dann einfach und dann sind sie da, und dann tut es tierisch weh und dann – das geht auch nicht wieder von alleine weg. Jetzt hatte ich das schon zweimal gehabt, da bin ich dann schon nachts aufgewacht, weil ich so dolle

Kopfschmerzen hatte, das war ganz komisch. Ja, auch Kopfschmerzen hatte ich, da habe ich voll geheult, das hatte ich echt noch nie. Aber zum Arzt gehe ich nicht, also ich geh' schon hin, wenn es ganz schlimm ist. Ich hab manchmal so ein Stechen – da, das sticht es. Es ist aber nicht das Herz, das sticht auf der anderen Seite. Ich weiß nicht, was da ist, aber es sticht.

Int.: „Hast Du das oft?“

„Das Stechen wird in letzter Zeit ein bisschen mehr, aber sonst, so allgemein habe ich gar nicht soviel. Es gibt mal Zeiten, da habe ich überhaupt nichts, und dann, wenn ich was habe, dann ...“ (Anm. d. Verf.: Meike meint, wenn sie Beschwerden hat, dann sind die für sie besonders schmerzhaft.)

Int.: „Kannst Du Deine Beschwerden mit bestimmten Situationen in Verbindung bringen?“

„Mir geht's dann beschissen, dann fange ich schnell an zu heulen – also über die Schmerzen halt. Die sind dann sehr schlimm, aber ich habe immer und überall meine Schmerztabletten dabei, also, die habe ich immer mit, die sind immer in meiner Tasche. Und wenn ich dann eine brauch', dann hab' ich welche.“

„Also ich war – das hört sich jetzt vielleicht – ich war mal beim Sozialamt, ja weil ich halt, weil es gibt da so' ne Geschichte so von mir. Da gab's so' n riesen Stress, da hat mein Papa halt gesagt, ja, und dann hat er mich gehauen und so was, und dann bin ich halt weggelaufen und bin dann zum Sozialamt gegangen. (Anm. d. Verf.: Meike spricht sehr leise, so als könnten andere mithören, die davon nichts wissen dürfen.) Meine Mutter hat dann gesagt, dass ich wieder nach Hause kommen soll, weil wir gehen ja in die Kirche (Anm. d. Verf.: sehr laut gesprochen), das darf ja keiner wissen. So, weil die Kirche ist für meine Eltern am allerwichtigsten.“

Int.: „Bist du katholisch oder evangelisch?“

„Evangelisch und wir müssen da immer hingehen, also ich geh nicht so oft, weil ich hab da am Wochenende auch Fußball. Das gefällt meiner Mutter auch nicht, sie wollen halt immer, dass ich in die Kirche mitkomme, aber ich möchte es mittlerweile selbst entscheiden, weil ich die alle gar nicht so heilig finde. Sie sagen alle immer so und machen's selbst nich' so ungefähr, und das find' ich halt nicht gut. Weil das ist doch die Erfahrung, die ich gemacht hab', und das versteht meine Mutter überhaupt nicht.“

Int.: „Und dann bist du zum Sozialamt gegangen?“

„Ja, dann wollen, dann habe ich gesagt, ich geh da nicht mehr hin und so (Anm. d. Verf.: sehr laut gesprochen). Dann hat meine Mutter gleich die Nachbarn geholt, weil nämlich das Sozialamt bei meinen Eltern Zuhause war, die wollten nicht mit denen über die reden (Anm.: Die Nachbarn befanden sich im Haus von Meikes Eltern. Die Eltern wollten nicht mit den Mitarbeitern vom Sozialamt sprechen, deswegen haben sie die Nachbarn geholt. Die Nachbarn wiederum sahen sich nicht veranlasst, mit den Sozialarbeitern über Meikes Eltern zu sprechen.) Ja, und dann haben sie sie wieder weggeschickt, und ich bin wieder mit ihnen weggefahren. Meine Mutter hat dann bei mir an-

gerufen: „Wenn Du wieder nach Hause kommst, dann darfst Du alles machen.“ Ja, und dann bin ich wieder nach Haus gegangen (Anm. d. Verf.: ganz leise geflüstert).

Int.: „Habt ihr dann noch mal drüber geredet?“

Meike: „Nein, wir reden gar nicht, weil die haben ja nie Zeit, die interessieren sich nur für ihr Geschäft und für ihre Kirche. Ja also, das ist auch so, die haben Sonntagsabends zweimal Bibel. Ich geh da halt nicht hin. Dann reden `se, dann reden `se, gaaaanz lange, oder, wenn Besuch da ist, dann sind wir eine tolle Familie.“ (Anm. d. Verf.: ironisch vorgebracht)

Int.: Wie ist das, wenn Du krank bist?“

Meike: „Da... dann bleiben sie auch nicht bei mir, dann geh' ich in mein Zimmer und leg mich in mein Bett. Also, eigentlich bin ich nie krank, weil das könnt ich gar nicht.“

Int.: „Erzählst du Deiner Mutter von diesen starken Bauch- und Kopfschmerzen?“

Meike: „Na ja, wenn ich von der Schule komme, dann sage ich doch, ich habe Bauchschmerzen und dann sagt sie „Ja, ...“, was soll sie eigentlich auch machen? Also, sie hat sich noch nie besonders um uns gekümmert, wenn wir krank waren. Meistens sind wir dann allein. Sie schickt mich auch gar nicht mal zum Arzt. Was sie auch überhaupt nicht macht, den Kindern zu sagen: „Putzt mal eure Zähne!“, und ich hab es halt nie gemacht. Ich war letztens beim Zahnarzt, das ist schon länger her, da war's so schmerzhaft. Jetzt putz' ich sie regelmäßig, weil, ich hatte so' n Schiss vor dem Zahnarzt. Dann hat er einen Zahn gezogen. Seitdem geht's.“

Meike bekommt offenbar nicht die Fürsorge und Zuwendung, die sie sich wünscht. Nicht nur, dass ihr beides versagt bleibt, sie hat auch das Gefühl, dass ihr durch die fehlende Zahnpflege, für die sie die Mutter verantwortlich macht, zusätzliche Schmerzen zugefügt werden. Eine Verbindung zu ihren anderen Schmerzen stellt sie nicht her. Angesichts der Situation in der Familie dürfte allerdings von einem Zusammenhang zu den berichteten Beschwerden ausgegangen werden. Meike empfindet ihre Eltern als doppe(moralisch): Nach außen wird eine glückliche Familie dargestellt, innerhalb der Familie stellt sich eine unterkühlte Umgangsweise mit ihren Kindern heraus. Meike fühlt sich als Person nicht ernst genommen.

„Also ich schließ immer mein Zimmer ab, das hab ich schon immer gemacht, weil einmal hat nämlich meine Mutter in meinem Tagebuch geschnüffelt, das ist schon lange her, aber seit dem schließe ich mein Zimmer ab, ich schreib auch keines mehr. ... Ja, das ist nämlich so, ... soll ich die Wahrheit sagen? ... Ja, echt, wir sehen uns ja nie wieder.“

Int.: „Nein, wir sehen uns nie wieder.“

Meike: „Okay, ich habe eine Freundin (Anm. d. Verf.: leise, kindlich zurückhaltend gesprochen). Ja, und deswegen macht das, meine Eltern haben das rausgekriegt, die ist vom Fußball.“

Int.: Und was haben sie gesagt?“

„Nichts, ... die haben ..., doch, dass sie mich tot schlagen würden. Ach ja, und das ist ganz schlimm, also sie darf, wir dürfen, also eigentlich, ich hab's meiner Mutter gesagt.“

„Jetzt ist Schluss, alles ist Deine Schuld!“ und so.“ Meine Freundin zieht jetzt von Zuhause aus. Ich treffe sie trotzdem.

Int.: „Wissen es deine anderen Freunde?“

Meike: „Nein, wir halten uns manchmal an den Händen, aber wir sind ja Mädchen (Anm. d. Verf.: stolz vorgetragen). Das machen wir schon so' n bisschen, also ich würde dazu stehen, mir wär' das, auch mit der Kirche, weißt du, was ich machen würde, da sind ja Priester, und irgendwann gehe ich mit ihr vor die Kirche und dann, es wäre voll, weil dann alle gucken: „Ah, oh, nein.“ Das hab ich mir ganz genau überlegt, weil jeden Sonntag, wenn ich da in der Kirche sitze, dann überlege ich mir das. Ja, aber das wird cool. Aber dann ist mit meinen Eltern für immer Schluss.“

Die lesbische Beziehung zu ihrer Freundin entspringt einerseits der Protesthaltung gegenüber der Doppelmoral ihrer Eltern, ist aber auch ein Ausweg aus dem Konflikt sexuelle Bedürfnisse ausleben zu wollen, aber sie durch elterliche und vor allem kirchliche Restriktionen unterdrücken zu müssen. Den schönen Schein, auf den ihre Eltern sehr großen Wert legen, könnte sie nachhaltig zerstören: Dies ist ein Faustpfand, das sie gegen ihre Eltern jederzeit einsetzen könnte (ebenso die Drohung, das Sozialamt einzuschalten), gibt ihr ein Gefühl der Überlegenheit.

„Ich koppel' mich von denen ab, ich weiß z. B. auch was in der Bibel steht oder was nicht drin steht (Anm. d. Verf.: ganz leise, schuldbewusst gesprochen, Meike spricht von der Homosexualität). Also, ich könnt' mir vorstellen in eine andere Gruppe zu gehen, die das akzeptiert, weil ich Kirche gar nicht so schlecht finde, aber ich weiß auch nicht. Unser Pastor hat mal so was ausgeteilt, die Ehe ist ja erlaubt und das waren 10 Gründe, die sie nicht erlaubt, oder irgendwie so. Und auch so vor der Ehe mit jemandem schlafen, soll man eigentlich auch nicht.“

Zu unterdrückten Wünschen kommen Schuldgefühle: Sie macht etwas Verbotenes und fühlt sich auch noch wohl damit. Gleichzeitig umgeht sie die Verbote der Kirche, in dem sie sich schließlich nicht mit einem Mann, sondern mit einer Frau einlässt. Zärtlichkeiten unter Frauen sind gesellschaftlich nicht so sehr geächtet. Meike umgeht das Verbot außerehelicher männlicher Kontakte und wählt aus ihrer Perspektive das geringere Übel. Sie versucht die lesbische Beziehung als solche nicht wahrzunehmen. Auf die Frage, ob sie sich denn nur für Frauen interessiere, erwidert sie selbstbewusst:

„Ich steh nicht auf Mädchen, und das ist nur sie, also nicht, dass ich jetzt irgendwie ..., nein, (Anm. d. Verf.: sie ruft laut heraus) das find ich, das find ich ja selbst nicht in Ordnung!“

Meike hat sich gemessen an der Moral ihrer Eltern in eine schwierige Lage manövriert. Aber sie hält an der „Sünde“ fest, weil sie die Vorteile der Beziehung zu ihrer Freundin (als potentielle Drohgebärde gegen die Eltern und die Erfüllung sexueller Wünsche) für ihr seelisches Gleichgewicht braucht. Sie erkaufte sich diesen Zustand aber hart durch das Auftreten von körperlichen Beschwerden, die als Reaktion auf eine Störung in der Beziehung zwischen Ich, Es und Über-Ich hindeuten: Bei Handlungen und unbewussten Wünschen, die vom Über-Ich abgelehnt werden, erfolgt Strafe. Bei der Selbstbestrafung aus unbewusstem Schuldgefühl geht es stets um die Wiederherstellung einer spannungs-

freien Beziehung zwischen Ich und Über-Ich. Die Strafe nimmt hier eine reparative Funktion für das Wohlbefinden ein.

Somit hat die Krankheit auch in diesem Beispiel eine spannungsabführende Funktion. Die konsumierten Arzneimittel nehmen auch hier systemstabilisierenden Charakter ein. Aber darüber hinaus geben sie Meike Halt und Sicherheit:

„Ich muss immer welche dabei haben, manchmal nehme ich sie auch schon vorher, sobald ich nur ein leichtes Ziehen merke. Bevor ich weg gehe, gucke ich erst mal ob ich auch Tabletten eingepackt habe. Aber ich, ja, ich hab’ immer welche in den Taschen und dann ist gut.“

Anzunehmen ist, dass die Schmerzen sie mit ihrer komplizierten Lebenssituation konfrontieren. Damit sie die damit einhergehenden unangenehmen Gefühle von Scham, Schuld, Angst und Wut, die sich in ihren Beschwerden manifestieren, nicht spüren muss, braucht sie die Medikamente, die sie davor schützen.

In diesem Fall besitzt die Krankheit die Funktion, ihre psychische Unausgewogenheit wieder zu ordnen, aber sie bringt ihr keinen sekundären Gewinn. Sie erfährt keine zusätzliche Wahrnehmung oder Fürsorge durch die Eltern, diese reagieren eher ablehnend und gleichgültig. Sie kann, außer einer potentiellen ‚Drohgebärde‘ keine Macht über ihre Eltern ausüben.

Die Tatsache, dass sie immer Schmerzmittel bei sich hat, so, als wenn sie in der Lage wären, sie im Notfall zu retten, kann vermuten lassen, dass diese eine wichtige Stützfunktion übernehmen. In schwierigen Situationen gibt ihr diese kleine Pille Halt und Sicherheit, weil sie sich auf keine andere enge Bezugsperson stützen kann.

Besonders deutlich wird die Stützfunktion von Schmerzmitteln, wenn Mädchen unter starken Menstruationsbeschwerden leiden. Es ist zu vermuten, dass Mädchen, die keine Begleitung auf dem Weg in eine positive Weiblichkeit haben, sich diese im Medikament suchen.

Auf die Frage: „Stell’ die vor, alle Schmerzmittel wären plötzlich verschwunden“ wurden folgende Antworten gegeben:

„Ich würde hoffen, dass meine Tage später kommen, wenn alle Tabletten wieder da sind. Wenn ich meine Tage habe, dann geht’s auch nicht ohne. Ich nehm’ jeden Tag Schmerzmittel gegen Menstruationsbeschwerden.“ (Stephanie, 15, Real.)

In den Aussagen von Meike und Stephanie wird eine gewisse Abhängigkeit gegenüber Schmerzmedikamenten deutlich, wobei es hier nicht um stoffliche Abhängigkeit geht, sondern um psychische. Schmerztabletten vermitteln Schmerzfreiheit und Sicherheit, den Schmerz und die begleitenden Gefühle auszuschalten, die vermutungsweise Überforderungscharakter haben. Täglicher Konsum von Menstruationsmitteln deutet auf eine solche Stützfunktion hin. Stephanie fühlt sich den physischen wie psychischen menstruellen Vorgängen ausgeliefert. Damit sie nicht überfallartig damit konfrontiert wird, schützt sie sich, in dem sie täglich den drohenden Schmerz ausschaltet und damit die drohende Verunsicherung, deren Bewältigung eine Überforderung für sie darstellen würde.

4.7.3 Arzneimittel „Pille“

Die „Pille“ wird im Rahmen des Kapitels Arzneimittelkonsum gesondert aufgeführt, weil der Konsum über den Rahmen der Funktionen ‚Verhütung‘ und ‚Beschwerdenlinderung‘ hinausgeht. Anhand der Aussagen der Mädchen lassen sich weitere Funktionen erkennen, die mit dem Konsum von Kontrazeptiva in Verbindung gebracht werden und die die allgemeine These, dass Medikamentenkonsum für adoleszente Mädchen mehr als eine therapeutische Maßgabe ist, verstärken.

1. *Verhütung und Beschwerdenlinderung*

Zwölf von vierzehn Mädchen nehmen regelmäßig die Pille. Die Einnahmedauer liegt bei den meisten zwischen 1 – 2 Jahren. Zwei Mädchen erklärten, die Pille seit drei Jahren zu nehmen. Im Durchschnitt suchen sie ab dem 14. Lebensjahr in Begleitung ihrer Mutter einen Gynäkologen oder eine Gynäkologin auf. Die meisten Mädchen wählten einen Mann. Bei der Wahl ihres Arztes oder ihrer Ärztin haben sie sich von ihrer Mutter beraten lassen und in der Regel den Arzt/die Ärztin ihrer Mutter aufgesucht. Zwei Gründe führten sie zu diesem Besuch. Entweder litten sie unter starken Menstruationsbeschwerden und erhielten die Pille als Heilmittel oder sie wünschen die Pille als Verhütungsmittel. Die Hauptschülerinnen bekamen die Pille als Heilmittel gegen ihre Menstruationsbeschwerden verschrieben. Bei den Realschülerinnen und Gymnasiastinnen sind beide Gründe zu gleichen Teilen vertreten.

2. *Sicherheit*

Neben diesen beiden Indikationen, der Schwangerschaftsverhütung und Linderung von Beschwerden, nimmt die „Pille“ weitere Funktionen ein. Sie verleiht ihnen Sicherheit, in zweierlei Hinsicht: Zum ersten natürlich vor einer ungewollten Schwangerschaft.

„Ich war noch nicht bereit für Sex und alles. Hab geweint, weil es jedes Mal wehgetan hat.“(Katharina, 16, Real.)

(Anm. d. Verf.: Die gynäkologische Untersuchung schmerzte)

„Meine Mutter wollte, dass ich die Pille nehme. Ich hatte noch keinen Freund, aber sie sagte das sei das Sicherste.“(Annelie, 17, Gym.)

Neben der Behandlung von Menstruationsbeschwerden, nimmt ein Großteil der Mädchen die „Pille“ im Bewusstsein eines bevorstehenden Geschlechtsverkehrs, der „demnächst mal passieren könnte.“ Die Mädchen haben einen Freund und haben auch den Wunsch mit ihm zu schlafen. Aber es findet kein gemeinsames Gespräch mit ihrem Freund über das geplante Vorhaben und über die Art und Weise der Verhütung statt. Die Mädchen haben diesen Wunsch und spüren ihn wahrscheinlich auch bei ihrem Freund und wissen gleichzeitig um die Gefahr einer ungewollten Schwangerschaft. Das Verhalten der Mädchen zeugt von einem hohen Verantwortungsbewusstsein, ein gemeinsamer Dialog über die Art der Verhütung, der gemeinsamen Verantwortung und Gestaltung von Sexualität wird jedoch nicht erkennbar. Die Jungen verlassen sich auf die Mädchen und verschieben den Sektor Reproduktion und den Schutz vor Geschlechtskrankheiten früh in den Verantwortungsbereich der Mädchen. Ungeachtet der

positiven Bewertung einer aktiven weiblichen Sexualität, lässt sich ein gewisses Verfügbarkeitsdenken ihrerseits nicht ganz von der Hand weisen.

„Wenn ich länger mit ihm zusammen sein sollte, dann kann ich ja nicht am ersten Tag die Pille einnehmen und gleichzeitig mit ihm schlafen.“(Nina, 16, Real.)

„Als ich mit meinem Freund zusammen gekommen bin, bin ich gleich zum Frauenarzt gegangen. Ich kann ja nicht gleich mit ihm schlafen, wenn ich grade erst die Pille eingenommen habe. ... Nein, mit meinem Freund habe ich nicht darüber gesprochen. Auch meine Mama durfte nichts davon wissen. Meine Mutter ist altmodisch: „Schlaf mit dem, den Du auch heiratest.“

3. *Verlässlichkeit*

Zum zweiten bietet sie Sicherheit in der Verlässlichkeit. Die Mädchen, die unter den mit der Menstruation einsetzenden Kontrollverlust leiden, verschaffen sich durch die Pille die Sicherheit des regelmäßigen Zyklus'. Die Regelmäßigkeit, auf die sie sich verlassen können schützt sie vor einer unvorbereiteten Konfrontation mit ihrer Blutung, die für sie „eklig“ ist und sie in „Schrecken“ versetzt.

„Ich hatte eine unregelmäßige Periode und sicher ist sicher.“ (Lena, 16, Gym.)

(Anm. d. Verf.: Lena ist diejenige, die häufig Baldrian konsumiert.)

„Ja, die Pille – ist ganz normal.“ Weil ich Bauschmerzen hatte und weil ich meine Regel unregelmäßig hatte, mal alle zwei Wochen und so, ich nehm' sie, damit sie regelmäßig kommt, dass man sich auf sie verlassen kann und auch wegen der Unterleibsschmerzen.“(Julia, 15, Haupt.)

(Anm. d. Verf.: Julia nimmt 1- 2 mal wöchentlich, teilweise auch täglich Beruhigungsmittel und Herz-Kreislaufmittel.)

4. *Pille etwas Normales*

Die Einnahme der Pille hat bei allen Mädchen entweder den Grund der Schwangerschaftsverhütung oder Schmerzlinderung oder aber Verlässlichkeit. Bei einem Mädchen liegen keine der drei aufgeführten Gründe vor. Auch andere Gründe können nicht festgestellt werden. Sie unterhält eine lesbische Beziehung, demnach muss sie keine Schwangerschaft verhüten, sie leidet unter starken Bauchschmerzen, aber nicht während ihrer Menstruation, diese setzt auch relativ regelmäßig ein.

Angesichts der Äußerung, dass die Einnahme der Pille bei den adoleszenten Mädchen etwas ganz Normales ist, wofür die hohe Anzahl der konsumieren Mädchen spricht, lässt im obigen Fall vermuten, dass die Einnahme der Pille kurz nach Einsetzen der Menstruation etwas ist, was wie ein Tampon dazu gehört. Auch das Verhalten der Mütter, die sich jetzt nicht mehr nur um die Hygieneartikel kümmern, sondern ihre Töchter früh dazu anleiten, den sicheren Weg zu gehen, der in ihrem Verständnis mit der Pille wenigstens in der Schwangerschaftsverhütung möglich ist. Die Pille, ist in ihren unerwünschten Wirkungen leider nicht so harmlos, wie ein Tampon. Aber sie steht ganz im Sinne der gesellschaftlichen Leistungsbereitschaft und Systemstabilisierung. Sie verschafft Sicherheit und Beschwerdefreiheit. Eine Auseinandersetzung mit problemati-

scher Weiblichkeit ist nicht notwendig. Dabei ist die heutige Pille erst der Vorläufer einer menstruationsfreien Gesellschaft. Prof. Beller (nach Hohage, 1998; 22), Direktor der Universitätsklinik Münster schreibt 1981 in der Zeitschrift ‚Sexualmedizin‘: „In 20 jähriger Tätigkeit auf diesem Gebiet habe ich nicht einen einzigen guten Grund gefunden, warum eine Frau monatlich immer wieder ihre Eisen- und Folsäurespeicher entleeren muss, um nur ein physiologisches Negativum anzuführen. Die regelmäßig menstruierende Frau ist nicht besser, sondern schlechter dran [...]. Ich halte daher Bestrebungen, die Menstruation total zu verhindern, für sinnvoll, weil ich glaube, dass die monatliche Regelblutung einer der wenigen Irrtümer der Natur ist.“

Leider wird im Diskurs um die negativen und belastenden Faktoren der Menstruation nicht auf die positiven und freudigen Erlebnisse im Rahmen der weiblichen Blutung eingegangen. Wahrscheinlich hängt es mit der Geschlechterverteilung, der am Diskurs beteiligten Personen zusammen, die Menstruation nur vom Hörensagen aber nicht aus eigener Erfahrung kennen. Ganz im Sinne Ruth Waldecks Hoffnung auf mehr Offenheit im Umgang mit allen Facetten weiblicher Menstruation sollte in Forschung und Literatur mehr Aufklärungsarbeit im positiven Sinne betrieben werden. Die „leise und stumme“ Seite sollte zum Ausdruck gebracht werden, über die „laute“ ist jetzt genug geredet worden.

5 Quantitative Datenauswertung

Im ersten Teil werden die Variablen: ‚Schulverhalten‘, ‚Drogenkonsum‘, ‚Gesundheitsverhalten‘, ‚Arzneimittelkonsum‘ für die gesamte Stichprobe ausgewertet. Die folgenden Untersuchungsteile werden hauptsächlich die reine Mädchenstichprobe als Forschungsgrundlage beinhalten. Im zweiten Teil können mit Hilfe einer Varianzanalyse zwei Medikamentengruppen isoliert werden.

Anschließend werden in Teil drei die ermittelten Konsumentinnengruppen unter Heranziehung symmetrischer Zusammenhangsmaße näher charakterisiert. Teil vier ermöglicht eine hierarchische Clusteranalyse, die vier verschiedene Teilgruppen isoliert. Die Cluster werden auf der Grundlage der vier formulierten Forschungsfragen im Hinblick auf die in der Arbeit vorliegenden Haupthypothese genauer bestimmt.

5.1 Schulverhalten

Schulische Leistungsschwierigkeiten und die Sorge, an den selbst- oder fremdgesetzten Erwartungen und Zielen zu scheitern, führen zu psychosomatischen Beschwerden und zu Beeinträchtigungen des Wohlbefindens. Bei Versetzungsgefährdungen, Klassenwiederholungen, Verfehlen eines Schulabschlusses zeigen sich bei den Jugendlichen deutliche Symptome wie Kopf- und Magenschmerzen, Schwindelgefühl, Schlafstörungen und Übelkeit. Damit geht oft das Gefühl einher, den schulischen Anforderungen nicht gewachsen zu sein. Hierin liegt auch die Ausgangskonstellation für verstärkten Arzneimittelgebrauch (Hurrelmann/ Hesse, 1991; 244).

5.1.1 Klassenwiederholungen

65,8% aller befragten Schüler und Schülerinnen mussten noch nie eine Klasse wiederholen. 29,9% wiederholten einmal und 4,4% der Befragten mussten zweimal eine Klasse wiederholen.

Bei der genaueren Betrachtung fällt die hohe Zahl der Jugendlichen 29,9% ($n = 89$) auf, die mindestens einmal eine Klasse wiederholt haben. Dabei liegt der Jungenanteil in allen drei Schularten höher als der Anteil der Mädchen. Fast jede zweite befragte Realschülerin (48,5%) musste schon einmal eine Klasse wiederholen im Gegensatz zu jeder dritten Hauptschülerin (28,6%). Auch die Gymnasiastinnen liegen mit 38,1% unter den Realschülerinnen. Etwas anders stellt sich die Situation bei der zweimaligen Klassenwiederholung dar. Hier rangieren die Gymnasiastinnen mit 50% an erster Stelle, gefolgt von den Realschülerinnen mit 37,5% und den Hauptschülerinnen mit 33,3%.

Die Verteilung der Klassenwiederholungen nach Geschlecht und Schulart stellt sich wie folgt dar:

Tab. 3 Klassenwiederholung: Geschlechter, Schularten

	Mädchen			
	Gymnasium	Realschule	Hauptschule	Gesamt
N	67	52	53	172
Klassenwiederhol.				
einmal	7,5	9,8	14,5	31,9
zweimal	1	2,9	1,2	5,1
nie	30,7	17,4	15,0	63,2
	Jungen			
	Gymnasium	Realschule	Hauptschule	Gesamt
N	44	41	40	125
Klassenwiederhol.				
einmal	6,4	13,0	8,0	27,4
zweimal	1,0	1,0	1,0	3,0
nie	28,0	18,0	23,2	69,2

Angaben in Prozent

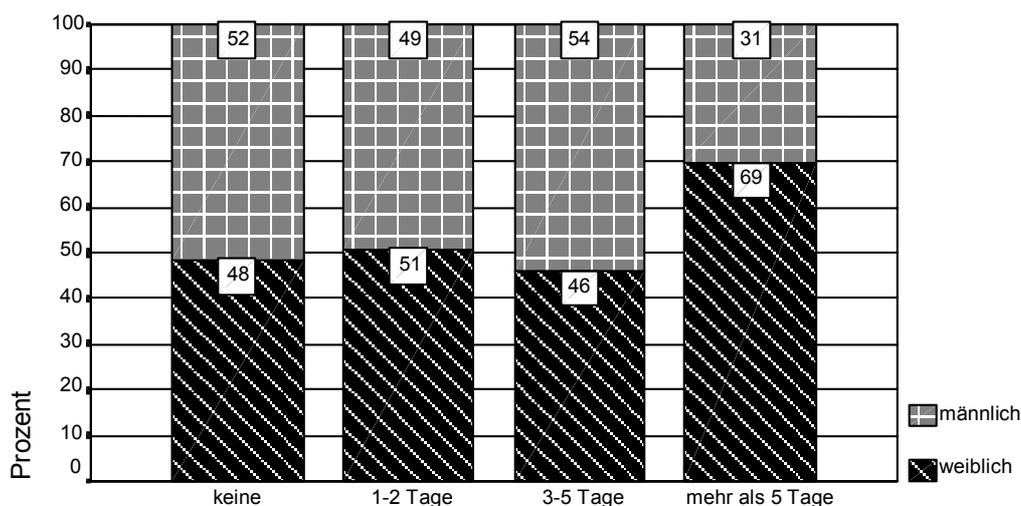
5.1.2 Schulversäumnisse

Krankheit

Auf die Frage, wie viel Tage die Schüler und Schülerinnen im letzten Monat wegen Krankheit versäumt haben, wurden folgende Angaben gemacht:

Die Verteilung zwischen den Geschlechtern fällt in der Kategorie >3-5 Fehltag< wegen Krankheit unauffällig aus. Auffällige Unterschiede ergeben sich bei den Fehlzeiten von >1- 2 Tagen< und >mehr als 5 Fehltagen<. Hier liegt der Anteil der Mädchen um ein Vielfaches höher.

Abb. 1 Fehltag wegen Krankheit im letzten Monat: Geschlechter, Tage



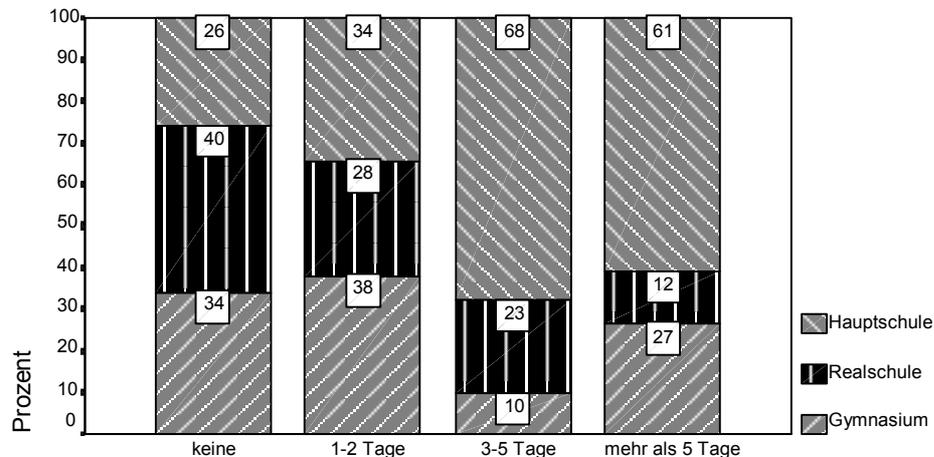
N = 280

weiblich:	keine:	89 (56%)	männlich:	keine:	72 (60%)
	1-2 Tage:	49 (30,8%)		1-2 Tage	36 (30%)
	3-5 Tage:	9 (5,7%)		3-5 Tage:	8 (6,7%)
	> 5 Tage	12 (7,5%)		> 5 Tage	4 (3,3%)

Die Hauptschüler zeigen in allen Kategorien hohe Werte, insbesondere bei den Fehlzeiten über >3 – 5< und >mehr als 5 Tage<. Die Gymnasiasten fehlen krankheitsbedingt überwiegend 1 – 2 Tage, ebenso die Realschüler.

40% der Realschüler in der Kategorie >keine< zeigen, dass sie selten aus krankheitsbedingten Gründen der Schule fernbleiben. Sie stellen in dieser Kategorie die größte Gruppe dar. Andererseits weisen die Hauptschüler in den höheren Kategorien >3 - 5 Tage< und >mehr als 5 Tage< bedenklich hohe Fehlzeitraten auf.

Abb. 2 Schulversäumnis wegen Krankheit: Geschlechter, Schularten



N = 299

Hauptschule: 93
 Realschule: 93
 Gymnasium: 113

Schwänzen

Schwänzen bezeichnet im folgenden das unentschuldigte, stunden- oder tageweise Fernbleiben vom Unterricht.

Auf die Frage, wie viel Tage die Schüler im letzten Monat wegen Schwänzen versäumt haben, wurden folgende Angaben gemacht:

Tab. 4 Schwänzen: Geschlechter, Tage

Fehlzeiten	Gymnasium			Realschule			Hauptschule		
	1 - 2	3 - 5	> 5	1 - 2.	3 - 5	> 5	1 - 2	3 - 5	> 5
männlich	1,26	--	--	--	--	--	--	1	1
weiblich	4,8	--	--	1	--	--	3,9	1	1

Angaben in Prozent

Ersichtlich wird, dass die Mehrzahl der befragten Jugendlichen im letzten Monat nicht geschwänzt hat. Deutlich wird hier ein höherer Mädchenanteil beim Schuleschwänzen. Schulspezifisch ist die Häufigkeit der Realschülerinnen im Vergleich zu den Hauptschülerinnen geringer.

5.2 Drogenkonsum

Tab. 5 Drogenkonsum: Alter, Geschlechter, Schulart

	alle	13/14 Jahr	weiblich	Gymn.	Real.	Haupt.
9 Zigaretten +	11,6	4,3	14,21	2,7	10,9	23,6
betrunken 10 +	14,6	6,8	14,6	14,3	14,0	14,1
Cannabiskonsum	18,6	8,4	19,9	19,7	23,7	12,1
tägl. Medikament	22,4	14,9	26,6	20,4	24,7	22,6

Angaben in Prozent

Anm.: >Rauchen<, >Alkohol<, >Cannabis<, >Drogenskala< und >Medikamente< = Ist-Skalen

>9 Zigaretten +< = raucht 9 oder mehr Zigaretten täglich.

>betrunken 10+< = war 10 mal oder öfter betrunken

>Cannabiskonsum< = hat im letzten Jahr oder in den letzten 4 Wochen Cannabis konsumiert

> tägl. Medikament< = hat in den letzten 6 Monaten täglich ein Medikament gegen Erkältung, Kopfschmerz, Allergie, Lunge/Bronchien/Herz/Kreislauf, Beruhigung, Anregung, Schlankheit, Verdauung, Schmerzen, Magenbeschwerden oder Vitaminpräparate eingenommen, ohne: Mittel gegen Menstruationsbeschwerden.

Die Werte in Tabelle 5 und Spalte 1 zeigen erstaunlich hohe Werte für alle erfragten Drogen: 11,6 % dieser Jugendlichen raucht täglich mehr als 9 Zigaretten, 14, 6% war mehr als 10 mal oder öfter betrunken, ein knappes Viertel – 22,4% - nimmt täglich ein Medikament und 18,6% haben im letzten Jahr oder in den letzten 4 Wochen Cannabis konsumiert.

Tab. 6 Drogenkonsum: Geschlechter, Schularten

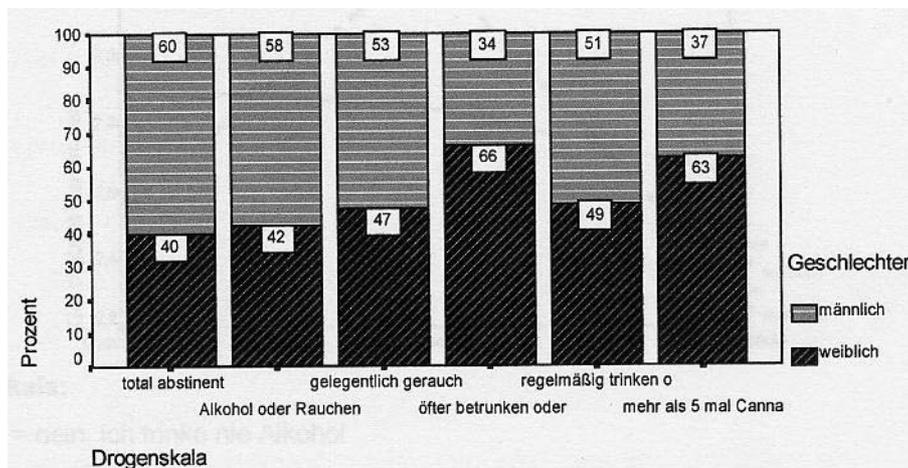
	alle		Gymnasium		Realschule		Hauptschule	
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
9 Zigaretten +	14,2	8,2	4,5	--	9,8	12,2	30,8	13,4
Cannabiskons.	19,9	16,1	20,9	15,9	23,1	24,4	15,3	7,7
tägl. Medikam.	26,4	16,8	25,0	13,6	25,0	24,4	30,2	13,5
betrunken 10 +	14,6	13,6	14,9	13,6	9,6%	19,5	19,2	7,5

Angaben in Prozent

Vergleicht man die Intensität des Konsums der legalen Drogen mit dem der illegalen, dann erhält man bei Cannabis nur noch 7,6% der SchülerInnen, die mehr als 5 mal Cannabis genommen haben, während 3,7% andere illegale Drogen – also Ecstasy, Schnüffeln, Pilze oder ähnliche >Partydrogen< probiert haben.

Insbesondere fällt auf, dass die Mädchen in der ersten Spalte in Tabelle 6 bei allen vier Drogenarten zum Teil erstaunlich hohe Werte im Vergleich zu den Jungen haben. Auch die Schulen unterscheiden sich in der Art ihres Drogenkonsums in einer nicht erwarteten Weise. Der Zigarettenkonsum wird vor allem im Vergleich zwischen Gymnasium und Hauptschule zum entscheidenden Signum der Hauptschülerinnen, während die Realschülerinnen bei Cannabis dominieren und die Gymnasiastinnen beim Alkoholkonsum. Dies zeigt sich besonders deutlich in Tabelle 6, in der die Mädchen – vor allem die Hauptschülerinnen mit fast einem Drittel (30,8%) – sehr viel intensiver rauchen (14,2% zu 8,2% täglich mehr als 9 Zigaretten), wobei unter den Gymnasiasten in dieser Sparte kein Junge zu finden ist. Auch der Befund, dass in allen drei in der 6. Tabelle aufgeführten Drogen die Jungen der Hauptschule gegenüber ihren Mitschülerinnen sich als recht unerfahren darstellen, war in dieser Weise nur für die Medikamente, nicht jedoch für die beiden >Rauchdrogen< erwartet worden. Ähnlich unerwartet zeigt sich der höhere Alkoholkonsum der Gymnasiastinnen gegenüber dem ihrer Mitschüler.

Abb. 3 Drogenkonsum: Konsumhäufigkeit: Tabak, Alkohol, Cannabis Geschlechter



Skala:

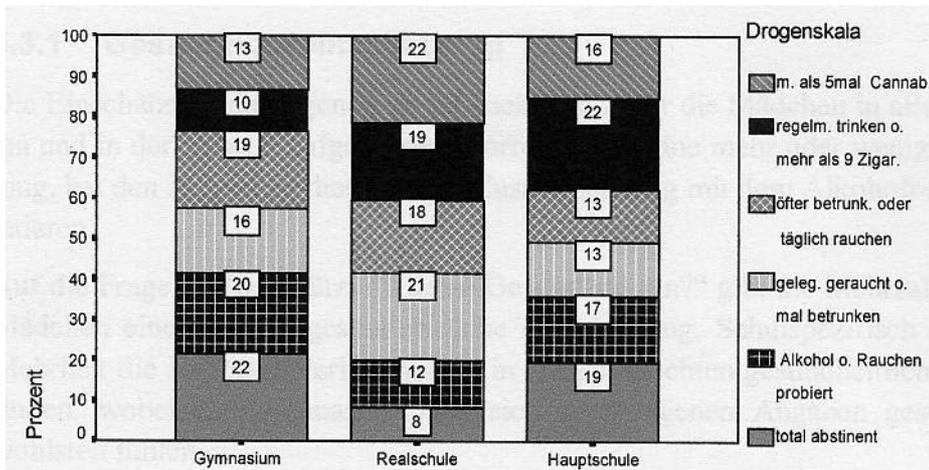
„Hast du jemals Zigaretten geraucht?“ (Kategorien: nein, ich habe nie geraucht; ich habe ein- oder zweimal geraucht; ich habe geraucht, aber damit vollkommen aufgehört; gelegentlich, ich rauche täglich)

„Trinkst du manchmal alkoholische Getränke (wie Bier, Wein, Sekt, Mix-Getränke, Spirituosen)?“ (Kategorien: nein, ich trinke nie Alkohol; ja, ich trinke manchmal Alkohol; ja, bei besonderen Gelegenheiten; ja, regelmäßig)

„Warst Du schon einmal betrunken?“ (Kategorien: nein, nie; ja, einmal; ja, 2 – 3 mal; ja, 4 – 10 mal; ja, mehr als 10 mal)

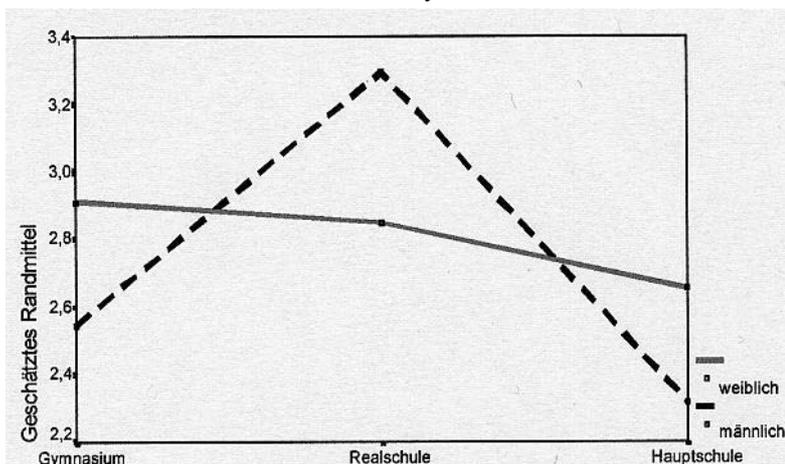
„Fülle bitte aus, ob du diese Stoffe schon einmal genommen hast und wenn ja, wie oft Du sie schon genommen hast?“ für die vorliegende Skala wurden die Angaben zu „Cannabis“ verwendet: (Kategorien: nie; im letzten Jahr; in den letzten vier Wochen)

Abb. 4 Drogenkonsum: Konsumhäufigkeit: Tabak, Alkohol, Cannabis, Geschlechter, Schularten



Drogen-Skala: s. Abb. 3

Abb. 5 Alkoholkonsum: Geschlechter, Schularten
univariate Varianzanalyse



Skala:

- 1 = nein, ich trinke nie Alkohol
- 2 = manchmal, bei besonderen Gelegenheiten
- 3 = 1 bis 3 mal betrunken (bisher im Leben)
- 4 = 4 mal und mehr betrunken
- 5 = trinkt regelmäßig

Grundsätzlich herrschen jedoch kaum wahrnehmbare Unterschiede hinsichtlich des Konsums der Droge Alkohol in den drei untersuchten Schularten, allerdings fällt um so eindrücklicher auf, dass ähnlich dem Nikotinkonsum auch hier die Gymnasiastinnen und Hauptschülerinnen erstaunlich hohe Werte erreichen, im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen. Eine Ausnahme bilden die männlichen Realschüler, die sehr hohe Werte aufweisen (Abb. 5).

5.3 Gesundheitliche Situation

5.3.1 Gesundheitseinschätzung

Die Einschätzung der eigenen Gesundheit besitzt für die Mädchen in allen durchgeführten und in der Tabelle aufgeführten Korrelationen eine mehr oder weniger hohe Bedeutung, bei den Jungen ist diese nur im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum zu konstatieren.

Auf die Frage: „Wie schätzt du deine Gesundheit ein?“ gibt die Mehrzahl der befragten Mädchen eine positive gesundheitliche Einschätzung. Schulspezifisch erklären in der Mehrheit die Hauptschülerinnen, sich in einer schlechten gesundheitlichen Lage zu befinden, wobei die Gymnasiastinnen sich nach eigenen Angaben gesundheitlich am wohlsten fühlen.

Tab. 7 **Gesundheitliche Einschätzung: Mädchen, Schulzweige**

	sehr gut bis gut	nicht sehr gut
Gymnasium	42,2	16,7
Realschule	30,5	27,8
Hauptschule	27,3	55,6

Angaben in Prozent

5.3.2 Beschwerdebhäufigkeit

Die Beschwerdebhäufigkeit ist bei den Mädchen deutlich höher als bei den Jungen. Die befragten Schüler weisen in höheren Fallzahlen eine Vielzahl von Beschwerden auf.

Sie umfassen den psychovegetativen Bereich, in dem die befragten Schüler in hohem Maße über Nervosität und Unruhe (22,5%), Konzentrationsschwierigkeiten (19,1%), Schwindelgefühle (16,8%) oder über Schlafstörungen (13,9%) klagen. Neben den psychosomatischen Beschwerdebereichen leiden sie unter Rücken- und Schulterschmerzen (33,8%).

Die hohen weiblichen Fallzahlen, die das Beschwerdebild Bauchschmerzen aufweisen, sollen hier biologisch erklärt werden. Doch auch unter Kopfschmerzen leiden Mädchen (26%, n=45) deutlich häufiger als Jungen (7,2%).

Tab. 8 Beschwerdehäufigkeit in den letzten sechs Monaten: Beschwerden, Geschlechter

	weiblich	männlich
Beschwerden	häufig	häufig
Appetitlosigkeit	2,3	2,4
Atembeschwerden	4,6	1,6
Bauchschmerzen	18,1	--
Händezittern	10,7	4,1
Konzentrationsprobleme	19,1	8,0
Kopfschmerzen	26	7,2
Magenbeschwerden	13,9	--
Nervosität/ Unruhe	22,5	12
Nacken- u. Schulterschmerzen	16,4	5,7
Rückenschmerzen	17,4	6,5
Brustschmerzen	6,9	4,0
Starkes Herzklopfen	13,9	2,4
Schlafstörungen	13,9	4,0
Schweißausbrüche	7,1	4,1
Schwindelgefühle	16,8	4,0
Übelkeit	10	--

Angaben in Prozent

5.4 Faktorenanalyse

Aus den in Tabelle 8 aufgeführten Beschwerdebereichen wurden faktorenanalytisch vier Skalen gebildet: die ‚Psychosomskala‘, die psychosomatische Beschwerdebereiche skaliert, die ‚Somatische Skala‘, die im wesentlichen somatische Beschwerdebereiche skaliert, die ‚Psycho-Skala‘, die psychische Beschwerden umfasst sowie eine vierte ‚Spannungs-Skala‘, die ebenfalls somatische Beschwerden im Bereich Verspannungsbeschwerden einschließt.

Die Faktorenanalyse (Tab. 9) ergab insgesamt vier eindeutige Faktoren, die 59% der Varianz erklärten. Der erste Faktor (35,1%) erfasst mit Brustschmerzen, Schwindelgefühl, Appetitlosigkeit und Atembeschwerden eher psychosomatische Beschwerden. Der zweite (9,8%) erfasst mit Schlafstörungen, Übelkeit, Bauch-, Kopf- und Magenschmerzen

zen deutlich somatische Beschwerden. In der dritten Skala (7,1%) sind psychische Beschwerdebereiche wie Hände zittern, starkes Herzklopfen, Schweißausbrüche, Konzentrations-schwierigkeiten und Nervosität erfasst. Die vierte Skala (6,8%) umfasst die Ver-spannungsschmerzen im Bewegungsapparat

Tab. 9 Basis der vier Faktor-Skalen: Beschwerdebereiche

Rotierte Komponentenmatrix nach drei Iterationen

Skala	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Name	Psycho-somatisch	Somatische	Psycho	Spannung
Brustschmerzen	.61			
starkes Herzklopfen	.44			
Schwindel	.59			
Appetitlosigkeit	.66		.55	
Atembeschwerden	.77			
Schlafstörungen		.54		
Übelkeit		.64		
Bauchschmerzen		.71		
Kopfschmerzen		.48		
Magenschmerzen		.75		.82
Hände zittern			.61	
Schweißausbrüche			.75	
Nervosität			.66	
Konzentrations-schwierigkeiten			.38	
Rückenschmerzen				.86
Nacken- u. Schulter-schmerzen				.82
Varianzanteile	9,8%	35,1%	7,1%	6,8%

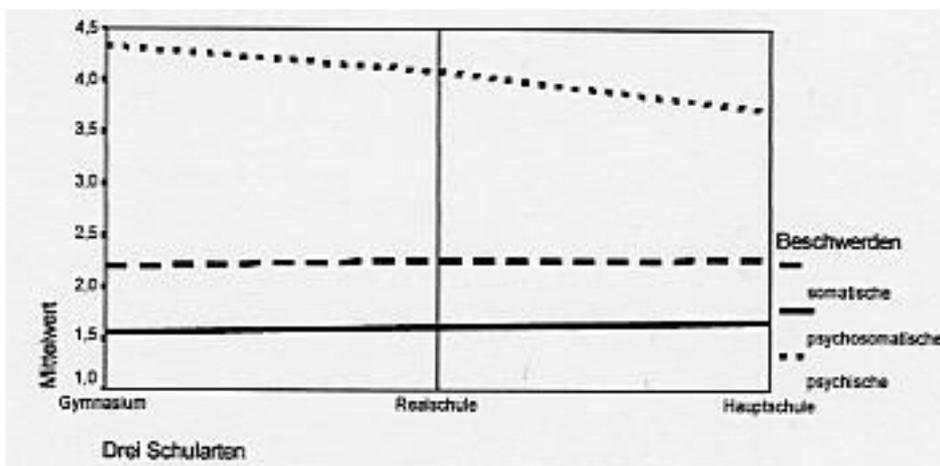
Die Mittelwerte zweier Faktorskalen der psychischen und psychosomatischen Beschwerdebereiche sind in Abbildung 6 aufgeführt.

Die Gymnasiasten leiden am häufigsten unter psychosomatischen Beschwerden, gefolgt von den Realschülern, die sich aber nur leicht von den Hauptschülern unterscheiden. Das Auftreten psychosomatischer Beschwerden hängt deutlich mit dem Vorhandensein depressiver Verstimmungen zusammen (Pearson $r = .45$, $p = .000$). Auch hier dominieren die Gymnasiasten.

Obwohl die soziale Einbettung der Gymnasiasten am höchsten ist, scheinen doch auch Problembereiche zu existieren, die sich psychosomatisch ausagieren und medikamentös kompensiert werden. Die Beschwerdebhäufigkeit insbesondere bei den Mädchen sowie der relativ hohe Grad an depressiven Verstimmungen im Zusammenhang mit dem deutlich erhöhten Medikamentenkonsum dieser Gruppe lassen auf unterschwellige Probleme schließen.

Erwartungsgemäß ist hier ein deutlich geschlechtsspezifischer Unterschied erkennbar: Die Mädchen leiden häufiger unter psychosomatischen Beschwerden und dem Auftreten mehrerer Beschwerden gleichzeitig als Jungen.

Abb. 6 Beschwerdebhäufigkeit: somatische, psychosomatische und psychische ; Mädchen, Schularten



„Wie oft hast du in den letzten 6 Monaten diese Mittel genommen?“

>täglich, 1-2 mal die Woche, selten, nie<

Faktorenanalytisch gebildete Skalen:

Faktor 1: Psychosomatische Beschwerdebereiche

Brustschmerzen, Schwindelgefühl, Appetitlosigkeit und Atembeschwerden

Faktor 2: Somatischer Beschwerdebereich

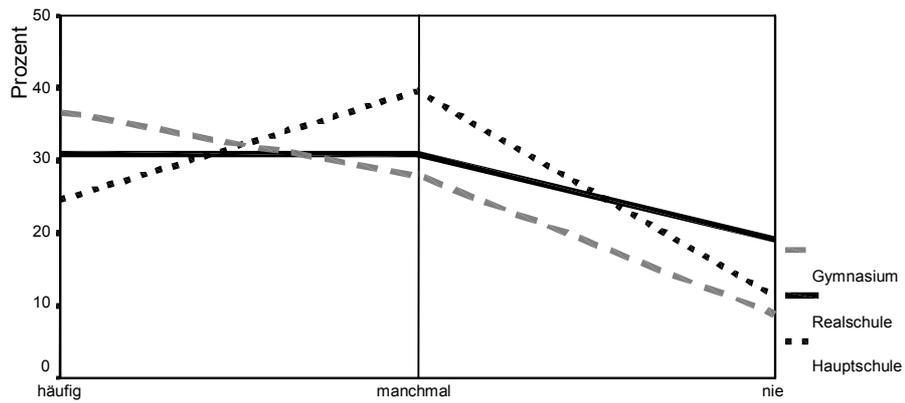
Schlafstörungen, Übelkeit, Bauch-, Kopf- und Magenschmerzen

Faktor 3: psychischer Beschwerdebereich

Händezittern, starkes Herzklopfen, Schweißausbrüche,
Konzentrationsschwierigkeiten und Nervosität

1 = selten bis 4 = häufig

Abb. 7 Auftreten von Bauch-, Kopf-, oder Brustschmerzen in den letzten 6 Monaten: Mädchen, Schularten



N = 170

„Wie oft sind bei dir in den letzten 6 Monaten folgende Beschwerden aufgetreten?“

Kopf-, Bauch- oder Brustschmerzen: häufig, manchmal, selten, nie.

5.5 Medikamentenkonsum

Der Medikamentenkonsument der befragten 299 Schüler, die in den letzten 6 Monaten täglich ein Medikament eingenommen haben, liegt bei 22,4%, während der Anteil der 13-14 Jährigen 14,9% beträgt.

Im Konsumverhalten von Medikamenten ist ein geschlechtsspezifischer Unterschied deutlich nachweisbar: die Mädchen zeigen gerade für die Analgetika- und Beruhigungsmittel höhere Werte im Vergleich zu den Jungen.

Tab. 10 Einnahme von Medikamenten in den letzten 6 Monaten: Geschlechter

Einnahme: täglich: 1- 2 mal, wöchentlich	weiblich	männlich
Erkältungs- Grippemittel	14,2	5,6
Kopfschmerzmittel	18,8	4,0
Mittel gegen Allergien	11,8	13,6
Mittel f. d. Lunge/ Bronchien	7,8	9,6
Herz- Kreislaufmittel	7,1	--
Beruhigungs-/ Schlafmittel	5,4	--
Anregungsmittel	1,8	--
Schlankheitsmittel	5,4	--
Verdauungsförderer	2,9	--
Schmerzmittel	19,4	1,6
Mittel gegen Magenbeschwerden	6,0	--
Vitaminpräparate	17,0	12,1
Mittel gegen Menstruationsbeschwerden	18,2	--

Die Kategorien >selten< und >nie<, die zusätzlich abgefragt worden sind, wurden hier nicht berücksichtigt.

Deutlich mehr Mädchen im Vergleich zu den befragten Jungen haben in den letzten 6 Monaten Medikamente eingenommen. Und auch die Frage, ob jemals ein Beruhigungsmittel (z. B. Valium) genommen wurde, beantworteten mehr Mädchen positiv. Über einen Zeitraum von 3 Wochen und teilweise darüber hinaus, haben 10 Mädchen (6%) und 4 Jungen (3,2%) ein entsprechendes Medikament eingenommen.

Von den Befragten haben 42,4% in den letzten 6 Monaten eines der in Tabelle 10 aufgeführten Medikamente täglich oder ein- bis zweimal die Woche eingenommen. Die Mittel gegen Menstruationsbeschwerden sind hier nicht berücksichtigt worden.

5.5.1 Medikamentenkonsument gegen bestimmte Beschwerden in den letzten vier Wochen

Geschlecht

Auf die Frage >Hast du in den letzten 4 Wochen ein oder mehrere Medikamente gegen folgende Beschwerden eingenommen: Husten, Erkältung/Schnupfen, Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Bauchschmerzen, Schlafprobleme, Nervosität, Müdigkeit, Allergien, Verstopfung, zum Abnehmen?< gaben die Realschülerinnen unter Berücksichtigung aller abgefragten Mittel einen sehr hohen Konsum an.

Herausragend hohe Werte im Schmerzmittelkonsum zeigen die Gymnasiastinnen. Diese Aussage ist insofern wenig überraschend, weil die Gymnasiastinnen am stärksten über Beschwerden vielfältiger Art klagen.

Tabelle 11 Mehrfacher Gebrauch von Medikamenten gegen folgende Beschwerden in den letzten vier Wochen bzw. jemals Beruhigungsmittel (z. B. Valium): Schularten/ Geschlechter

	Gymnasium		Realschule		Hauptschule	
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
N	68	44	52	41	53	40
Medikament	47,1	22,7	53,8	41,5	47,2	35
Abnehmen	7,4	2,3	5,8	--	5,8	2,5
Bauchschmerz	20,9	2,3	15,4	--	7,7	5,0
Kopfschmerz	29,4	11,4	25	7,5	19,6	10
Magenschmerz	7,5	4,5	3,9	--	3,8	5
Verstopfung	7,4	--	5,8	--	--	--
Schlafprobleme	8,8	--	1,9	2,5	3,8	2,5
Beruhigungsmittel	7,5	2,3	2,0	--	7,9	--

Anm.: ‚Medikament‘: alle Medikamente einschl. Beruhigungsmittel;

Angaben in Prozent

Alter

Der Medikamentenkonsum erhöht sich mit dem Alteranstieg der Mädchen. Die mädchenspezifischen Medikamente z. B. zum Abnehmen, gegen Bauchschmerzen und gegen Verstopfung verdeutlichen diesen Trend. Er setzt sich bei den 16jährigen dann nur vereinzelt fort, etwa bei den Mitteln gegen Verstopfung, gegen Bauchschmerzen und zum Abnehmen.

Tab. 12 Einnahme in den letzten vier Wochen: Mädchen, Alter

		Nervo- sität	Müdig- keit	Versto- pfung	Schlaf- pro- bleme	Bauch- schmer- zen	Abneh- men
		nie	nie	nie	nie	nie	
13/14-jäh	N = 42	91,2	96	96	88,8	74,4	88,4
15-jährig	N = 72	92,4	92,4	96,6	91	65,8	88,2
16-jährig	N = 59	88,4	93,4	88,4	93,5	68	86,7
		mehrmals	mehrmals	mehrmals	mehrmals	mehrmals	mehrmals
13/14-jäh	N = 42	--	--	2,4	4,8	12	7,2
15-jährig	N = 72	7	4,2	4,2	7	16,8	8,4
16-jährig	N = 59	5,1	1,7	6,8	3,4	17	8,5

Unterschiedliche Schularten

Im Fragebogen wurde die Häufigkeit des Arzneimittelkonsums in den letzten vier Wochen vor dem Befragungszeitraum in elf Beschwerdebereichen (Tab. 11) abgefragt: „Husten, Erkältung/Schnupfen, Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Bauchschmerzen, Schlafprobleme, Nervosität, Müdigkeit, Allergien, Verstopfung, zum Abnehmen.“ Die Option „zum Abnehmen“ wurde dazugenommen, weil Gewichtsprobleme gerade von Mädchen als deutliche Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens empfunden werden, und der Konsum von Mitteln zum Abnehmen als Medikation verstanden werden muss.

Aus diesen Daten wurden faktorenanalytisch drei Bereiche gebildet: Eine allgemeine Arzneimittel-Skala, in der alle elf Medikamente gegen die oben angeführten Beschwerden zusammengefasst wurden, sowie zwei Faktorskalen, die aus einer Faktoranalyse dieser Items gebildet wurden. Und zwar eine „Somato-Skala“, die im wesentlichen Schmerzmittel gegen Kopf-, Bauch- und Magenschmerzen erfasst, und eine „Psycho-Skala“, mit Arzneimitteln, die auf psychische Missbefindlichkeiten abstellt.

Die Faktorenanalyse (Tab. 13) ergab insgesamt drei eindeutige Faktoren, die 60% der Varianz erklärten. Der erste Faktor (15,04%) erfasste mit Bauch-, Kopf-, und Magenschmerzen eher somatische Beschwerden. Der zweite Faktor (33,28%) umfasste mit Müdigkeit, Schlafproblemen, Nervosität, Abnehmen und Verstopfung deutlich psychische und psychosomatische Beschwerden. In der dritten Skala (11,36%) sind Erkältungs- und Hustenmittel erfasst, die ebenfalls eher den somatischen Beschwerdebereich betreffen.

Tab. 13 Basis der beiden Faktor-Skalen „Somato- Pharmaka“ und Psycho- Pharmaka“

Rotierte Komponentenmatrix nach 3 Iterationen

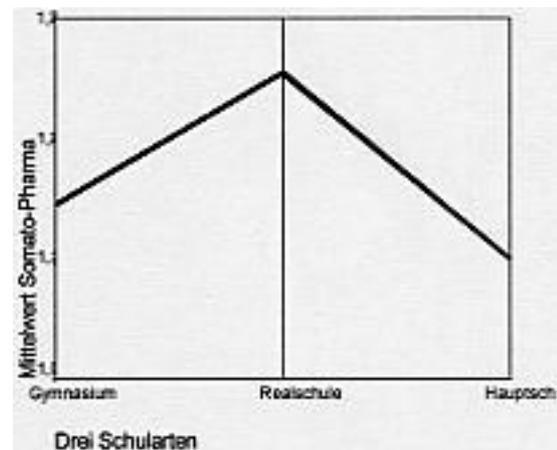
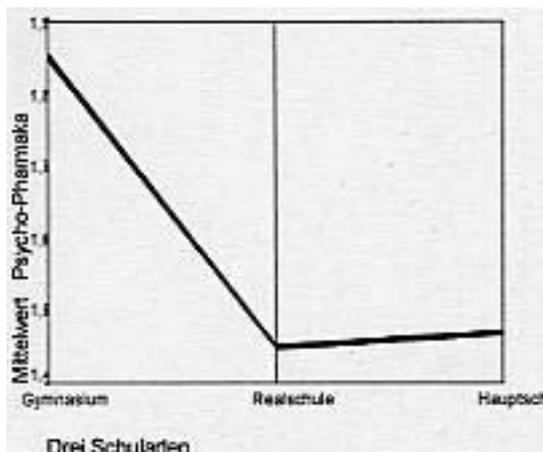
Skala	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
	Somato	Psycho	Erkältung
Husten	--	--	.89
Erkältung/Schnupfen	--	--	.87
Kopfschmerzen	.63	--	--
Magenschmerzen	.75	--	--
Bauchschmerzen	.76	--	--
Schlafprobleme	--	.83	--
Nervosität	.22	.75	--
Müdigkeit	--	.86	--
Allergien	--	--	--
Verstopfung	--	.65	--
zum Abnehmen	--	.68	--
Varianzanteile	<i>15,04%</i>	<i>33,28%</i>	<i>11,36%</i>

Die Mittelwerte zweier Faktorskalen von Psycho- und Somato-Pharmaka sind in Abb. 8 u. 9 aufgeführt. Ein Vergleich dieser Skalen mit den drei untersuchten Schularten ergibt eindeutige schulspezifische Unterschiede im Konsum verschiedener Arzneimittel, die darauf verweisen, dass die Beweggründe, die Mädchen zu einem Arzneimittelkonsum führen sehr unterschiedlich motiviert sind.

Die Gymnasiastinnen, die unter einer Vielzahl psychosomatischer Beschwerden leiden, konsumieren in einem hohen Maße Arzneimittel mit psychoaktiver Wirkung (Faktorskala 2 Tab. 13) und weniger Schmerzmittel, obwohl sie ähnlich den Realschülerinnen ebenfalls deutlich unter Schmerzzuständen unterschiedlicher Art leiden, wenn man davon ausgeht, dass die konsumierten Schmerzmittel auch wirklich gegen real existierende Schmerzzustände angewendet wurden. Die Realschülerinnen, deren Beschwerden

überwiegend somatischer Art sind, konsumieren demgemäß deutlich mehr Schmerzmittel (Abb. 9). Die Hauptschülerinnen sind im Konsum eher zurückhaltend. Diese Mädchengruppe leidet nicht so stark unter psychosomatischen Beschwerden, wie die anderen beiden Gruppen.

**Abb. 8 u. 9 Psycho- und Somato-Medikamente:
Mittelwerte zweier Faktor-Skalen: Mädchen, Schularten**



N: 168 **AM:** 2,5

Psycho-Pharmaka:

Arzneimittel gegen Müdigkeit, Schlafproblemen, Nervosität, Abnehmen und Verstopfung, deutlich psychische und psychosomatische Beschwerden (Faktorskala)

N: 105 **AM:** 1,6

Somato-Pharmaka:

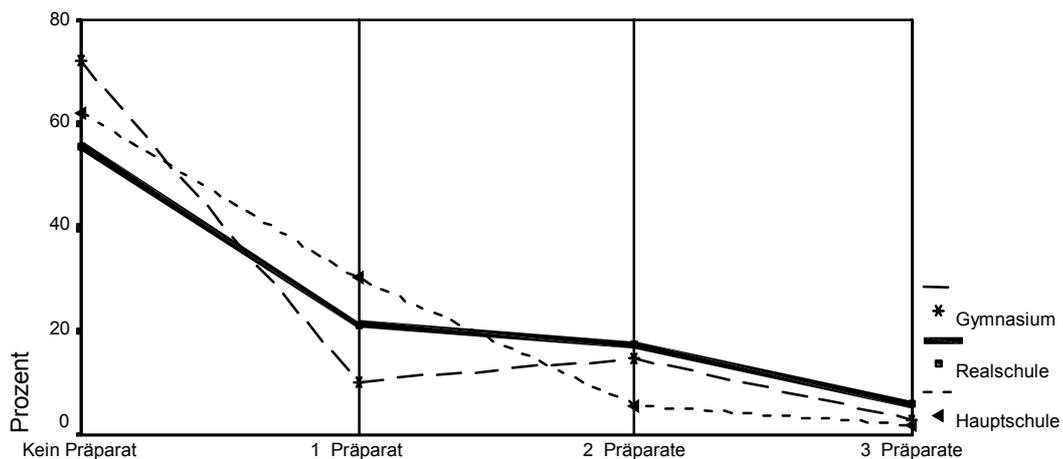
Arzneimittel gegen Bauch-, Kopf-, und Magenschmerzen (Faktorskala)

5.5.2 Mehrfacheinnahmen von Präparaten

Abbildung 10 zeigt Aufgeschlüsselt nach Mehrfacheinnahmen von Kopf-, Menstruations-, und allgemeinen Schmerzmitteln, dass 16,2% der befragten Schülerinnen in den letzten Monaten mehrere Präparate gleichzeitig eingenommen haben.

Im Regelfall findet in der ärztlichen Schmerzbehandlung ein ausgewähltes Präparat Anwendung. Die Realschülerinnen und Hauptschülerinnen verwenden allerdings zwei oder drei verschiedene Medikamente. Die Gymnasiastinnen halten sich im Beschwerdefall an ein Analgetikum.

Abb. 10 Mehrfacheinnahmen von Schmerzmittelpräparaten: Mädchen, Schularten



>Mehrfacheinnahme>: skaliert „Wie oft hast du in den letzten 6 Monaten diese Mittel eingenommen: Kopf-, Menstruations- und allgemeine Schmerzmittel?“ (kein Präparat, 1 Präparat, 2 Präparate, 3 Präparate)

5.5.3 Bezug und Beratung von Arzneimitteln

Auf die Frage „Wer hat Dir geraten diese Mittel zu nehmen?“ wurden von den befragten Schülern drei große Gruppen genannt. Die größte Gruppe stellen die Eltern dar: 146 (43,8%) Jugendliche wurden von ihnen beraten. Wahrscheinlich ist, dass die Mehrheit der Jugendlichen Medikamente auch durch ihre Eltern bezieht. Die Ärzte sind die zweite Gruppe: immerhin 120 (36%) Jugendliche wurden von ihnen beraten. Mit immerhin 23,7% (n = 79) der Schüler berät sich ein großer Anteil der Befragten selbst, was dem Erwachsenenverhalten durchaus entspricht. Denn die Selbstmedikationsrate liegt in Deutschland derzeit bei mehr als 30% (vgl. Glaeske, 2002; 7), und die Tendenz ist steigend. Dagegen fällt die Beratung durch den Apotheker oder die Apothekerin bei den Befragten relativ gering aus (8,1%, n = 27). Obwohl ein hoher Einfluss der Eltern bei der Beratung von Arzneimitteln bei den Jugendlichen festzustellen ist, kann jedoch zwischen dem Einnahmeverhalten der Eltern und dem der Jugendlichen kein signifikanter Zusammenhang (Pearson $r = .05$) konstatiert werden. Dennoch erklärten 35,8% (n=104) der Schüler, dass ein oder beide Elternteile regelmäßig Medikamente einnehmen. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass die Befragten vielfach keine Kenntnis davon haben, ob und in welchem Umfang ihre Eltern Medikamente einnehmen. Anzunehmen ist, dass bestimmte Beschwerden entweder in der Familie nicht thematisiert oder auch besser verschwiegen werden.

5.6 Darstellung verwendeter Skalen

Die faktorenanalytischen Befunde aus Kapitel 5.4 verweisen auf ein unterschiedliches Einnahmeverhalten der befragten Mädchen. Deutlich werden schulzweigspezifische Unterschiede in der Häufigkeit und der Art der konsumierten Mittel.

Unter Berücksichtigung der Geselligkeitskomponente beim Drogenkonsum - Drogen werden nicht nur zur Kompensation unangenehmer Gefühle, unbewältigter Konflikte und Probleme konsumiert, sondern auch aus Spaß und im Rahmen jugendlichen Ausprobierens, soll angesichts des faktorenanalytischen Befundes untersucht werden, ob der Faktor Geselligkeit auch einen Einfluss auf den erhobenen Arzneimittelkonsum hat.

Varianzanalytische Berechnungen können Aufschluss über die Einflussmöglichkeiten der Variablen ‚Stimmung‘, ‚Depressive Verstimmung‘ und ‚Geselligkeit‘ im Zusammenhang mit problematischen Konsummustern von Mädchen geben. Ein Zusammenhang zwischen schlechter Stimmung oder depressiver Gefühlslage und dem Konsum befindlichkeitsregulierender Arzneimittel ist in der Literatur hinlänglich bekannt.

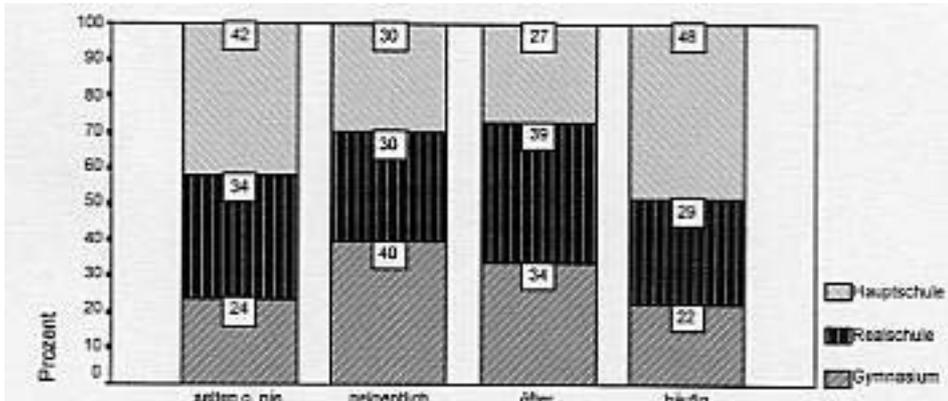
Im folgenden sollen die nachgewiesenen Konsumunterschiede näher charakterisiert werden.

5.6.1 Arzneimittel-Skalen

Schmerzmittel-Skala

In fast allen dargestellten Arzneimittel-Skalen lassen Realschülerinnen bedenkliche Werte erkennen. In der Kategorie >häufiger oder täglicher Konsum< weisen sie im Bereich der Analgetika in Verbindung mit Beruhigungsmitteln, in der Anwendung bestimmter Mittel gegen psychische Missbefindlichkeiten sowie im Gebrauch von Vitaminpräparaten und Arzneimitteln gegen Menstruationsbeschwerden deutlich höhere Werte auf als ihre Mitschülerinnen aus den anderen beiden Schulzweigen. Einzig im Schmerzmittelkonsum rangieren die Hauptschülerinnen vor den beiden anderen Gruppen. Hier zeigt sich ein konservativer Umgang der Hauptschülerinnen mit Arzneimitteln.

Abb. 11 Schmerzmittel-Skala: Mädchen, Schularten

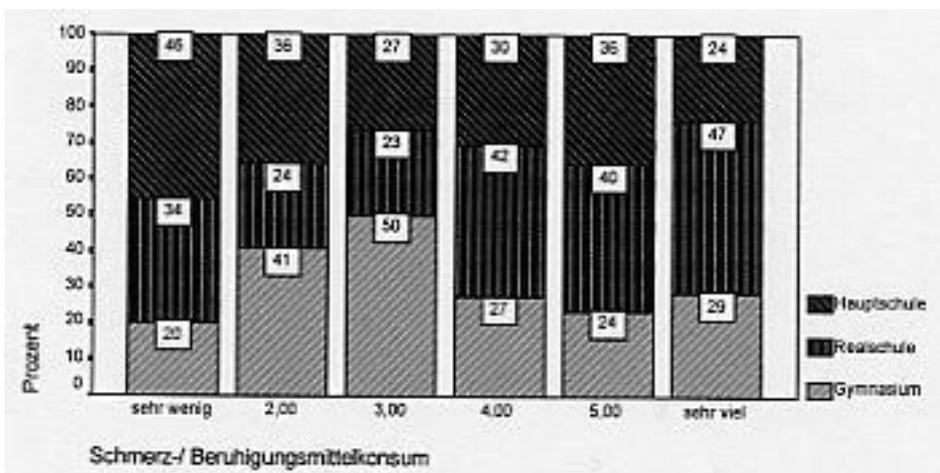


N: 167

AM: 2,14

Faktor-Skala (Faktoranalyse Kap. 5.4) aus:
 „Wie oft hast Du in den letzten 6 Monaten diese Mittel genommen?“
 (täglich, 1-2 mal die Woche, selten, nie) :
 Kopf-, Magen-, allgemeine Schmerzmittel

Abb. 12 Schmerzmittel, Beruhigungs- u. Schlafmittel-Skala: Mädchen, Schularten

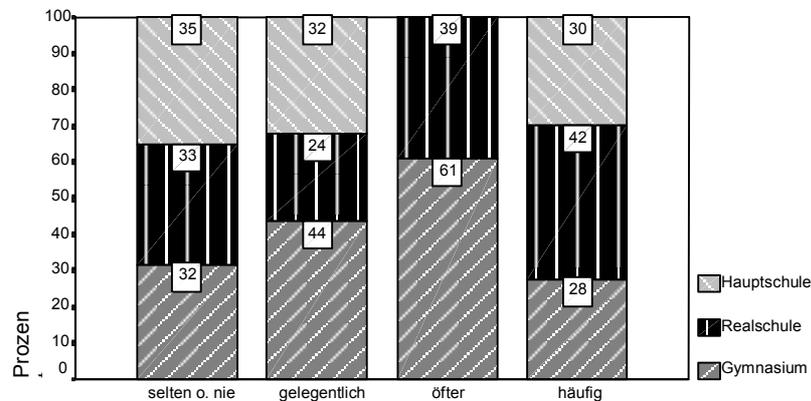


N: 166

AM: 3,24

Skala aus:
 „Wie oft hast Du in den letzten 6 Monaten diese Mittel genommen?“
 (täglich, 1-2 mal die Woche, selten, nie): Kopf-, allgemeine Schmerzmittel
 und: Hast Du jemals Medikamente (Valium etc.) als Beruhigungsmittel genommen (nein, nie; ja, aber nicht länger als 3 Wochen; ja 3 Wochen oder länger)
 1= sehr wenig bis 6= sehr viel

Abb. 13 „Psycho-Mittel“-Skala: Mädchen, Schularten



N: 168

AM: 1,47

Faktor-Skala (Faktoranalyse Kapitel 5.4) aus:

„Wie oft hast Du in den letzten 6 Monaten diese Mittel genommen?“

(täglich, 1-2 mal die Woche, selten, nie):

Herz-Kreislaufmittel, Beruhigungs-/Schlafmittel, Anregungsmittel, Schlankheitsmittel, Verdauungsförderer

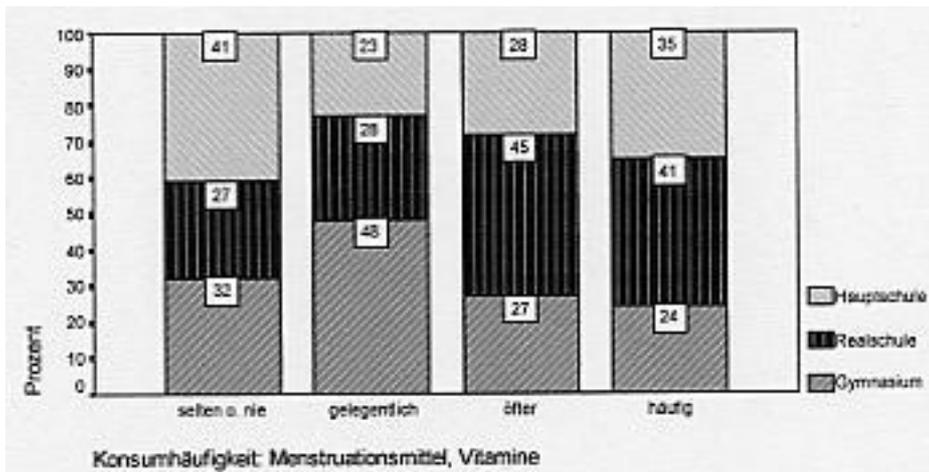
Menstruationsmittel-Skala

Vitamine und Mittel gegen Menstruationsbeschwerden liegen in der Faktorenanalyse auf einem Faktor. Der tägliche Vitaminkonsum wird hier ganz im Sinne der pharmazeutisch vorgegebenen Maßgabe als vorbeugende, krankheitsvermeidende Maßnahme verstanden.

Der hohe tägliche oder wöchentliche Konsum von Menstruationsmitteln bei den Real- und Hauptschülerinnen, wie in Abb. 15 dargestellt, zeigt eine indikationsferne Anwendung. Im Fragebogen wurden Medikamente gegen Menstruationsbeschwerden abgefragt, bei denen es sich in der Regel um Analgetika handelt. Anzunehmen ist, dass sie hauptsächlich situativ eingesetzt werden, eben zum Zeitpunkt der Menstruation; eine tägliche Einnahme wäre insofern aus medizinischer Sicht überflüssig.

Allerdings muss gerade bei jungen Frauen die Unregelmäßigkeit ihres Zyklus berücksichtigt werden, der in seiner Dauer gestört sein oder in der Art und Stärke variieren kann, und der dazu führen kann, dass Mädchen in einer permanenten stresshaften Erwartungsangst leben. Ein andauernder Konsum könnte vermutungsweise auf einen vorbeugend-schmerzvermeidenden Umgang mit diesen Arzneimitteln hinweisen, dem wiederum ein problematischer Umgang mit Menstruation überhaupt zugrunde liegen dürfte. Allerdings beseitigt die medikamentöse Therapie nur das Symptom ‚Zyklusstörung‘. Die Ursachen einer gestörten hormonellen Steuerung oder starker Schmerzzustände, die auch psychischer Natur sein können, werden dadurch nicht erreicht (Bopp, 2001; 320).

Abb. 14 Konsumhäufigkeit: Präventivmittel (Menstruationsmittel und Vitamine): Mädchen, Schularten



N: 170

AM: 2,20

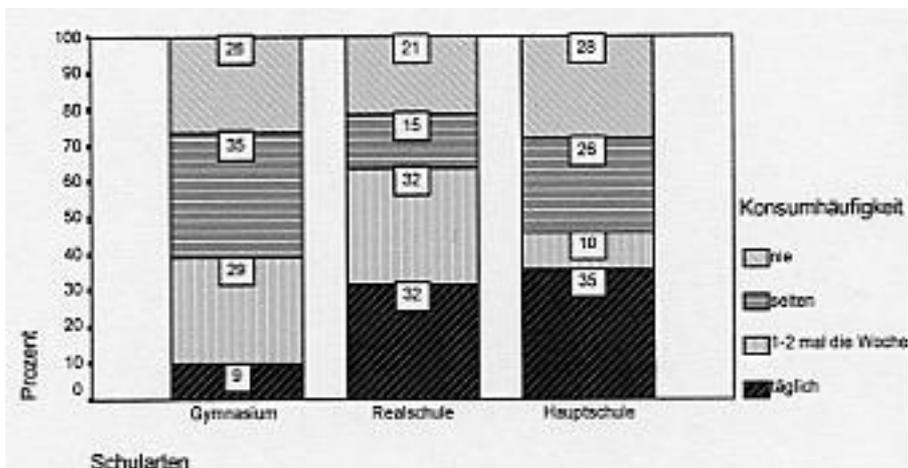
Faktorskala (Faktoranalyse Kapitel 5) aus:

„Wie oft hast Du in den letzten 6 Monaten diese Mittel genommen?“:

Mittel gegen Menstruationsbeschwerden, Vitamine (hier als präventiv eingesetzte Arzneimittel verstanden)

(täglich, 1 –2 mal die Woche, selten, nie)

Abb. 15 Konsumhäufigkeit: Menstruationsmittel: Mädchen, Schularten



AM: 3,32

N: 170

„Wie oft hast Du in den letzten 6 Monaten diese Mittel genommen?“:

Mittel gegen Menstruationsbeschwerden

(täglich, 1 –2 mal die Woche, selten, nie)

5.7 Einfluss der Variablen Stimmung, depressive Verstimmung und Geselligkeit auf den ermittelten Arzneimittelkonsum

5.7.1 Varianzanalytische Befunde

Die Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse mit den Faktoren ‚Stimmung‘, ‚Depressive Verstimmung‘ und ‚Geselligkeit‘ sind in Tabelle 13 aufgeführt. Für zwei der drei aufgeführten Arzneimittelgruppen zeigen sich Haupteffekte für die drei Faktoren: In der Arzneimittelgruppe *Schmerzmedikamente* zeigt sich ein Haupteffekt für die Faktoren ‚Stimmung‘ und ‚depressive Verstimmung‘, in der Gruppe *Psycho-Mittel* für die Faktoren ‚Stimmung‘ und ‚Geselligkeit‘ und für die Gruppe *Präventivmittel* zeigt sich kein Effekt für die o.g. Faktoren.

Tab. 14 Ergebnisse einer multivariaten Varianzanalyse mit den Faktoren Stimmung, depressive Verstimmung und Geselligkeit

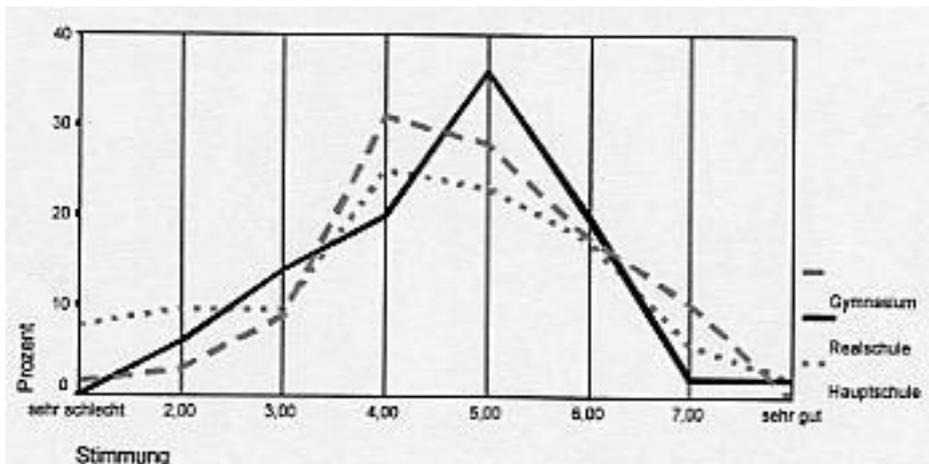
	Psychomittel		Präventivmittel		Schmerzmittel	
Faktoren	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Stimmung	1,93	.073	0,78	<i>n.s.</i>	2,27	.035
depressive Verstimmung	1,72	<i>n.s.</i>	1,18	<i>n.s.</i>	3,34	.008
Geselligkeit	3,50	.034	0,52	<i>n.s.</i>	1,28	.003

5.7.2 Einfluss des Faktors Stimmung auf den Arzneimittelkonsum

Stimmung-Skala

Die Stimmung-Skala ist normal verteilt, wobei der breite, mittlere Bereich von zwei Randgruppen eingeschlossen wird - die Mädchen, die sich in schlechter Stimmung befinden und die Mädchengruppe, die sich in guter Stimmung befindet. Schulzweigspezifisch lassen sich auch hier Unterschiede erkennen. Die Realschülerinnen dominieren in der Gruppe von Mädchen, die sich eher in schlechterer Stimmung befinden; die Gymnasiastinnen sind hier unterrepräsentiert und tauchen eher am rechten Rand auf, dort wo sich die Mädchen in guter bis sehr guter Stimmung befinden. Im mittleren Normalbereich verteilen sich die Schulzweige verhältnismäßig gleich.

Abb. 16 Stimmung-Skala: Mädchen, Schularten



N: 170

AM: 4,58

Skala aus: „In welcher Stimmung bist Du im allgemeinen?“ (es geht mir total gut , es geht mir ziemlich gut, es geht mir nicht so gut, es geht mir schlecht) und: „Wie schätzt Du Deine Gesundheit ein?“ (sehr gut, gut, nicht sehr gut) und: „Langweilst Du Dich manchmal?“ (sehr oft, gelegentlich, selten, nie)

1 = sehr schlecht bis 8 = sehr gut

Varianzanalytische Befunde für den Faktor Stimmung

Der Faktor ‚Stimmung‘ zeigt einen Haupteffekt für die Arzneimittelgruppen ‚Schmerzmedikamente‘ und ‚Psychomittel‘.

In allen drei Arzneimittelgruppen treten, wie die drei unten stehenden Abbildungen belegen, deutlich schulzweigspezifische Unterschiede auf.

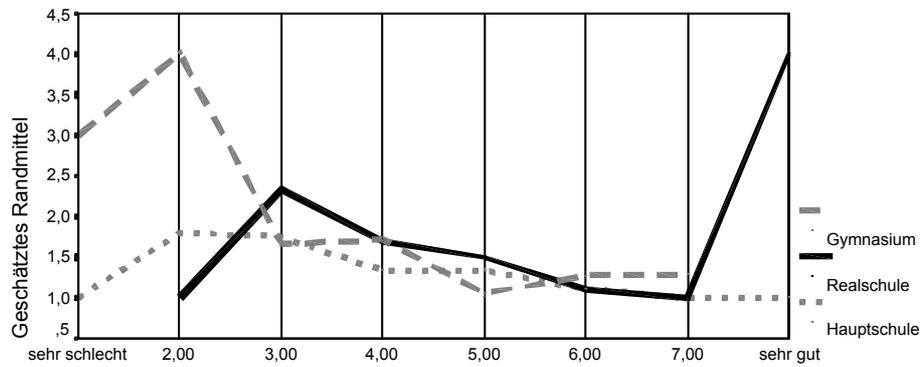
Die varianzanalytischen Befunde, dargestellt in den Abb. 17,18 und 19, lassen ein gegenläufiges Einnahmeverhalten der unterschiedlichen Mädchengruppen erkennen. Die Gymnasiastinnen konsumieren bei schlechter Stimmung alle drei genannten Medikamentengruppen in hohem Maße. Die Realschülerinnen unterscheiden sich davon nicht in der Art und Häufigkeit des Konsums, wohl aber im Anlass. Die Abbildungen 17 und 18 zeigen, dass sie vermehrt alle dargestellten Arzneimittel gebrauchen. Abbildung 19 verweist gesondert auf die Präventivmittel (Menstruationsmittel und Vitamine), die ebenfalls in hohem Maße konsumiert werden, wenn sie sich in guter bis sehr guter Stimmung befinden.

Geht man davon aus, dass der Konsum von Schmerzmedikamenten in der Regel mit existenten Schmerzzuständen oder einem subjektiv empfundenen, schlechten Gesundheitszustand verbunden ist, wird schon dies von den Mädchen mit schlechter Stimmung gleichgesetzt. Anzunehmen ist also, dass Mädchen - obwohl medizinisch gesehen schmerzfrei - ihre Missbefindlichkeiten durch den Konsum von Analgetika, die als Stimmungsaufheller häufig auch Coffein besitzen, positiv beeinflussen wollen.

Betrachtet man die Gruppe der Mädchen, die, wie Abb. 18 zeigt, trotz allgemein guter Stimmung Analgetika konsumieren, ist ein solcher Gedanke der medikamentösen Bearbeitung unangenehmer Gemütslagen nicht abwegig.

**Abb. 17 Zusammenhang von Stimmung und „Psycho-Mittel“:
Mädchen, Schularten**

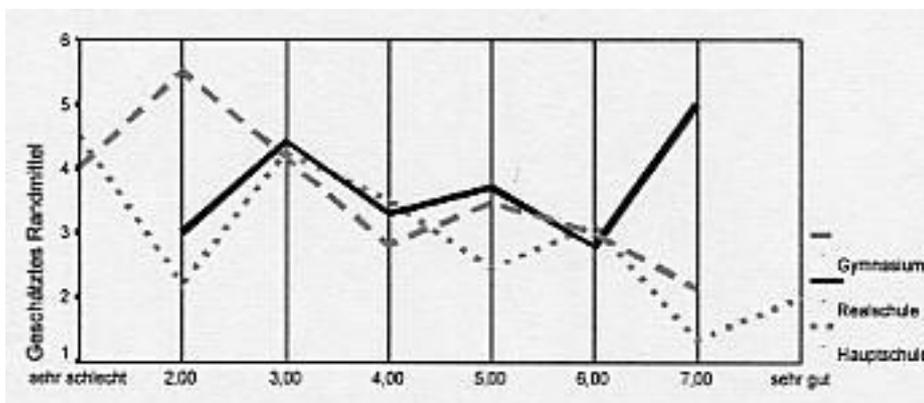
Befund einer univariaten Varianzanalyse



N: 168
Psychomittelskala: Abb. 13

**Abb. 18 Zusammenhang zwischen Stimmung und Schmerzmedikamente
Mädchen/Schularten**

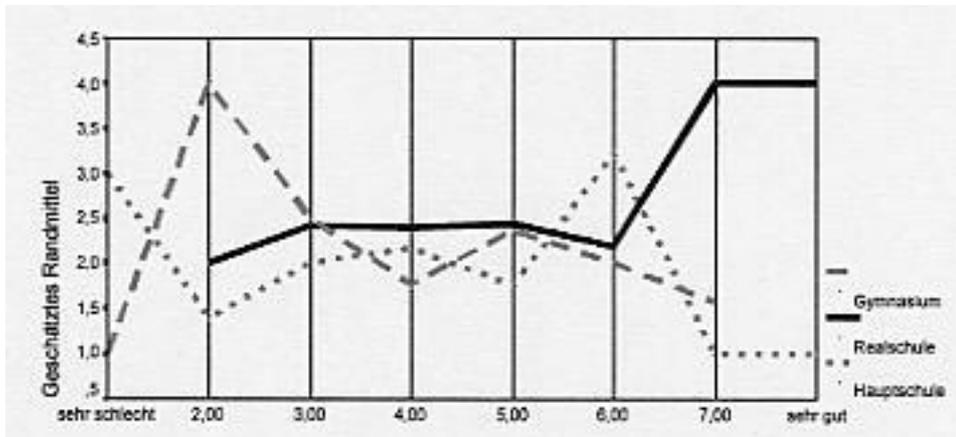
Befund einer univariaten Varianzanalyse



N: 167, Varianz (korr.): .11
Schmerzmittelskala: Abb. 11

**Abb. 19 Zusammenhang zwischen Stimmung und Präventivmittel:
Mädchen/Schularten**

Befund einer univariaten Varianzanalyse



N: 167, Varianz (korr): .10
Präventivmittelskala: Abb. 14

5.7.3 Einfluss des Faktors ‚Depressive Verstimmung‘ auf den ermittelten Arzneimittelkonsum

Depressionen oder depressive Verstimmungen, vor allem, wenn sie chronisch werden, gelten als gravierende Beeinträchtigungen einer produktiven Alltags- und Lebensbewältigung.

Sie führen dazu, dass sich die Aufmerksamkeit auf rationale Entscheidungs- und Planungsnotwendigkeiten je nach Grad der Erkrankung vermindert und in egozentrischer Selbstreflexion auf die eigene Befindlichkeit reduziert. Aus Haltungen der erlebten Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit oder der Selbstabwertung unterbleiben notwendige Initiativen der sozialen Kontaktaufnahme und der Problembewältigung.

Für Jugendliche mit diesem Krankheitsbild bedeutet dies eine Beeinträchtigung der sozialen Entwicklung, aber auch des Lernverhaltens, weil vor allem die Möglichkeit der positiven Selbsterfahrung eingeschränkt ist. Solche Syndrome müssen sich besonders in Lebensphasen nachteilig auswirken, in denen gewichtige Entwicklungsaufgaben anstehen. Und das Jugendalter stellt hinsichtlich seiner Veränderungsdynamik eine solche gravierende Übergangsphase im Lebenslauf dar, zu deren Bewältigung es einer persönlichen Anstrengung und eines positiven Selbstbildes bedarf.

Zur Prävalenz depressiver Störungen im Jugendalter liegen unterschiedliche Untersuchungen vor. In einer Übersicht zur Epidemiologie von Depressionen im Kindes- und Jugendalter in verschiedenen Ländern variiert der ermittelte Prozentsatz depressiver Kinder von 0,14% bis zu 59%. Dies dokumentiert die Definitionsabhängigkeit epidemiologischer Daten sehr deutlich. Bedeutsam bei der Auswertung der Ergebnisse solcher Untersuchungen ist die Definitionsabhängigkeit epidemiologischer Daten hinsichtlich des Verbreitungsgrades depressiver Störungen bei Jugendlichen. Es werden drei Einteilungen depressiver Störungen im Kindesalter unterschieden: Depressionen als

dysphorischen Emotionen (Symptomdefinition), Aggregate negativer Stimmungen mit Klagen über Hoffnungslosigkeit, eine Nutz- und Wertlosigkeit, suizidalen Gedanken und Lethargie (Syndrom-Definition) bzw. von Störungen mit einem charakteristischen Symptommuster einer bestimmten Dauer, das eine Beeinträchtigung von psychischen Funktionen beinhaltet.

Interessant sind jene Studien, die dasselbe Instrument (Becksches Depressionsinventar: Kurzform BDI) verwendet haben, wie es auch in der vorliegenden Untersuchung verwendet wurde: Albert und Beck (1975; 71) berichten bei 63 Schülern der 7. und 8. Klasse, dass 33,1% dieser Kinder mittel oder stark depressiv sind. Betrachtet man die Verteilung der Depression differenziert nach Schultyp, so haben Haupt- und Realschüler höhere Mittelwerte als Gymnasiasten und Schüler integrierter Gesamtschulen. Darüber sind BDI-Scores auf dem Lande wohnender Schüler leicht höher als die städtischen Jugendlichen. Es treten keine Unterschiede in der sozialen Herkunft der Jugendlichen auf (ebd.).

Das primäre Interesse gilt an dieser Stelle nicht so sehr den biologisch-klinischen Depressionsmodellen, sondern den psychologischen Depressionsansätzen, und unter diesen der kognitiven Depressionstheorie nach Beck. Motorische und emotionale Aspekte stellen bei ihm, aber auch bei anderen Kognitionstheoretikern Folgephänomene der Störung dar, während kognitive Fehlprozesse sie verursachen, dass also dysfunktionale Kognitionen den Kern depressiver Phänomene bilden. Der dieser Konstruktion des Inventars, also der Items zur Bestimmung und Definition des Phänomens, zugrunde liegende Gedanke ist, dass Emotionen nicht nur durch objektive Ereignisse selbst bestimmt werden, sondern auch durch die Art der subjektiven Interpretation der Ereignisse. Akzeptiert man, dass emotionale Zustände über Kognitionen vermittelt werden, dann ist klar, dass Personen, die häufig deprimiert, ängstlich oder ärgerlich sind, bestimmte verfestigte Kognitionen haben müssen, die ein unproportional häufiges Auftreten dieser Gefühlszustände bewirken.

Aufgrund des verwendeten Instrumentariums, das kognitive Variablenbereiche abdeckt, ist die Erfassung der Depression im Sinn einer primär kognitiven Störung von besonderem Interesse für die vorliegende Untersuchung.

Die im Fragebogen verwendeten Fragen folgen dem oben beschriebenen Ansatz unter Verwendung des Beckschen - Depressionsinventars (BDI). Die angewendete Kurzform des BDI umfasst normalerweise 13 Items. Die im Erhebungsbogen verwendete Form ist um das Item: "Ich würde mich umbringen, wenn ich könnte" gekürzt worden, da aufgrund der Anonymität ein Nachvollzug der entsprechenden Personen nicht möglich wäre, die Folgen einer solchen Frage schwer abschätzbar und somit nicht zu verantworten sind.

Die Entwicklung von epidemiologischen Studien über Depression und depressiver Verstimmungen und andere psychopathologische Störungen im Jugendalter ergibt ein nicht ganz einfach zu verstehendes Muster. Diese Schwierigkeit macht verständlich, warum es so wenig Studien über die Prävalenz depressiver Störungen während dieses Altersabschnittes in der Bevölkerung gibt. Dennoch existieren klinische und epidemiologische

Daten von kleineren Gruppen, die deutlich machen, dass Depressionen im Kindes- und besonders im Jugendalter beträchtlich angestiegen sind.

Im sog. Konstanzer Längsschnitt¹ einer repräsentativen Untersuchung, deren Besonderheit darin besteht, dass depressive Verstimmungen nicht bei klinischen Populationen erhoben wurden, sondern bei 16- bis 17jährigen Jungen und Mädchen einer großen „Normalpopulation“, wurde ermittelt, dass sich 60 bis 70% der 2000 befragten Jugendlichen als ungefährdet und ca. 10 bis 15% als gering depressiv erweisen. Hingegen zeigen ca. 20% der Jungen und der Mädchen einen mittleren bis starken Depressionsgrad.

Zur Erfassung der depressiven Belastungen der Jugendlichen wurde auch in der vorliegenden Studie die Kurzform des Beck'schen Depressionsmodells verwendet.

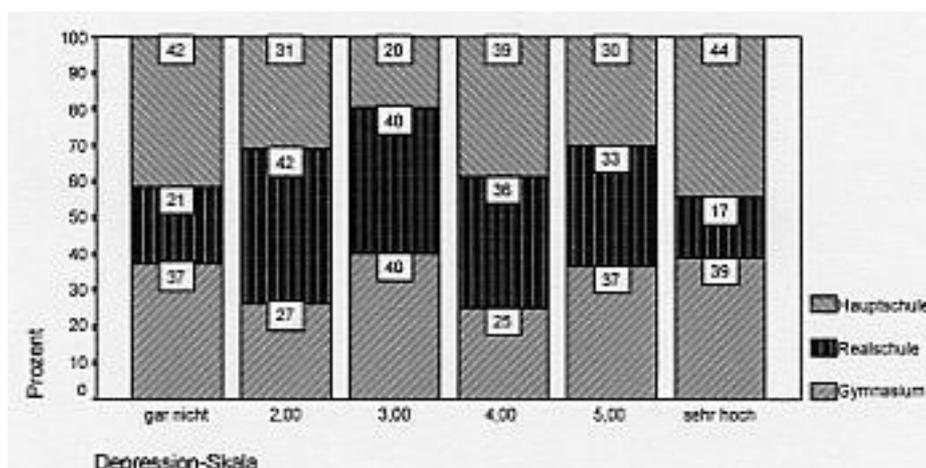
Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung sowie angesichts der bisherigen Ergebnisse ist der Zusammenhang, der den oben dargestellten Sachverhalt mit einem erhöhten Konsum von Drogen und/oder Arzneimitteln verbindet, äußerst aufschlussreich.

Depressions-Skala

Die Depressions-Skala ist bis auf ein faktoriell aus der Reihe fallendes Item („Ich habe keinen guten Freund/Freundin“) nicht normal verteilt. Die Mehrheit der befragten Mädchen fühlt sich selten depressiv verstimmt.

Nicht ganz erwartungsgemäß, schon wegen des wenig auffälligen Arzneimittelkonsums, zeigen sich die Hauptschülerinnen in Abb.20 etwas stärker depressiv verstimmt (N = 20/ 40%) im Verhältnis zu den beiden anderen Mädchengruppen. An dieser Stelle hätte man aufgrund des hohen Beschwerdeaufkommens einerseits und des Arzneimittelkonsums andererseits eher die Realschülerinnen oder Gymnasiastinnen vermutet. Diese zeigen dennoch mit 35% (N = 18) und 36% (N= 24) immer noch relativ hohe Werte für die Kategorien >4, 5, sehr hoch<.

Abb. 20 Depressionsskala: Mädchen, Schularten



Skala aus Frage: „Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Dich zu?“

„Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und dass die Situation nicht besser werden kann“, „Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum ertrage“, „Ich habe das Gefühl als Mensch ein völliger Versager zu sein“, „Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt“, „Ich habe immer Schuldgefühle“, „Ich hasse mich“, „Ich habe mein ganzes Interesse an Menschen verloren“, „Ich kann überhaupt keine Entscheidungen“

gen mehr treffen“, „Ich finde mich hässlich“, „Ich bin zu müde, um etwas zu tun“, „Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr“, „Ich fühle mich oft einsam“.
 Kategorien: „stimmt nicht“, „stimmt ein bisschen“, „stimmt sehr oder oft“

Varianzanalytische Befunde für den Faktor ‚Depressive Verstimmung‘

Der Faktor ‚Depressive Verstimmung‘ zeigt einen Haupteffekt für die Arzneimittelgruppe Schmerzmedikamente.

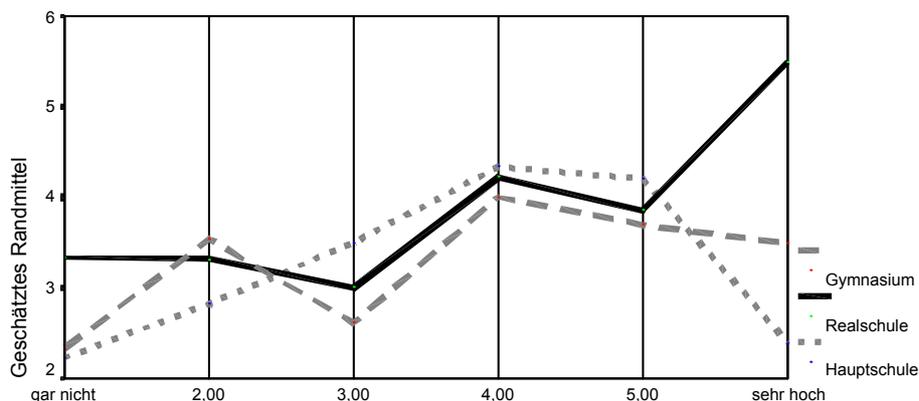
Abb.21 zeigt für alle drei Mädchengruppen der unterschiedlichen Schulzweige einen Zusammenhang zwischen dem Konsum von Schmerz- und Beruhigungsmitteln und dem Auftreten von Missbefindlichkeiten. Dies gilt weniger für die sog. „Psycho-Mittel“ (Abb.22), als die Mittel zur Manipulation psychischer Befindlichkeiten, als vielmehr für die Schmerzmedikamente (Abb.21). Hier lässt sich mit Verstärkung der Unlustgefühle eine Konsumsteigerung für alle drei untersuchten Schulzweige konstatieren.

Der Befund zeigt für die Gruppe der Realschülerinnen allerdings eine deutliche Verbindung zwischen depressiver Verstimmung und einem hohen Arzneimittelkonsum in allen drei untersuchungsrelevanten Arzneimittelgruppen.

Ebenso ist für den verstärkten Konsum von Präventivmitteln in Verbindung mit gesteigerter depressiver Verstimmung für die Gymnasiastinnen und Realschülerinnen ein Zusammenhang zu erkennen. Eine gegenläufige Tendenz für diese Mittel ist bei den Hauptschülerinnen festzustellen. Ihr Konsum kann, wie Abb.23 verdeutlicht, nicht mit erhöhten depressiven Missbefindlichkeiten in Verbindung gebracht werden. Hauptschülerinnen konsumieren weniger Präventivmittel je stärker sie unter depressiver Verstimmung leiden.

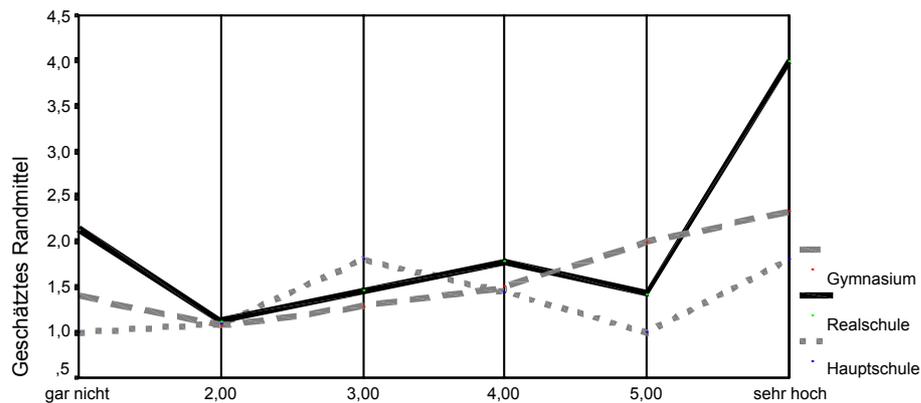
Abb. 21: Zusammenhang zwischen depressiver Verstimmung und Schmerz- u. Beruhigungsmitteln: Mädchen, Schularten

Befund einer univariaten Varianzanalyse



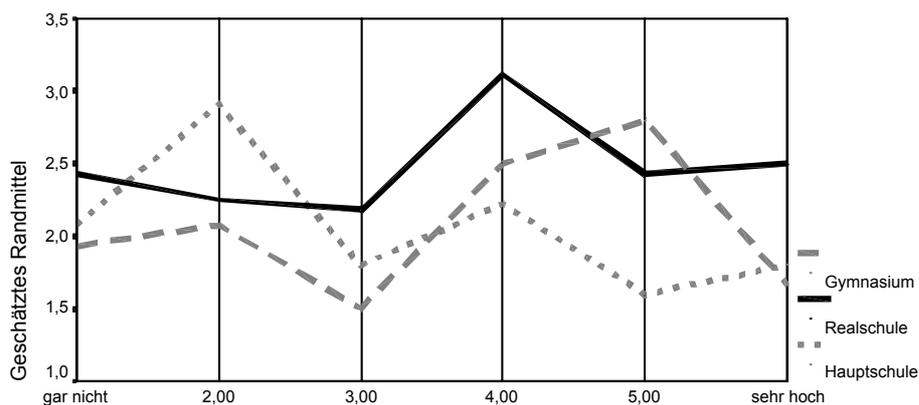
N: 164, Varianz (korr.): .08
 Schmerzmittel-Skala: Abb.11

Abb. 22 Zusammenhang zwischen depressiver Verstimmung und „Psychomitteln“: Mädchen, Schularten



N: 165, Varianz: .10
Psychomittelskala: Abb. 13

Abb. 23: Zusammenhang zwischen depressiver Verstimmung und Präventivmittel: Mädchen, Schularten
 Befund einer univariaten Varianzanalyse



N: 166, Varianz: .047
Präventivmittel-Skala: Abb. 14

5.7.4 Einfluss des Faktors ‚Geselligkeit‘ auf den ermittelten Arzneimittelkonsum

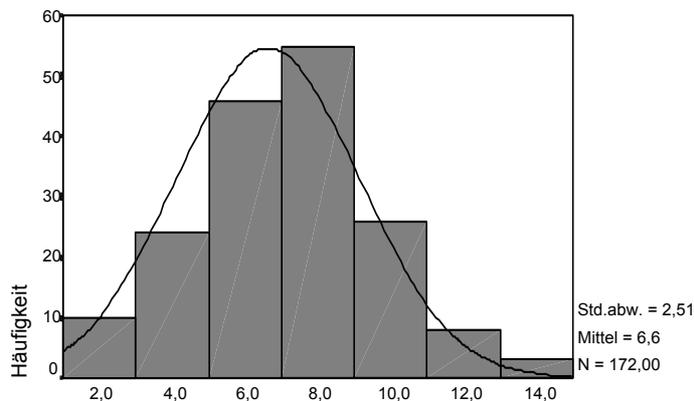
Neben der Tatsache, dass negative und unangenehme Gefühle mit Arzneimitteln positiv beeinflusst werden sollen, zeigt sich in allen Befunden, dass noch ein anderer Zusammenhang existiert. Hierbei handelt es sich um Arzneimittelkonsum, der in seiner Funktion als Verstärker für positive Gefühle und nicht zur Kompensation eingesetzt wird. Anzunehmen ist also, dass die Variable ‚Geselligkeit‘ einen Einfluss auf den Arzneimittelkonsum hat und die arzneimittelkonsumierenden Gruppen näher bestimmt.

Geselligkeits-Skala

Die Variable ‚Geselligkeit‘ ist normal verteilt (Abb.24). Neben einem breiten mittleren normalen Bereich finden sich zwei gleichermaßen stark verteilte Randbereiche, die auf der einen Seite die sehr geselligen Mädchen und auf der anderen Seite die eher sozial isolierte Mädchengruppe repräsentieren.

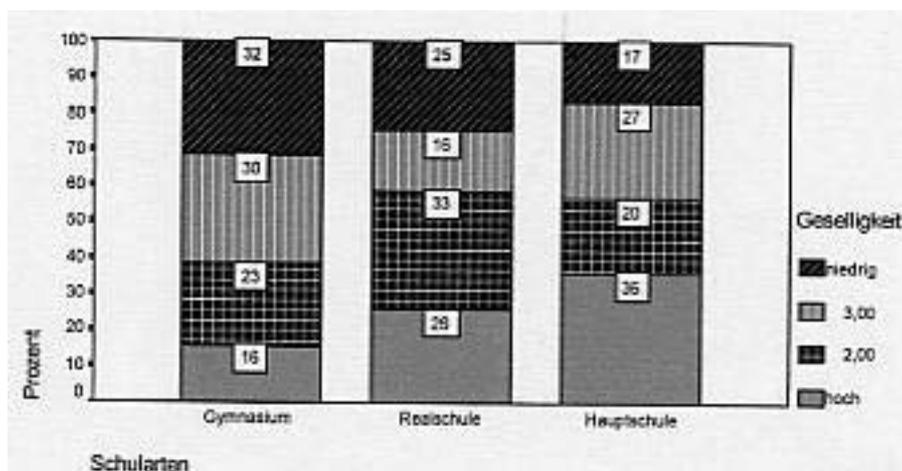
Auf die drei Schularten bezogen, zeigt sich eine verhältnismäßig gleiche Verteilung der verschiedenen Schulen im mittleren Geselligkeitsgrad. Ein hohes Maß an Geselligkeit findet sich bei den Real- und Hauptschülerinnen (Abb.25).

Abb. 24 Häufigkeiten: Geselligkeits-Skala: Mädchen, Schularten
eingezeichnete Normalverteilung



Addierte Werte aus: „Fällt es Dir leicht oder schwer, neue Freunde/Freundinnen zu finden?“ (leicht, schwer) und: „Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Dich zu?“: „Ich habe keinen guten Freund/ gute Freundin“ (stimmt nicht, stimmt ein bisschen, stimmt sehr oder oft) und: „Wie verbringst Du im allgemeinen Deine freie Zeit?“: „Bin bei Freunden Zuhause“, „Gehe in die Disco oder Kneipe (Café)“, „Gehe ins Kino“, „Hänge auf der Straße rum“

Abb. 25 Geselligkeitsskala: Mädchen, Schularten



Skala aus: „Fällt es Dir leicht oder schwer, neue Freunde/Freundinnen zu finden?“ (leicht, schwer) und: „Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Dich zu?“: „Ich habe keinen guten Freund/ gute Freundin“ (stimmt nicht, stimmt ein bisschen, stimmt sehr oder oft) und: „Wie verbringst Du im allgemeinen Deine freie Zeit?“: „Bin bei Freunden Zuhause“, „Gehe in die Disco oder Kneipe (Café)“, „Gehe ins Kino“, „Hänge auf der Straße rum“

Varianzanalytische Befunde für den Faktor ‚Geselligkeit‘

Der Faktor ‚Geselligkeit‘ zeigt einen Haupteffekt für die Arzneimittelgruppe „Psycho-Mittel“.

In allen drei aufgeführten Arzneimittelgruppen lässt sich schulzweigübergreifend eine eindeutige Tendenz erkennen. Arzneimittel werden, wie bereits an anderen Stellen gezeigt, nicht nur bei schlechter oder depressiver Stimmung oder von isolierten und einsamen Jugendlichen konsumiert. Die varianzanalytischen Befunde der drei untersuchten Arzneimittelgruppen, dargestellt in den Abb. 26, 27 und 28 belegen für die Gruppe der hoch geselligen Mädchen in allen untersuchten Schularten einen ebenso hohen Konsum von sog. „Psycho-Mitteln“: Schlankheitsmitteln (Anorektika) oder Verdauungsförderern (Laxantien), Analgetika und Beruhigungsmitteln sowie den sog. Präventivmitteln, die Menstruationsmittel und Vitamine umfassen. Wird der Geselligkeitsgrad niedriger nimmt tendenziell auch der Arzneimittelkonsum ab. Eine Ausnahme stellen die Realschülerinnen in Abb. 26 dar. Ihr Konsum von Präventivmitteln bleibt unabhängig vom Geselligkeitsgrad konstant hoch.

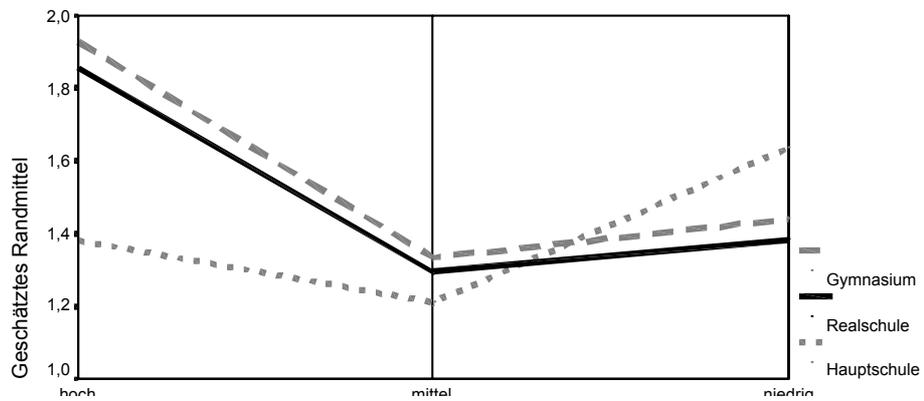
Auf der Basis der vorliegenden Datenlage konnten zwei Problemgruppen identifiziert werden. Neben einer größeren Mittelgruppe (N = 64) mit wenig Medikamentenkonsum und einem mittleren Geselligkeitsgrad, sind dies: die sog. „geselligen Konsumentinnen“. Diese Gruppe setzt sich überwiegend aus Realschülerinnen und Gymnasiastinnen zusammen und zeigt bei einem hohen Geselligkeitsgrad einen ebenfalls hohen Medikamentenkonsum. Im Schmerzmittelkonsum können auch die Hauptschülerinnen hier eingruppiert werden.

Die andere Gruppe, die „isolierten Konsumentinnen“, stellt die wenig geselligen und isolierten weiblichen Jugendlichen dar, die ebenfalls in allen drei Arzneimittelgruppen vertreten sind. Die Konsumgewohnheiten sind im niedrigen Geselligkeitsgrad deutlich von der Art der Mittel abhängig. Die wenig kontaktfreudigen Hauptschülerinnen gebrauchen vermehrt „Psycho-Mittel“, die Realschülerinnen hingegen Schmerzmedikamente und „Präventivmittel“ und die Gymnasiastinnen in der Mehrzahl Analgetika.

Die „isolierten Konsumentinnen“ verhalten sich ganz im Sinne der bisherigen Annahmen über einen problematischen Arzneimittelkonsum, wie er schon für die Gruppe der Frauen ab 40 Jahren hinreichend untersucht ist. Demnach ist er Ausdruck von unbewältigten Alltagsproblemen, Überforderung und/oder Isolation. Psychische und physische Folgen können dann zu einem vermehrten Gebrauch von Arzneimitteln führen.

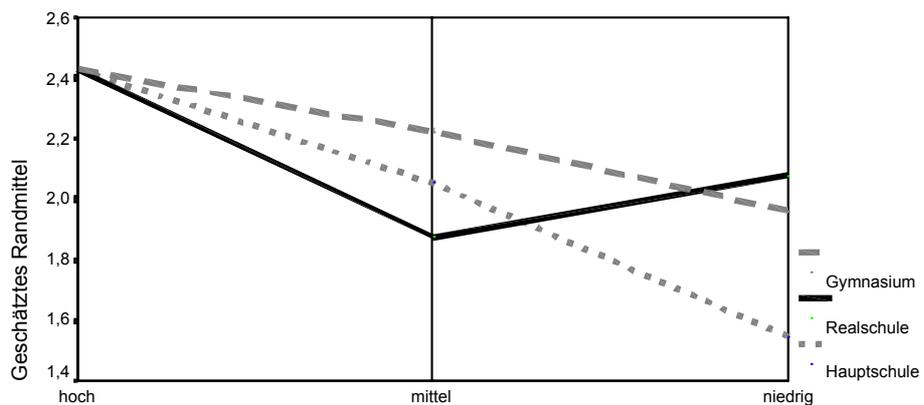
Gerade im Hinblick auf die Gestaltung von Präventionsarbeit könnte die Isolierung dieser unterschiedlichen Konsumentinnengruppen von Interesse sein.

**Abb. 26 Zusammenhang Geselligkeit und Psycho-Mittel:
Mädchen, Schularten**
Befund einer univariaten Varianzanalyse



N: 167, Varianz (korr.): .008
Psycho-Mittel-Skala: Abb. 13

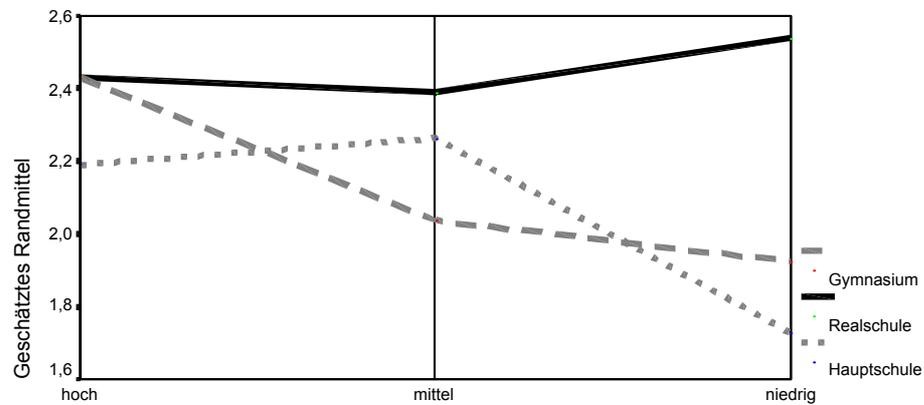
**Abb. 27: Zusammenhang Geselligkeit und Schmerzmedikamente:
Mädchen /Drei Schularten**
Befund einer univariaten Varianzanalyse



N: 167, Varianz: .05
Schmerzmedikamente-Skala: Abb. 11

**Abb. 28 Zusammenhang Geselligkeit und Präventivmittel:
Mädchen, Schularten**

Befund einer univariaten Varianzanalyse



N: 167, Varianz: .10

Präventivmittelskala: Abb. 14

Die faktorenanalytischen Befunde zum Arzneimittelkonsum verweisen auf ein unterschiedliches Einnahmeverhalten der Mädchen und belegen schulzweigspezifische Unterschiede in der Häufigkeit und in der Art der konsumierten Mittel.

Aus den Befunden geht eine exponierte Stellung der Realschülerinnen hervor, die ein z. T. unterschiedliches eher unkonventionelles Einnahmeverhalten im Gegensatz zu den anderen Schulzweigen einnehmen sowie bedenklich hohe Konsumwerte für alle Arzneimittelgruppen aufweisen.

5.8 Interkorrelationen der Skalen

Der Vergleich der Korrelationen der vier verwendeten Skalen: Geselligkeitsskala (Abb. 25), Stimmungsskala (Abb. 16), Depressionsskala (Abb. 20), Drogenskala (Abb. 4), Schmerzmittelskala (Abb. 11) und Leistungsskala (Abb. 34) in Tabelle 15 zeigt geschlechtsspezifisch unterschiedliche Zusammenhänge, und zwar einmal in Verbindung mit der Depressions- und einmal mit der Geselligkeitsskala.

Während bei beiden Geschlechtern der Drogenkonsum mit dem Ausmaß der Geselligkeit steigt (Jungen $r = .39$, Mädchen $r = .37$), werden Jungen auch „depressiv“, wenn sie keine Freunde haben und sich isoliert fühlen (Jungen $r = .26$, Mädchen $r = .01$), allerdings nehmen sie dann weniger Drogen ($r = .13$). Während bei den Mädchen mit zunehmender Depression und schlechter Stimmung der Schmerzmittelkonsum sowie auch der Drogenkonsum ($r = .25$) deutlich ansteigt. Drogen und Medikamente übernehmen für Mädchen auf der einen Seite Kompensations- und auf der anderen Seite Geselligkeitsfunktion (Schmerzmittel korreliert mit Depression: Mädchen $r = .26$, Jungen $r = .14$ / Drogen korreliert mit Depression: Mädchen $r = .25$, Jungen $r = .13$), während für die Jungen eher die Spaß- und Geselligkeitsfunktion dominiert, was eingeschränkt für die Drogen gilt und nicht für die Arzneimittel (Schmerzmittel korreliert mit Geselligkeit: Jungen $r = .12$, Mädchen $r = .23$ / Drogen korreliert mit Geselligkeit: s. o.). Jungen konsumieren mit steigender Geselligkeit nicht vermehrt Medikamente im Gegensatz zu den Mädchen.

Neben dieser Lesart der Ergebnisse können die Befunde auch in eine andere Richtung interpretiert werden, in dem speziell auf die Korrelationswerte zwischen Schmerzmittel und Geselligkeit bei den Mädchen fokussiert wird (Mädchen $r = .23$, Jungen $r = .12$ / vgl. Tab. 15).

In der gegenwärtigen und zukünftigen gesellschaftlichen Situation müssen sich Jugendliche hohen Leistungsanforderungen stellen und sind gleichzeitig höheren Risiken ausgesetzt. Das betrifft die Angst vor schulischem und beruflichem Scheitern ebenso, wie die Gefahr des sozialen Abstiegs (z. B. vom Status der Eltern), so dass sich das Individuum nicht mehr auf traditionelle Vorgaben verlassen kann, sondern die Forderung nach Flexibilität und Anpassung das Leben und Handeln der Jugendlichen bestimmt.

Jugendliche haben sich im Rahmen einer pragmatischen Haltung an die veränderten gesellschaftlichen Bedingungen anzupassen. Dieser auf Individualität, Sicherheitsdenken und Leistung ausgerichtete Wertewandel wird überwiegend von den Mädchen getragen (Shell-Studie 2002; 19). Er findet Ausdruck in den neuen Weiblichkeitsbildern, die Chancen aber auch Risiken für eine Neuorientierung bieten. Allerdings fehlen häufig, die auf individuelle Freiheit und Selbstbestimmtheit fußenden persönlich erlebten Vorbilder, so dass Mädchen im Gelingen oder Scheitern oft ganz auf sich selbst gestellt sind und auch sozioökonomische Missstände als Hindernisse nicht anerkannt werden. Hurrelmann beschreibt gerade diese Gruppe von Jugendlichen die „selbstbewussten Macher“ (ebd.; 20), in der beide Geschlechter gleichermaßen vertreten sind. Diese „Aufsteigergruppe“ (ebd.) kommt aus der breiten sozialen Mitte, aus Elternhäusern, die Jugendlichen durch einen „fordernden und fördernden Erziehungsstil“ die Mittel mitgeben, sich den schwierigen gesellschaftlichen Anforderungen erfolgreich zu stellen.

Eine solche Lebenseinstellung ist nicht immer gesundheitsfördernd, da die Vernachlässigung einzelner Bereiche der Persönlichkeit zu Krankheitssymptomen führen kann.

In der Untersuchung zeigt sich dieser Zusammenhang in Abb. 31 zwischen dem Arzneimittelkonsum und sinkender Stimmung einerseits und ansteigender Depression andererseits. Die Geselligkeitskurve bleibt auch bei ansteigender Depression auf relativ gleicher Ebene. Insofern kann der Depressionsfaktor zur Unterscheidung der unterschiedlich belasteten Mädchengruppen keinen Aufschluss bringen, weil er sich wie erwartet im Rahmen der Kompensationsfunktion von Arzneimitteln bei Mädchen verhält. Aufschlussreicher für die Analyse ist hier

die Verbindung von Schmerzmittelkonsum und Geselligkeit. Dieser Zusammenhang stellt sich, wie Abb. 30 zeigt, nicht ganz erwartungsgemäß dar, da mit steigender oder sinkender Geselligkeit auch der Arzneimittelkonsum steigt oder abfällt. Entsprechend Abb. 31 in der die Unabhängigkeit der Geselligkeitskurve für die Variablen ‚schlechte Stimmung‘ und ‚ansteigender Depressionsgrad‘ bei Mädchen ermittelt wurde, lässt sich nun in Verbindung mit der Arzneimittelkurve für die Mädchen ein gegenteiliger Effekt ermitteln. Je geselliger die Mädchen sind, desto mehr Schmerzmedikamente nehmen sie (Abb. 30/ Mädchen $r = .23$, Jungen $r = .12$). Etwas verkürzt formuliert könnte der Befund lauten: Um dem Anspruch des neuen Weiblichkeitsbildes gerecht zu werden, werden Arzneimittel gebraucht.

Eine ebenfalls gegenläufige Tendenz zeigen die Zusammenhangsmaße der Variablen ‚depressive Verstimmung‘ und ‚Stimmung‘ in Verbindung mit dem Faktor ‚Leistungseinschätzung‘ (Tab. 15). Zu erwarten wäre eine Korrelation zwischen positiver Leistungseinschätzung, guter Stimmung und niedrigen Depressionswerten. Wie Abb. 35 zeigt, steigt also mit negativer Leistungseinschätzung die depressive Verstimmung an, was allerdings nicht zu einem erhöhten Schmerzmittelkonsum führt. Dieser steigt in dem Maße mit positiver Leistungseinschätzung an, als die Variablen ‚depressive Verstimmung‘ und ‚Stimmung‘ absteigen. Leistung könnte somit zu einem entscheidenden Signum der unterschiedlich medikamentös belasteten Mädchengruppen werden.

Tab. 15 Interkorrelationen: Geselligkeit, Depressive Verstimmung, Arzneimittel, Drogen, Leistung

	Geselligkeit		Depression		Schmerzmittel		Drogen		Leistung	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
Stimmung	.03	.19	.49	.48	.22	.09	.20	.03	.16	.03
Depression	.01	.26	--	--	.26	.14	.25	.13	.25	.04
Schmerzmittel	.23	.12	.26	.14	--	--	.32	.25	.03	.13
Geselligkeit	--	--	--	--	--	--	.39	.37	.06	.08

Stimmungsskala: Abb.16

Depressionsskala: Abb.20

Schmerzmittelskala: Abb.11

Geselligkeitsskala: Abb. 25

Drogenskala: Abb.4

5.8.1 Variable ‚Geselligkeit‘

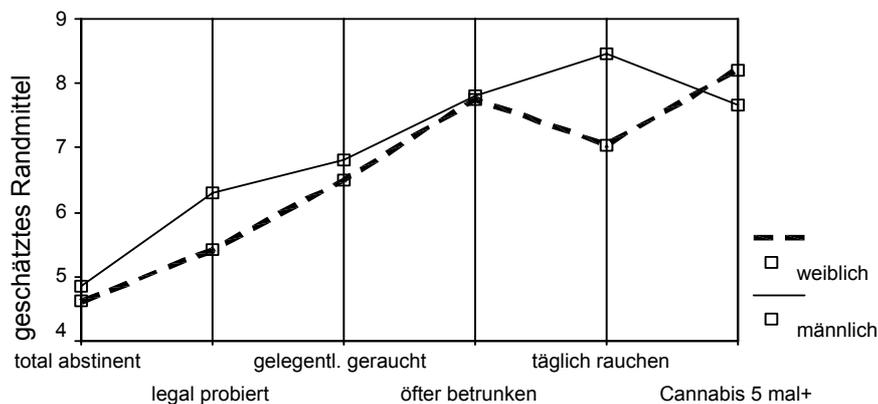
Der Geselligkeitsfaktor spielt für die Mädchen der Untersuchung bezogen auf ihr Krankheits- oder Gesundheitsempfinden eine untergeordnete Rolle. Mädchen fühlen sich gesundheitlich nicht schlechter oder konsumieren mehr Medikamente, wenn sie nicht so viele Freunde haben oder nichts mit ihnen unternehmen können. Sie entwickeln im Gegensatz zu den Jungen in diesem Zusammenhang auch keine Neigung zu depressiven Verstimmungen vor dem Hintergrund eines geringen Geselligkeitsmaßes. Zwischen den Variablen ‚Geselligkeit‘ und ‚Gesundheitseinschätzung‘ besteht aber bei den Jungen ein signifikanter Zusammenhang, (Jungen $r = .28$, $p = .000$, Mädchen $r = .03$, $p = .000$).

Genderkulturell besteht der Unterschied grob darin, dass Jungen in problematischen Situationen Geselligkeit suchen, während Mädchen diese eher mit Arzneimitteln kompensieren (vgl. Tab. 15). Wenn allerdings Jungen Schulschwierigkeiten haben, sind sie eher als Mädchen geneigt, diese mit Arzneimitteln zu verdrängen oder Medikamente zur Leistungssteigerung einzusetzen (Mädchen $r = .03$, Jungen $r = .13$). Der errechnete Zusammenhangswert dieser Variablen fällt insgesamt aber schwach aus, so dass dieses Ergebnis hier als Hinweis verstanden wird, zu deren Bestätigung es näherer Forschung bedarf. Gleichzeitig kann die Vermutung durch eine weitere Korrelation gestützt werden, denn zwischen dem Einnahmeverhalten der Eltern und der Leistungseinschätzung der befragten Jungen (Jungen $r = .18$) besteht bei beiden Variablen ein schwacher Zusammenhang. Anzunehmen ist, dass Jungen bei ihren Eltern beobachten oder in anderer Form vermittelt bekommen, dass Arzneimittel zur Leistungssteigerung eingesetzt werden.

Abb. 29 verdeutlicht, Geselligkeit korreliert bei beiden Geschlechtern mit Drogen und Alkohol. Die Werte liegen bei den Mädchen und Jungen fast gleich hoch und lassen ganz im Sinne des gewohnten gesellschaftlichen Umgangs mit Alkohol, der den Jugendlichen durch die Erwachsenen vorgelebt wird, auf einen hohen Spaßfaktor schließen. Ebenfalls in Anlehnung an männliche Bewältigungsstrategien zeigen Jungen einen Zusammenhang zwischen ihrer gesundheitlichen Einschätzung und ihrem Konsum von Alkohol (Jungen $r = .21$, Mädchen $r = .16$). Fühlen Jungen sich krank oder depressiv verstimmt, so kompensieren sie gerne mit Alkohol (Jungen $r = .17$, Mädchen $r = .14$). Auch für die Mädchen lässt sich ein solcher Zusammenhang feststellen. Diese Beziehung der beiden Variablen bildet sich nur schwach heraus, so dass auch dieser Befund einer genaueren Überprüfung unterzogen werden müsste.

Abb. 29 Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Geselligkeit: Geschlechter

Ergebnis einer univariaten Varianzanalyse



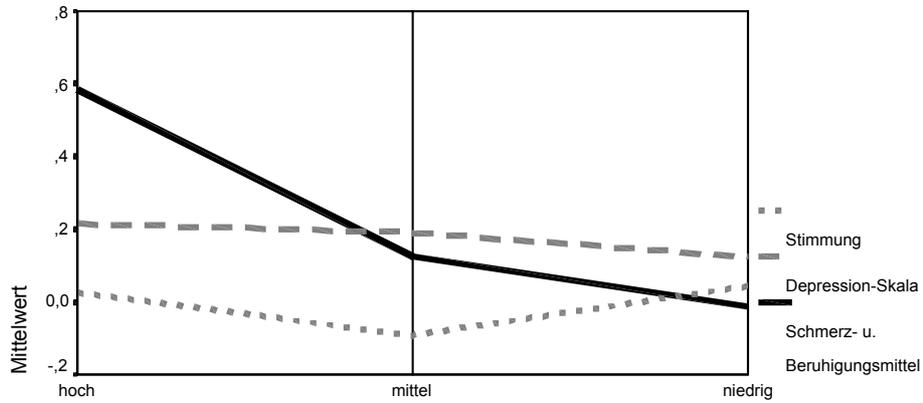
Korrelation:

weiblich: $r = .39$ männlich: $r = .37$

Drogenskala: $p = .000$.

Drogenskala: Abb.4

Abb. 30 Geselligkeit: Schmerz- u. Beruhigungsmittel, Stimmung: Mädchen
z – transformiert



5.8.2 Variable: 'Depression'

Abb. 31 Depression: Schmerzmittel, Stimmung, Geselligkeit (Z-Werte): Mädchen

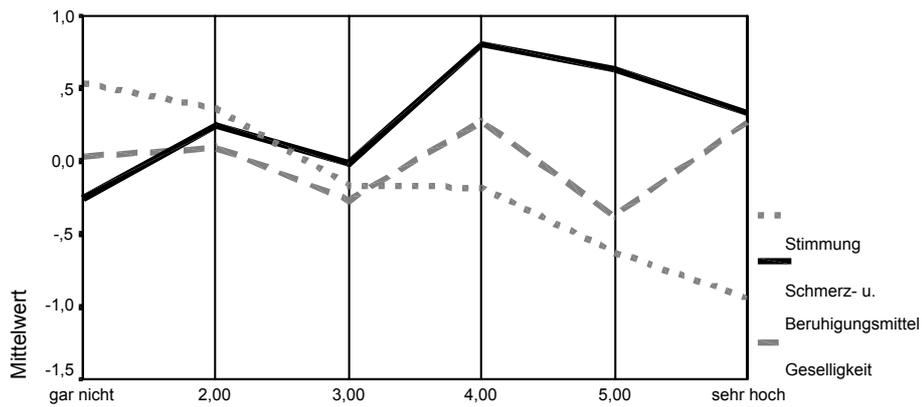


Abb. 32 Schmerz-/ Beruhigungsmittel: Depression/ Mädchen und Jungen

Befund einer univariaten Varianzanalyse

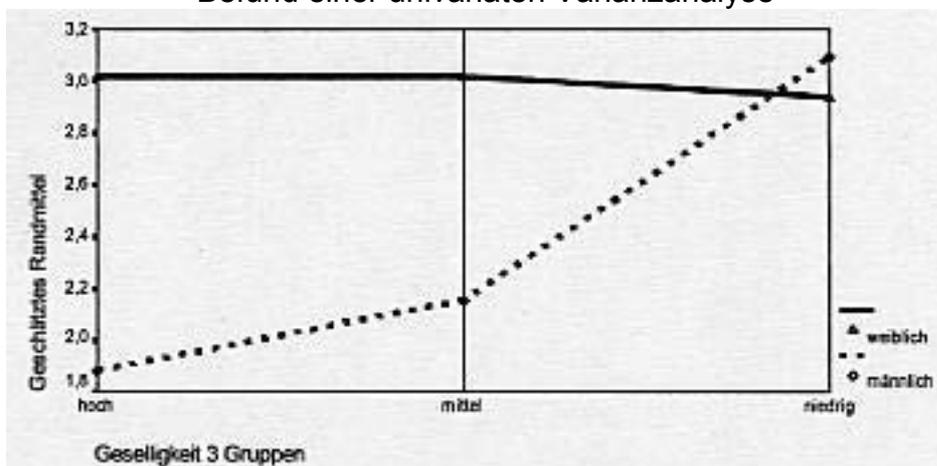
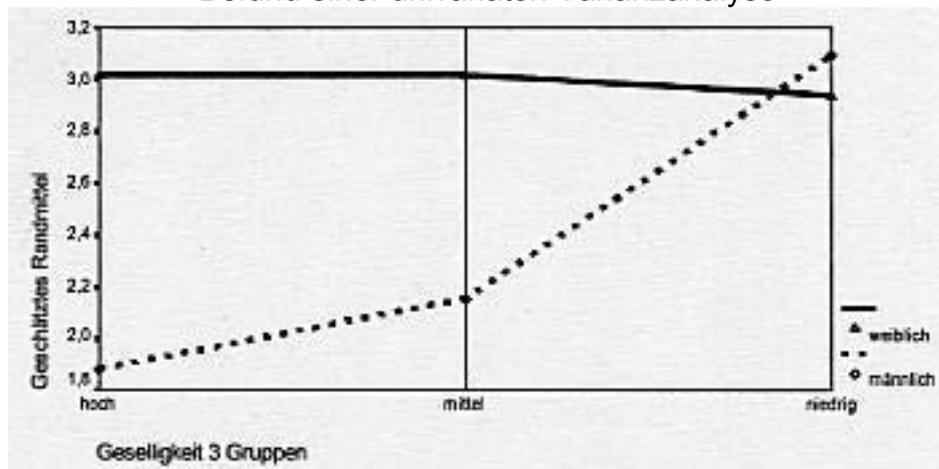


Abb. 33 **Geselligkeit: Depression/ Mädchen und Jungen**

Befund einer univariaten Varianzanalyse



5.8.3 Variable: ‚Leistungseinschätzung‘

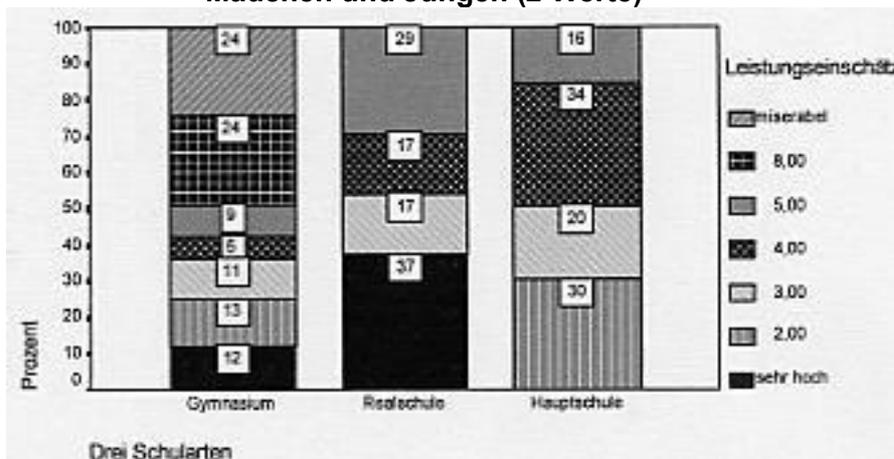
Zur näheren Bestimmung der in Kapitel 5.7 ermittelten Konsumentinnengruppen bestätigen die Korrelationswerte nach Pearson (vgl. Tab. 13 u. Abb. 31) einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Variablen ‚Geselligkeit‘ und ‚Arzneimittelkonsum‘. Ebenfalls kann ganz im Sinne einer Kompensationsfunktion eines vermehrten Arzneimittelkonsums ein Zusammenhang zwischen den Variablen ‚depressive Verstimmung‘ und ‚Arzneimittelkonsum‘ nachgewiesen werden.

Die unterschiedlichen Mädchengruppen unterscheiden sich in ihrem Medikamentenkonsum. Angesichts der vorsichtig geäußerten Vermutung Arzneimittel könnten auch zur Leistungssteigerung oder zum Leistungserhalt eingesetzt werden, wird die Variable ‚Leistungseinschätzung‘ mit den Variablen ‚Stimmung‘, ‚depressive Verstimmung‘ und ‚Schmerz-/Beruhigungsmittel‘ in Beziehung gesetzt

Für die Variable ‚Leistungseinschätzung‘ wäre eine Korrelation mit positiver Stimmung und niedrigen Depressionswerten zu erwarten gewesen. Mit negativer Leistungseinschätzung steigt erwartungsgemäß die depressive Verstimmung an, was aber nicht zwangsläufig zu einem erhöhten Schmerzmittelkonsum führt. Dieser steigt in dem Maße mit positiver Leistungseinschätzung an, wie die Variablen ‚depressive Verstimmung‘ und ‚Stimmung‘ absteigen (Abb. 35)

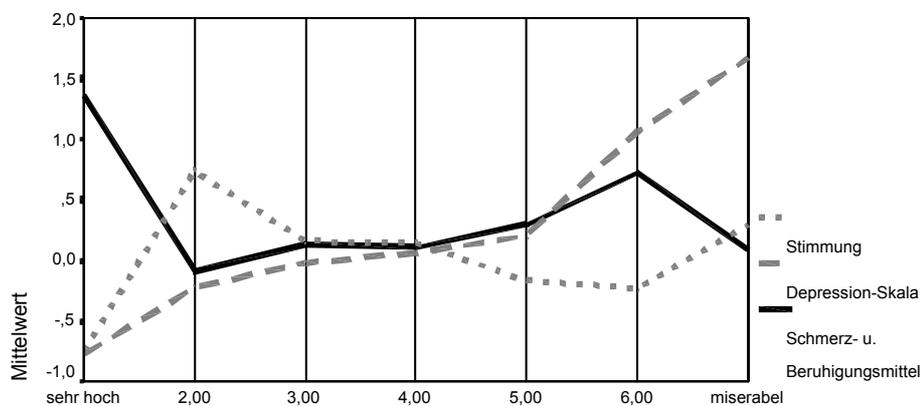
Der Faktor ‚Leistungseinschätzung‘ wird somit zum Signum der unterschiedlich medikamentenkonsumierenden Mädchengruppen. Diese Werte bilden sich interkorrelativ nur sehr schwach für die Jungen heraus. Der Mittelwertevergleich zeigt einen vorsichtigen Hinweis auch für die Mädchen (Abb. 35).

Abb. 34 Schulische Leistungseinschätzung: Schmerzmittel: Mädchen und Jungen (z-Werte)



Skala aus: „Wie schätzt Du Deine Leistungslage in der Schule ein?“ (Kategorien: sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, ich weiß nicht); Wie gut, glaubst du, bist du mit Deinen Leistungen in der Schule, verglichen mit anderen in Deinem Alter? (Kategorien: weit über dem Durchschnitt/hervorragend; besser als der Durchschnitt; durchschnittlich; schlechter als der Durchschnitt; weit unter dem Durchschnitt/mangelhaft)

Abb. 35 Schulische Leistungseinschätzung: Stimmung, Depression, Schmerzmittel: Mädchen (z-Werte)



5.9 Clusteranalyse

5.9.1 Verwendete Skalen für die Clusteranalyse

Für die Bildung der Cluster werden vier Skalen verwendet: ‚Stimmung‘ (Abb.16), ‚Depression‘ (Abb.20), ‚Schmerz-/Beruhigungsmittel‘ (Abb.11) und ‚Leistungseinschätzung‘ (Abb.34). Entsprechend der interkorrelativen Berechnungen wurde in der ersten Analyse die Geselligkeitsskala als unterscheidbares Charakteristikum angenommen. Tabelle 16 zeigt vier klar abgrenzbare Gruppen, die sich aber nicht hinsichtlich ihres Geselligkeitsgrades unterscheiden. Dieser Befund gibt zu der Überlegung Anlass, die Variable ‚Leistungseinschätzung‘ einzubinden, die sich schließlich als trennendes Kriterium sehr brauchbar erweisen sollte.

5.9.2 Clusteranalyse

Mit Hilfe einer hierarchischen Clusteranalyse, die entsprechend dem engeren Forschungsgegenstand nur die Mädchen erfasst, konnten vier Parameterkombinationen mit ähnlicher Ausprägung identifiziert werden. Die Analyse wurde auf vier Skalen und vier Cluster beschränkt. Folgende Gruppen sind zu unterscheiden (Tab.15, Abb. 36):

Eine relativ große ‚**Normalgruppe**‘ (N = 64), die guter Stimmung und nicht depressiv verstimmt ist, die eigene schulische Leistung positiv bewertet und wenig Medikamente konsumiert.

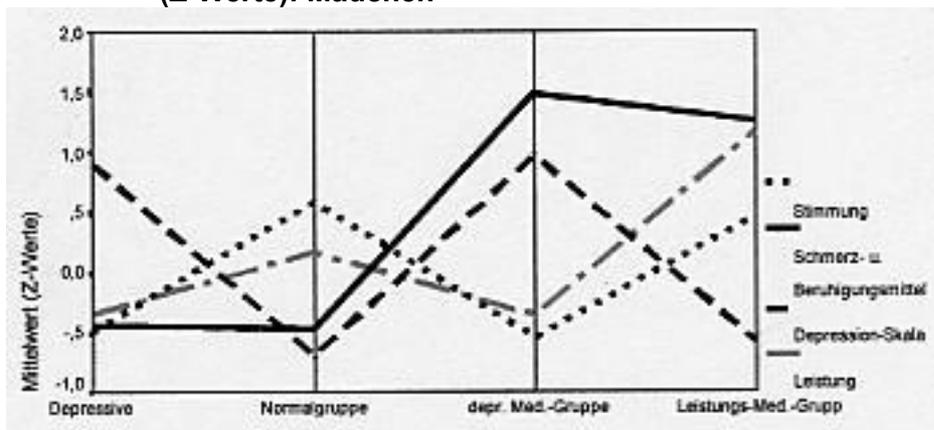
Die Gruppe der ‚**Depressiven**‘ (N = 43) zeigt hingegen hohe Depressions- sowie niedrige Stimmungswerte, die auf eine negative Grundstimmung verweisen. Sie beurteilen ihre eigene Leistungssituation nicht im gleichen Maße positiv wie die Normalgruppe und verhalten sich im Arzneimittelkonsum überdurchschnittlich zurückhaltend.

Ferner lassen sich zwei weitere Gruppen isolieren, die sich durch einen hohen Medikamentenkonsum auszeichnen. Die eine Gruppe, die ‚**depressive Med.-Gruppe**‘ (N = 48), deren Stimmungswerte geringfügig ausfällt und die unter einem hohen Grad depressiver Verstimmung leidet. Die Leistungseinschätzung bewegt auf dem gleichen niedrigen Niveau wie die Gruppe der ‚Depressiven‘. Die andere Medikamentengruppe, die ‚**Leistungs-Med.-Gruppe**‘ (N = 40), ist neben einem beträchtlichen Arzneimittelkonsum durch eine bemerkenswert hohe positive Leistungseinschätzung gekennzeichnet. Sie beurteilt ihre Stimmungslage sehr positiv und klagt nicht über depressive Missbefindlichkeiten.

Tab. 16 Vier Clustergruppen: Schmerzmittel, Geselligkeit, Stimmung, Depression

Cluster		1	2	3	4
Bezeichnung		Depressive	Normalgruppe	Depressive.-Med.-Gruppe	Leistungs-Med.-Gruppe
N	AM gesamt	43	64	48	18
Stimmung	4,58	3,81	5,47	3,85	5,23
Medikamente	3,24	2,16	2,09	5,15	4,88
Depressive Verstimmung	2,99	4,41	1,62	4,14	1,94
Leistung	3,58	3,20	3,75	3,16	5,00

Abb. 36: Vier Clustergruppen: Schmerzmittel, Leistung, Stimmung, Depression (Z-Werte): Mädchen

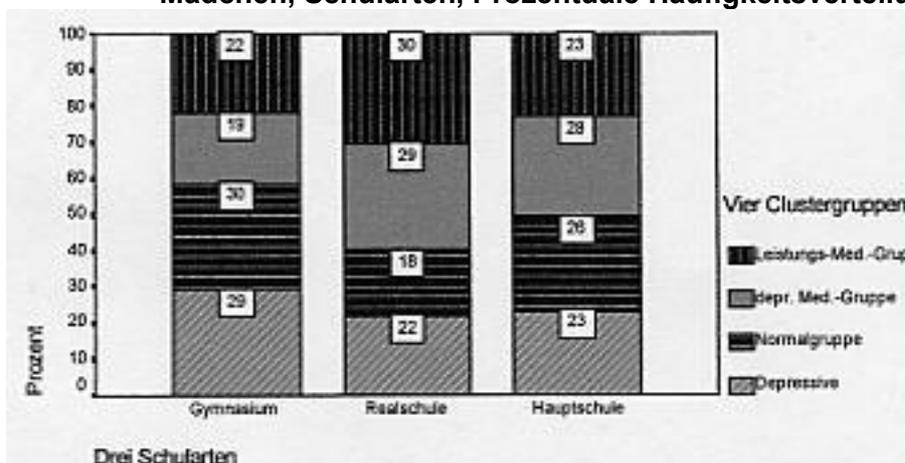


N = 173

Die drei Schularten, dargestellt in Abb. 37 zeigen auf der Grundlage der bisherigen Befunde erwartungsgemäß eindeutige Befunde. Die Realschülerinnen weisen sich durch eine deutlich herausragende Gruppe der ‚Leistungs-Med.-Gruppe‘ im Gegensatz zu den Hauptschülerinnen aus, die in der Gruppe der ‚Depr.-Med.-Gruppe‘ hervorstechen. Erwartungsgemäß dominiert bei den Gymnasiastinnen die Gruppe der ‚Depressiven‘ zeigt bei den 13 - 14-jährigen Mädchen, dass beide Medikamentengruppen eher unterrepräsentiert sind.

Die Abbildung 38 zeigt, dass auch in diesem Alter schon ein nicht unerheblicher Anteil unter depressiven Verstimmungen leidet, aber scheinbar noch selten medikamentös beeinflusst wird. Mit dem Anstieg des Alters nimmt die depressive Verstimmung zu und es stellt sich parallel ein nicht unbedenklicher Arzneimittelkonsum ein. Die Gruppe der 15-Jährigen zeigt im Verhältnis zu der Gruppe der 13 - 14-Jährigen einen niedrigeren Prozentsatz in der ‚Depressiven-Gruppe‘, aber einen höheren in der ‚Depr.-Med.-Gruppe‘. Die psychischen Befindlichkeitseinschränkungen nehmen nicht ab, vielleicht sogar zu, da sie jetzt mit Medikamenten behandelt werden. In dieser Altersgruppe herrscht aber immer noch die Normalgruppe mit entsprechenden Werten für die einzelnen Variablen vor.

Abb.37 Vier Clustergruppen: Schmerz- u. Beruhigungsmittel, Depressive Verstimmung, Stimmung, Leistung: Mädchen, Schularten, Prozentuale Häufigkeitsverteilung



Diese ‚normalen‘ Mädchen reduzieren sich in der Gruppe der 16-Jährigen auf einen gereinigten Prozentsatz und stellen damit die kleinste Gruppe dar. Die älteren Mädchen kennzeichnet ein hoher Grad an depressiver Verstimmung, der teilweise medikamentös beeinflusst wird.

Diese Mädchengruppe zeichnet sich ebenfalls durch ein hohes Maß an Leistungsorientierung aus, das von einem erhöhten Arzneimittelkonsum begleitet wird. Tendenziell steigt mit dem Alter auch der Arzneimittelkonsum und die medikamentös begleitete Leistungsbereitschaft der älteren Mädchen.

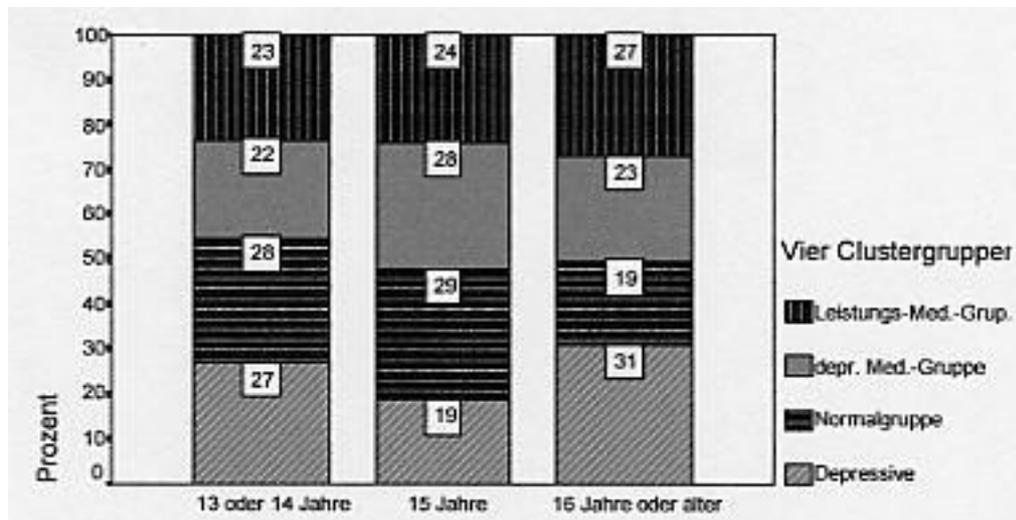


Abb. 38 Vier Clustergruppen: Schmerz- u. Beruhigungsmittel, Depressive Verstimmung, Stimmung, Leistung: Mädchen, Alter, Prozentuale Häufigkeitsverteilung

Im Rahmen einer hierarchischen Clusteranalyse wurden vier Gruppen unterschieden. Die Gymnasiastinnen sind in der 'Normalgruppe' und der 'Depressiven-Gruppe' gleichermaßen vertreten, in den beiden Medikamentengruppen sind sie unterrepräsentiert. Im Gegensatz zu den Realschülerinnen, die in beiden Medikamentengruppen am stärksten vertreten sind. Die Hauptschülerinnen finden sich überwiegend in der 'Normalgruppe' und 'Depr.-Med.-Gruppe'. Die 'Leistungs-Med.-Gruppe' setzt sich in der Mehrzahl aus älteren Schülerinnen zusammen. Die 15jährigen Mädchen werden überwiegend in der 'Normalgruppe' und 'Depr.-Med.-Gruppe' zusammengefasst, während sich die 13- bis 14-jährigen Mädchen in der 'Normalgruppe' und 'Depressiven'-Gruppe wiederfinden.

Tab. 17 Vier Clustergruppen: Schmerz- u. Beruhigungsmittel, Depressive Verstimmung, Stimmung, Leistung: Mädchen, Schularten, Prozentuale Häufigkeitsverteilung

Cluster	1	2	3	4
Bezeichnung	Depressive	Normalgruppe	Depressive.-Med.-Gruppe	Leistungs-Med.-Gruppe
Gymnasium	29	30	19	22
Realschule	22	18	29	30
Hauptschule	23	26	28	23

Angaben in Prozent

Tab. 18 Vier Clustergruppen: Schmerz- u. Beruhigungsmittel, Depressive Verstimmung, Stimmung, Leistung: Mädchen, Altersverteilung, Prozentuale Häufigkeitsverteilung

Cluster	1	2	3	4
Bezeichnung	Depressive	Normalgruppe	Depressive.-Med.-Gruppe	Leistungs-Med.-Gruppe
13-14jährige	27	28	28	23
15jährige	19	29	28	24
16jährige u.älter	31	19	23	27

5.10 Einige Charakteristika der vier Clustergruppen: Schulverhalten, Familiäre Beziehung, gesundheitliche Situation, Drogenkonsum

5.10.1 Schulverhalten

Viele Studien deuten auf die starken Spannungs- und Stresspotentiale hin, die heute für die Heranwachsenden von schulischen Leistungs- und Qualifikationsansprüchen ausgehen. Es lassen sich mehrere Gründe dafür erkennen, warum der persönliche, familiäre und auch gesellschaftliche Stellenwert von schulischen Leistungen in den letzten Jahren angewachsen und zu einer latenten „Stresssituation“ für eine große Zahl von Schülerinnen und Schülern geworden ist.

- In sozialstruktureller Perspektive wird im Jugendalter die Entscheidung über den späteren sozialen Status im Erwachsenenalter gefällt. Schulischer Leistungserfolg oder schulisches Versagen sind eng verknüpft mit den Chancen und Möglichkeiten im späteren Berufsleben.
- Der Anspruch an Bildungsgänge und das Qualifikationsniveau der Ausbildungsabschlüsse sind in den letzten 20 Jahren in Deutschland wie auch in anderen Industrienationen deutlich gestiegen. Um den sozialen Status der Herkunftsfamilie zu erhalten, müssen Jugendliche deshalb heute einen höheren Bildungsabschluss als den der Eltern erwerben.
- Die Situation am Arbeitsmarkt ist durch einen harten Verdrängungswettbewerb und durch einen hohen Sockel von Arbeitslosigkeit gekennzeichnet.
- In Reaktion auf die verschärfte Ausgangssituation hat sich die Erwartung der Elternhäuser auf Kinder und Jugendliche, eine anspruchsvolle Schullaufbahn erfolgreich zu durchlaufen, enorm verstärkt. Entsprechend angespannt reagieren Eltern und Schüler bei allen Anzeichen von Schulversagen. (Nordlohne, Hurrelmann, Holler, 1990; 90)

Wie bereits vorliegende Befunde aus dieser Untersuchung belegen, geht der Leistungsdruck nicht nur von den Eltern aus, sondern ist bereits von den Jugendlichen selbst angenommen und verinnerlicht worden. Es sind vor allem Mädchen aus den mittleren Leistungsschichten, die immer stärker an den gehobenen Bildungsgängen beteiligt sind und die den damit einhergehenden Belastungen medikamentös begegnen (Hurrelmann, 2002; 27).

Variablen

Folgende Variablen wurden operationalisiert:

- Persönliche Leistungseinschätzung
- Fehlen in der Schule
- Auseinandersetzungen über schulische Probleme mit den Eltern
- Allgemeines Schulverhalten

Die operationalisierten Variablen werden auf die Clustergruppen bezogen und schulzweigspezifisch ausgewertet. Entsprechend dem Forschungsgegenstand, erfolgt die Auswertung nur für die Mädchenstichprobe.

5.10.2 Schulverhalten in den Clustergruppen

Im schulischen Bereich können die drei Risikogruppen eindeutig von der Normalgruppe unterschieden werden.

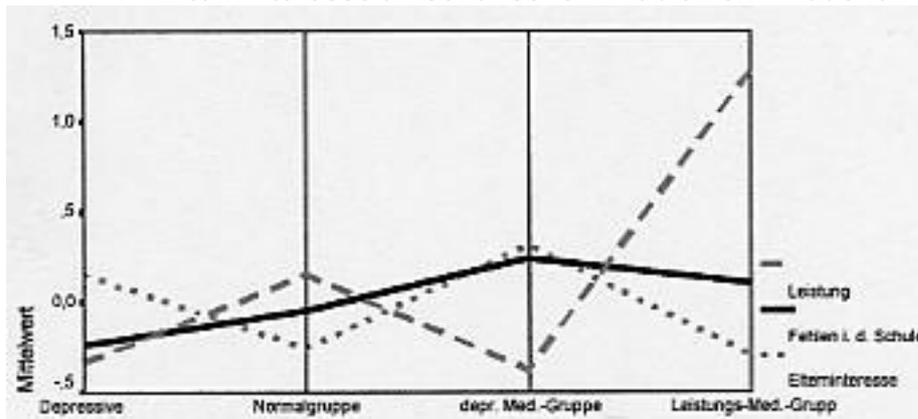
Die zwei Medikamentengruppen ('Leistungs-Med.-Gruppe', 'Depr.-Med.-Gruppe') zeichnen sich durch hohe schulische Fehlzeiten im Gegensatz zur 'Depressiven-Gruppe' aus, die nur sehr selten dem Unterricht fernbleibt. Der Faktor 'Fehlen in der Schule' stellt die einzige Verbindungsvariable zwischen den beiden Medikamentengruppen her. Darüber hinaus weisen sie keine weiteren Gemeinsamkeiten für die Schulparameter auf.

Die Mädchen aus der 'Leistungs-Med.-Gruppe' werden von ihren Eltern nicht so sehr unter Leistungsdruck gesetzt. Sie haben wenig Auseinandersetzungen über schulische Belange und schätzen ihre Leistungslage positiv ein. Erwartbar wäre ein positives Schulverhalten (Abb.39), aber die Mädchen beurteilen ihr Schulverhalten eher negativ.

Die 'Depr.-Med.-Gruppe' ist elterlichem Leistungsdruck ausgesetzt (Abb.41). Es finden häufiger Auseinandersetzungen mit den Eltern über schulische Angelegenheiten statt. Die Leistungseinschätzung fällt sehr gering aus. Dieser Befund kann in dieser Gruppe schulzweigübergreifend konstatiert werden. Dennoch schätzen sie ihr Schulverhalten positiver ein als die 'Leistungs-Med.-Gruppe'. Die häufigen Fehlzeiten könnten demnach in der 'Depr.-Med.-Gruppe' durchaus Ausdruck eines Protests gegenüber elterlicher Überforderung sein, denn Abb.41 zeigt in dieser Gruppe höhere Werte in der elterlichen Auseinandersetzung über schulische Probleme im Vergleich zur 'Leistungs-Med.-Gruppe'. Die geringeren Auseinandersetzungswerte dieser Gruppe in Verbindung mit häufigen Fehlzeiten könnten hier als „selbstaufgelegter“ Leistungsdruck eingestuft werden und somit Ausdruck einer gesellschaftlichen Leistungsorientierung sein. Die Entwicklung zu einer deutlichen Leistungsorientierung der deutschen Jugendlichen trifft vor allem auf Mädchen und junge Frauen zu, die sich für eine persönliche Karriere nun stärker als früher engagieren und denen die Teilhabe an „Macht und Einfluss“ (Shell-Jugendstudie 2002; 19) als wichtiges Ziel erscheint. Sie zeigen sich als Vorreiterinnen des beschriebenen Trends „weg von der Durchschnittsqualifikation“ (ebd.). Der Anteil der Abiturientinnen und Abiturienten wächst seit Anfang der neunziger Jahre kontinuierlich: 1991 waren es im Westen noch vier von zehn Jugendlichen, die einen höher qualifizierten Schulabschluss anstrebten, inzwischen ist es die Hälfte. In den neuen Bundesländern zeigen sich vergleichbare Tendenzen, wenn auch auf geringfügig niedrigerem Niveau (ebd.).

Die 'Depressiven' unterscheiden sich zur 'depr.-Med.-Gruppe' einzig durch geringe schulische Fehlzeiten.

Abb. 39 Schulverhalten in den vier Clustergruppen: Leistung, Schulisches Fehlen, Elterninteresse an schulischen Problemen: Mädchen (Z-Werte)



>schulische Leistung<: „Wie schätzt Du Deine Leistungslage in der Schule ein“; „Wie gut, glaubst Du, bist Du meinen Deinen Leistungen in der Schule, verglichen mit anderen in Deinem Alter“.

1 = miserabel bis 7 = hoch (AM 4,41)

>Eltern: Schulprobleme<: „Interessieren sich Deine Eltern für Deine schulischen Probleme“; „Wenn Du an die letzten drei Monate denkst, kam es da mit Deinen Eltern manchmal oder öfter zu Meinungsverschiedenheiten wegen Deiner Leistungen in der Schule“.

1 = nie/selten bis 7 = sehr oft; (AM 4,12)

>Fehlen in der Schule<: „Wieviel ganze Schultage hast Du im letzten Monat versäumt – wegen Krankheit, weil Du geschwänzt hast, weil Deine Eltern Urlaub hatten, aus anderen Gründen“ (keine, 1-2 Tage, 3-5 Tage, mehr als 5 Tage)

1 = nie/sehr selten bis 4 = sehr oft; (AM 2,30)

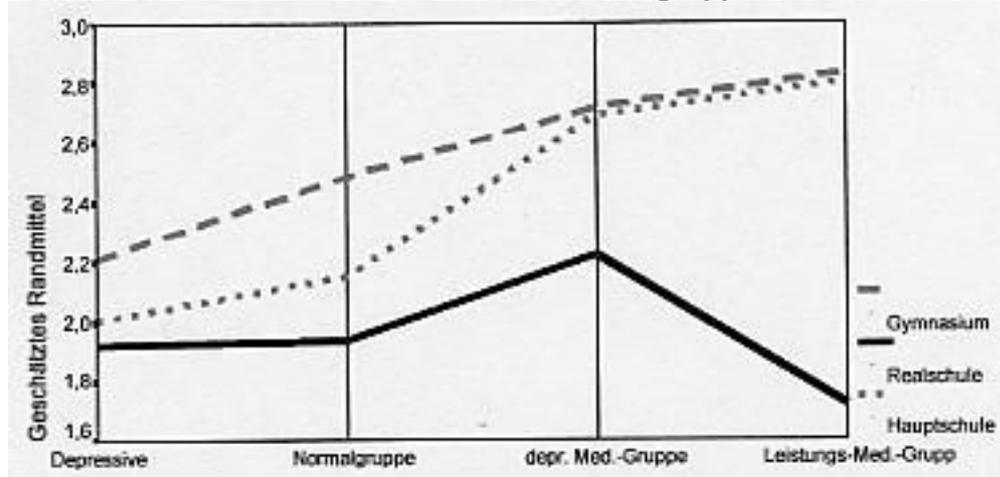
5.10.3 Schulzweigspezifische Auswertung des Schulverhaltens

Abb. 40 zeigt für die Variable ‚Fehlen in der Schule‘ unter den Realschülerinnen sehr geringe Werte in allen Cluster-Gruppen und insbesondere in der ‚Leistungs-Med.-Gruppe‘. Eine Erklärung dieser geringen Fehlzeiten könnte darin begründet sein, dass gerade die mittleren Leistungsschichten den sich ausbreitenden Anspruchsdruck, ihren sozialen Status beizubehalten oder ihn zu verbessern, spüren. Insofern steht auch oder gerade für die Mädchen schulischer Erfolg an erster Stelle.

Die Hauptschülerinnen und Gymnasiastinnen sind von Auswirkungen dieses gesellschaftlichen Aufwärtstrends nicht so sehr betroffen. Die Gymnasiastinnen streben ohnehin einen höheren Abschluss an und werden von der Gewissheit, der in der Regel akademischen Herkunftsfamilie getragen, dieses Ziel auch zu erreichen. Die Hauptschülerinnen entwickeln keinen so deutlichen Ehrgeiz für einen beruflichen Erfolg. Für sie ist eine gesicherte Berufsausbildung wichtig, aber nicht unbedingt ein Statusaufstieg.

Da die leistungsorientierte Mittelschicht Leistung und Erfolg erwartet, stellt demzufolge die Gruppe der Realschülerinnen, die auch den Hauptanteil der ‚Leistungs-Med.-Gruppe‘ ausmacht, eine exponierte Mädchengruppe dar.

Abb. 40 Fehlen in der Schule in vier Clustergruppen: Mädchen, Schularten



>Fehlen in der Schule<: „Wieviel ganze Schultage hast Du im letzten Monat versäumt? (wegen Krankheit', ,weil Du geschwänzt hast', ,weil Deine Eltern Urlaub hatten', ,aus anderen Gründen'), (keine, 1-2 Tage, 3-5 Tage, mehr als 5 Tage)
1 = nie/sehr selten bis 4 = sehr oft; (AM 2,30)

Guter Schulerfolg hängt, wie eine Vielzahl von Studien gezeigt hat, eng mit familiären Ausgangsbedingungen zusammen. Förderlich ist neben Intelligenz, persönlichen Fähigkeiten und Leistung, das positiv belohnende Verhalten der Eltern, Interesse und Neugier für Wissen und die hohe Bewertung von Selbständigkeit in der Familie.

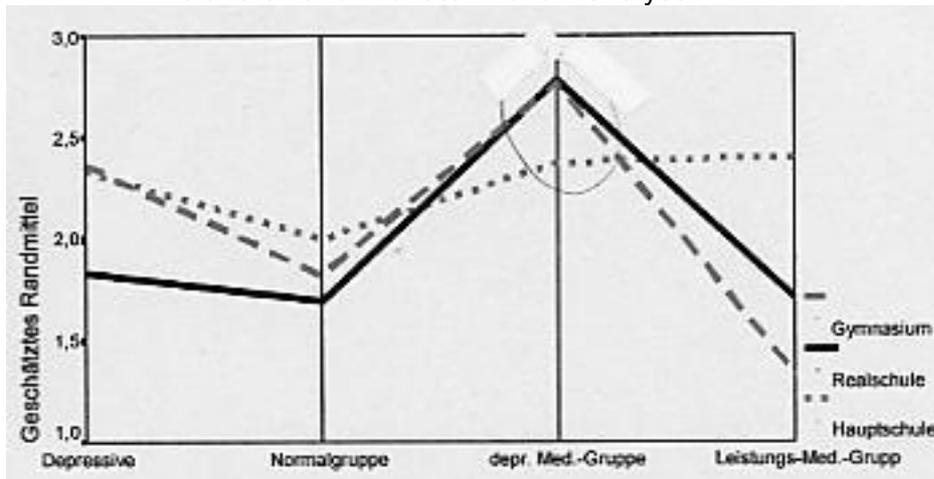
Autoritäre oder autokratische Eltern haben eher Kinder mit geringem Selbstvertrauen, niedriger Selbsteinschätzung und wenig Selbständigkeit. „Demokratische“ Eltern (autoritativ aber nicht autoritär) haben demgegenüber eher Kinder mit hohem Selbstvertrauen, gesunder Selbsteinschätzung und verantwortungsbewusster Selbständigkeit (Oerter, 1982; 247).

Wie schon in Abb.41 als auch die nachfolgende Abb.42 unter Heranziehung der Schularten, zeigen sehr anschaulich, dass gerade die Eltern der beiden depressiven Gruppen ihre Töchter in hohem Maße kritisieren und Meinungsverschiedenheiten oft über schulische Belange austragen. Die Leistungseinschätzung zeigt sich in diesen beiden Gruppen recht pessimistisch. Dieser Befund ist schulzweibergreifend zu konstatieren.

Durch den Leistungsdruck und die Anforderungen im Elternhaus leiden Jugendliche immer mehr unter Stresssymptomen. Kopf- und Magenschmerzen, Nervosität und Konzentrations-schwierigkeiten führen dann zum Arzneimittelkonsum.

In der 'Normalgruppe' und in der 'Leistungs-Med.-Gruppe' zeigen sich die Eltern weniger kritisch, so dass das Schulverhalten dieser beiden nur gelegentlich Anlass zu Streitpunkten gibt. Entsprechend positiver wird die eigene Leistung beurteilt (Abb.41), wobei die eigene Leistung der 'Leistungs-Med.-Gruppe' überdurchschnittlich gut beurteilt wird. Diese Einschätzung bekommt allerdings vor dem Hintergrund eines erhöhten Arzneimittelkonsums dieser Mädchengruppe einen zweifelhaften Stellenwert. Dies gilt insbesondere unter Berücksichtigung einer mäßig positiven Beurteilung des eignen Schulverhaltens, das ebenfalls die hohen schulischen Fehlzeiten dieser Gruppe und den Spaß an der Schule einschließt (Abb.42). Einzig in dieser leistungsorientierten Medikamentengruppe zeigen sich die Schulzweige sehr different in der Bewertung ihres spezifischen Schulverhaltens. Die Hauptschülerinnen schätzen ihr Schulverhalten hier sehr positiv ein, in den anderen Gruppen zeigen sie ein mäßig positives Verhalten. Die Gymnasiastinnen tendieren eher zu einer negativen Einschätzung. Auch die Realschülerinnen haben nicht soviel Spaß an der Schule und fehlen häufig.

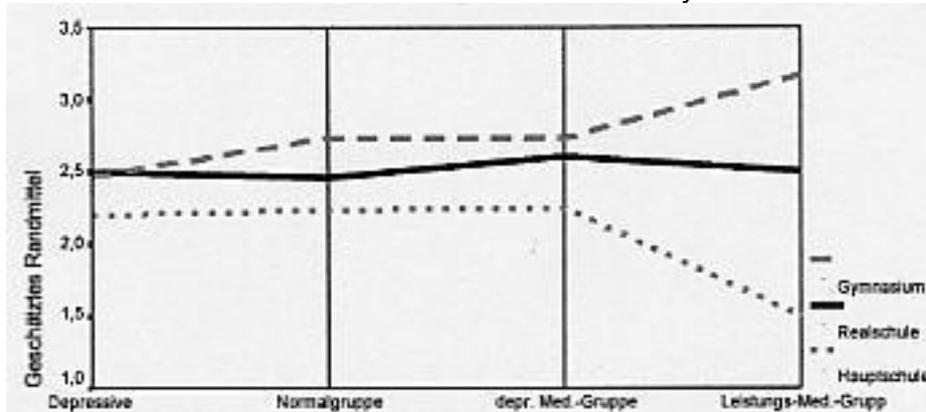
Abb. 41 Elterliche Auseinandersetzungen über schulischen Probleme in vier Clustergruppen: Mädchen, Schularten
Befund einer univariaten Varianzanalyse



>Eltern: Schulprobleme<: „Interessieren sich Deine Eltern für Deine schulischen Probleme?“, „Wenn Du an die letzten drei Monate denkst, kam es da mit Deinen Eltern manchmal oder öfter zu Meinungsverschiedenheiten wegen Deiner Leistungen in der Schule?“.
1 = nie/selten; 6 = sehr oft

Abb. 42 Schulverhalten in vier Clustergruppen Mädchen/ Schularten

Befund einer univariaten Varianzanalyse



Skaliert: „Wieviel ganze Schultage hast Du im letzten Monat versäumt wegen Schwänzen?“, „Macht Dir die Schule Spaß?“ Wie schätzt Du Deine Leistungslage in der Schule ein?“
1 = positives Schulverhalten bis
5 = negatives Schulverhalten

5.10.4 Schulisches Fehlen und Medikamente

Es konnten sehr hohe schulische Fehlzeiten für die beiden Medikamentengruppen ermittelt werden. Zieht man nun die Art der eingenommenen Mittel und die damit behandelten Beschwerden hinzu, dann zeigt sich (Tab.19), dass das krankheitsbedingte Fehlen überwiegend somatisch begründet wird. (Die Präventivmittel sollen zu den somatischen Mitteln hinzugenommen werden, da Menstruationsmittel, die einen Teil der Präventivmittel ausmachen, ebenfalls zu den Schmerzmedikamenten zählen, da sie sich auf einen spezifischen Beschwerdebereich beziehen). Einzig die 'Leistungs-Med.-Gruppe' zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen Psychomedikamenten und krankheitsbedingtem Fehlen. Noch eindeutiger fällt der

Befund zum Schwänzen aus. Die 'Leistungs-Med.-Gruppe' begründet ihre hohen schulischen Versäumnisse mit einem hohen Grad an psychosomatischen Beschwerden. Die 'Depr.-Med.-Gruppe' verbindet ‚Schwänzen‘ mit somatischen Beschwerden, die aber aufgrund des hohen Wertes für Präventivmittel vermutlich im spezifisch weiblichen Beschwerdebereich (z.B. Bauchschmerzen) angesiedelt sind.

Tab. 19 Schulisches Versäumnis und Medikamente (Korrelationen): vier Clustergruppen

	krankheitsbedingtes Fehlen			„Schwänzen“		
	Schmerz-med.	Psycho-med.	Präv.-Med	Schmerz-med.	Psycho-med.	Präv.-Med
'Depressiven'	.26	.02	.16	.05	.21	.20
'Normalgruppe'	-.02	.02	.02	.01	.06	.17
'Depr.-Med.-Gruppe'	.04	.10	.19	.01	.21	.25
'Leistungs-Med.-Gruppe'	.02	.46	.26	.01	.58	.23

Schmerzmittel-Skala: Abb.11

Psychome-Mittel-Skala: Abb.13

Präventiv-Mittel-Skala: Abb.14

5.10.5 Schulleistungsbezogene Belastungen und Arzneimittelkonsum

Scheiternserlebnisse und Belastungen im schulischen Erfahrungsbereich wirken sich nicht nur auf das gesundheitsrelevante Verhalten im Umgang mit Alkohol und Tabak aus, sie zeigen in dieser Studie auch deutlich negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Jugendlichen. Versagensereignisse, die sich in Versetzungsgefährdungen und Klassenwiederholungen ausdrücken, führen zu einer erhöhten Stressbelastung im psychischen wie psychosomatischen Bereich. Der Vergleich der Mittelwerte (Tab.20) des Stressindikators ‚Klassenwiederholung‘ als Versagensereignis, führt bei den hier untersuchten Jugendlichen zu einem erhöhten Schmerz- und Psychomittelkonsum, zu einem deutlichen Anstieg der Beschwerdeshäufigkeit im körperlichen wie psychischen Bereich und zu einer Steigerung depressiver Verstimmungen.

Schulisches Scheiternserleben verstärkt deutlich das Auftreten von gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Jugendlichen. Im psychosomatischen Beschwerdeaufkommen zeigen sich Mädchen als besonders betroffen. Aber auch Jungen zeigen mit dem Eintritt eines schulischen Versagens deutlich erhöhte Werte für alle Faktoren. Nicht erfüllte schulische Leistungsanforderungen führen gerade bei Jungen zu einer Erhöhung depressiver Verstimmtheit. Mädchen zeigen dagegen zwar insgesamt eine höhere Stressbelastung, die sich mit dem drohenden oder eingetretenen schulischen Versagen noch deutlich verstärkt. Dies entspricht auch den Ergebnissen der Stress- und Belastungsforschung, wonach Distress bei Frauen und Mädchen häufiger auftritt. Allerdings überrascht bei den Mädchen ein leichter Rückgang an depressiver Verstimmtheit bei schulischem Scheitern.

Die männlichen „Depressionswerte“ stimmen nicht mit den geschlechtsspezifischen Reaktions- und Verarbeitungsformen von Beanspruchungsfaktoren überein. Bisher wurde eher Mädchen als Jungen durch das im Sozialisationsprozess angelegte weibliche Rollenprofil zugesprochen auf Belastung und Druck mit emotionalen Beeinträchtigungssymptomen zu reagieren. Ebenfalls wird Mädchen allgemein eine höhere Symptomaufmerksamkeit zugeschrieben.

Vermutlich ist hinter dieser Sichtweise auf Mädchen eine polarisierte Sicht auf Verhaltensweisen der Jungen zu sehen. In der 1999 erschienenen Studie von Winter und Neubauer zeichnen Jungen ein ganz anderes Bild von sich, als Erwachsene es über sie konstruieren. Jungen können sehr gut über körperbezogene Themen reden und reflektieren, „eine Fähigkeit, die ihnen von den Erwachsenen durchweg abgesprochen wird“ (24). Den meisten Jungen ist ihr Körper wichtig, und sie widmen ihm viel Aufmerksamkeit, und im Allgemeinen wissen sie, was ihrem Körper gut tut und was für ihn gesund ist (ebd.).

Die in der vorliegenden Untersuchung ermittelten männlichen Depressionswerte zeigen zweierlei: Der schulische Leistungsdruck betrifft beide Geschlechter und wird nach wie vor unterschiedlich verarbeitet. Mädchen reagieren deutlicher über psychosomatische Stresssymptome, die sie dann auch in einem höheren Maße medikamentös behandeln (Tab.20). Die Jungen zeigen vermehrt psychische Belastungssymptome, die aber nicht durch einen vermehrten Psychomittelkonsum bekämpft werden; hier zeigen sich leicht absteigende Mittelwerte. Gleichzeitig steigt für beide Geschlechter der Schmerzmittelkonsum in Verbindung mit Leistungsversagen deutlich an.

Die Werte könnten eine Veränderung der bisherigen Sichtweise von geschlechtsspezifischen Reaktions- und Verarbeitungsformen von Belastungsfaktoren notwendig machen.

Tab. 20 Vergleich der Mittelwerte: Versagensereignis, Klassenwiederholung: Mädchen und Jungen

Versagensereignis	nicht eingetreten		eingetreten	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Depressive Verstimmung	3,07	2,14	2,88	2,69
Somatische Beschwerden	2,58	1,72	2,66	1,76
Psychosomatische Beschwerden	4,94	3,64	5,37	4,05
Schmerzmedikamente/ Valium	3,13	2,18	3,46	2,71
Psychomedikamente	1,41	1,17	1,60	1,15

Depressions-Skala: Abb.20

Psychosom.Skala:

„Wie oft sind in den folgenden 6 Monaten Beschwerden aufgetreten?: (Händezittern, Schweißausbrüche, Nervosität/Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten, , Appetitlosigkeit, Schmerzen in der Brust, Schwindel, Atembeschwerden)

1=wenig; 8= viel Beschwerden

Som.-Skala:

Wie oft sind in den folgenden 6 Monaten Beschwerden aufgetreten? (Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Schlafstörungen, Übelkeit)

1=wenig; 8= viel Beschwerden

Schmerzmittel-Skala: Abb.11

Psycho-Mittel-Skala: Abb. 13

5.10.6 Schulischer Misserfolg und die Rolle der Eltern

Wie erwähnt liegt eine erfolgreiche Schullaufbahn auch und besonders im Interesse der Eltern. Bedrohungen der Leistungskarriere ihrer Kinder können als Gefährdung oder Infragestellung des sozialen und beruflichen Status wahrgenommen werden. In Auseinandersetzungen über schulische Probleme können die elterlichen Statuserwartungen zum Ausdruck kommen. Deutlich häufiger als erfolgreiche Schüler berichten Jugendliche, die den schulischen Erwartungen ihrer Eltern nicht entsprechen oder mit Leistungsproblemen zu kämpfen haben, über Meinungsverschiedenheiten und Streit mit ihren Eltern.

Ein Verfehlen elterlicher schulleistungsbezogener Wünsche, das sich in Versetzungsgefährdungen und Klassenwiederholungen ausdrückt, schafft ein emotional ungünstiges Familienklima. Dieses spannungsreiche häusliche Klima wirkt sich unmittelbar negativ auf das gesundheitliche Empfinden der Jugendlichen aus. Auseinandersetzungen sind in dieser Lebensphase des Ablösungsprozesses von den Eltern häufig anzutreffen und im Rahmen der Sozialisation auch notwendig und sogar wünschenswert. Aber eine langandauernde und häufig auftretende Konfliktsituation zwischen Kindern und Eltern kann langfristig zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen (vgl. Pearlin 1987 nach Hurrelmann, 1999; 54f.).

Die Interkorrelationen aus Tabelle 21 zeigen nur einen schwach signifikanten Zusammenhang zwischen dem Versagensereignis und einem erhöhten Beschwerdeaufkommen. Auch der Zusammenhang zwischen Arzneimittelkonsum und Scheiternserleben ist bei den Mädchen eher schwach ausgeprägt, bei den Jungen hingegen schon evidenter. Das Auftreten von körperlichen und psychischen Stresssymptomen sowie ein bedenklicher Arzneimittelkonsum für beide gender, steht deutlich mit häufigen elterlichen Konflikten über schulische Probleme in Verbindung.

Doch nicht nur die durch die Eltern formulierten Leistungsanforderungen führen zu einer Einschränkung ihres gesundheitlichen Wohlbefindens, auch die nicht erfüllten selbstgesetzten Erwartungen an die eigene Schulkarriere kann zu somatischen und psychischen Beschwerden führen. Diese Gesundheitsbeeinträchtigungen gehen mit einem Gefühl schulischer Überforderung einher. Hierin liegt eine Ausgangskonstellation für verstärkten Arzneimittelgebrauch von Jugendlichen (Hurrelmann/ Hesse, 1991; 244). Wie die Befunde der vorliegenden Untersuchung zeigen, sind die Reaktionen der Mädchen deutlicher ausgeprägt als die der Jungen

Tab. 20: Interkorrelationen: Scheiternserlebnis, Elternkonflikte über schulische Probleme, Somatische und Psychosomatische Beschwerden, Schmerzmittel/Valium und „Psycho-Mittel“: Geschlechter

	Konflikte durch schulische Probleme		Versagensereignis	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Somatische Beschwerden	.26	.05	.03	.01
Psychosomatische Beschwerden	.42	.41	.11	.09
Schmerz-/Beruhigungsmittel	.31	.36	.10	.20
„Psycho-Mittel“	.22	/	.09	.01
Versagensereignis	.16	.21	/	/

Som.-Skala:

Wie oft sind in den folgenden 6 Monaten Beschwerden aufgetreten? (Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Schlafstörungen, Übelkeit)

1=wenig; 8= viel Beschwerden

Psychosom.Skala:

„Wie oft sind in den folgenden 6 Monaten Beschwerden aufgetreten?: (Händezittern, Schweißausbrüche, Nervosität/Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten, , Appetitlosigkeit, Schmerzen in der Brust, Schwindel, Atembeschwerden)

1=wenig; 8= viel Beschwerden

Schmerzmittel-Skala: Abb.11

Psycho-Mittel-Skala: Abb. 13

Versagensereignisse:

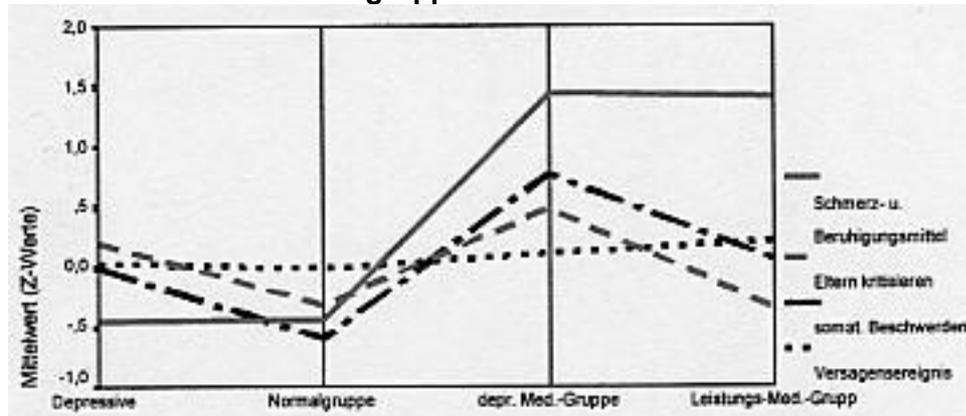
Musstest Du schon einmal eine Klasse wiederholen?

(ja, einmal; ja, zweimal; nein, noch nie)

1 = nicht eingetreten

2 = eingetreten

Abb. 43 Elternkritik und Schmerz- u. Beruhigungsmittelkonsum, Schulversagen, somatische Beschwerden: Vier Clustergruppen: Mädchen Z-Werte



>Eltern: Schulprobleme<: „Interessieren sich Deine Eltern für Deine schulischen Probleme?“; „Wenn Du an die letzten drei Monate denkst, kam es da mit Deinen Eltern manchmal oder öfter zu Meinungsverschiedenheiten wegen Deiner Leistungen in der Schule?“

1 = nie/selten; 6 = sehr oft

>Versagensereignisse<: Musstest Du schon einmal eine Klasse wiederholen?

(ja, einmal; ja, zweimal; nein, noch nie)

1 = nicht eingetreten; 2 = eingetreten

>Faktorskala: Somatische Beschwerden<: „Wie oft sind bei Dir in den letzten 6 Monaten folgende Beschwerden aufgetreten? Schlafstörungen, Übelkeit, Bauch-, Kopf- und Magenschmerzen (häufig, manchmal, selten, nie)

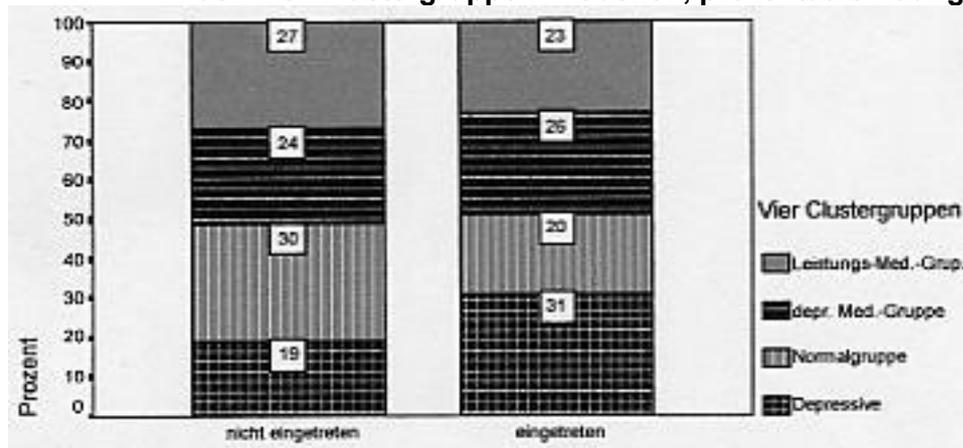
1 = selten bis 4 = häufig

Schmerzmittelskala: s. Abb. 13

5.10.7 Versagensereignisse in den vier Clustergruppen

Abbildung 44 verdeutlicht, dass depressiv verstimmtete Schülerinnen öfter in der Schule versagen, im Vergleich zu ihren Mitschülerinnen. Die 'depr.-Med.-Gruppe' und die 'Depressiven' erreichen im eingetretenen Schulversagen 57%. 23% der 'Leistungs-Med.-Gruppe' und 20% der 'Normalgruppe' mussten schon ein- oder zweimal eine Klasse wiederholen. Gerade die depressiv verstimmteten Mädchen werden wie Abb. 43 zeigt in hohem Maße von ihren Eltern kritisiert und unter schulischen Erfolgsdruck gesetzt. Diese Werte verdeutlichen noch einmal die Wichtigkeit sozialer und vor allem personaler Ressourcen für einen zufriedenstellenden Schulverlauf.

Abb. 44 Versagensereignisse: Klassenwiederholung und Versetzungsgefährdung in den vier Clustergruppen: Mädchen, prozentuale Häufigkeitsverteilung



Versagensereignisse:

Musstest Du schon einmal eine Klasse wiederholen?

(ja, einmal; ja, zweimal; nein, noch nie)

1 = nicht eingetreten

2 = eingetreten

Zusammenfassend können sehr hohe Fehlzeiten für die beiden Medikamentengruppen festgestellt werden, darauf bleiben dann aber die Gemeinsamkeiten im Schulverhalten dieser beiden Gruppen beschränkt.

Die depressiv verstimmtten Mädchen der 'depr.-Med.-Gruppe' und der 'Depressiven'- Gruppe sind häufig elterlichem Leistungsdruck ausgesetzt. Hier zeigen sich die Realschülerinnen und Gymnasiastinnen am stärksten betroffen. Die eigene Leistungseinschätzung wird von dieser Gruppe sehr pessimistisch beurteilt. Diese pessimistische Haltung betrifft in besonderem Maße die Gymnasiastinnen.

Bei den Mädchen der 'Leistungs-Med.-Gruppe' fallen die Schulparameter Leistungseinschätzung, Auseinandersetzungen mit den Eltern über schulische Probleme positiver aus, obwohl sie selber das eigene Schulverhalten eher negativ einschätzen und sehr hohe schulische Fehlzeiten aufweisen, die aber durch die Werte für die Gymnasiastinnen und Hauptschülerinnen zustande kommen. Die Realschülerinnen zeigen in der 'Leistungs-Med.-Gruppe' den geringsten Wert für schulische Fehlzeiten.

Ein Vergleich der Mittelwerte verdeutlicht eine enge Verknüpfung zwischen schulleistungsbezogenen Scheiternserlebnissen und dem Auftreten somatischer wie psychosomatische Beschwerden.

5.11 Soziale Beziehung

Die familiären Strukturen in Deutschland haben sich in den letzten Jahrzehnten stetig gewandelt. Erlebte die Kleinfamilie in den 50er und 60er Jahren ihren Höhepunkt, so ist seit dem Ende der 60er Jahre ein „Bedeutungsverlust dieser familialen Organisationsform“ (Lüscher 1988 nach Hurrelmann 1999; 128) zu verzeichnen. Die Ehe wird als dominante Lebensform zunehmend in Frage gestellt. Zu Beginn der 90er Jahre sind es nur noch etwa 50% der Erwachsenen - und nicht mehr 90% wie in den 60er Jahren -, die sich für diese soziale Institution des Zusammenlebens entscheiden. Es existieren bereits verschiedene familiäre Formen nebeneinander.

Kinder und Jugendliche sind von den veränderten Familienstrukturen stark betroffen. Für eine stabil verlaufende Sozialisation benötigen sie zuverlässige und berechenbare soziale Beziehungsstrukturen, die ihnen Orientierung, Unterstützung und Anregung gewähren. Die Notwe-

nigkeit dieser Kriterien zeigt sich auch im Hinblick auf gesundheitliche Risiken und Gefährdungen. „Insbesondere die Qualität“ (ebd.) der Eltern-Kind-Beziehung (Anregungs-reichtum, Berücksichtigung persönlicher Eigenschaften und gegenseitige Akzeptanz) sowie die Qualität der Partnerbeziehung der erwachsenen Bezugspersonen (Schneewind, 1991 nach Hurrelmann 1999; 128) sind von großer Bedeutung für heranwachsende Jugendliche.

Der Einfluss der Familie als Sozialisationsinstanz wird von ökonomischen, kulturellen und sozialen Rahmenbedingungen und vom jeweiligen Ausmaß der Verfügbarkeit materieller und immaterieller Ressourcen gesteuert. So bestimmt die materielle und soziale Position einer Familie Qualität und Umfang der möglichen Lern- und Sozialerfahrungen. Die Eltern nehmen darin eine Vermittlerposition zwischen Umwelt und Kind ein, in dem sie aktuelle Erfahrungsbereiche vorstrukturieren und in bestimmte Bahnen lenken. In welcher Form dies geschieht, hängt vom Erziehungsstil der Eltern und vom Familienklima ab.

Die signifikante Bedeutung, die Eltern in der Persönlichkeitsentwicklung ihrer Kinder zukommt, ist in der Forschung gut dokumentiert. Geringe kommunikative Offenheit, hohe Punitivität² und latente Ablehnung, ein problematisches Verhältnis von Individuation und Separation, eingeschränkte Entfaltungsmöglichkeiten eigener Positionen, geringe disziplinierende Konsistenz und geringe Adaptabilität des Familiensystems an lebensgeschichtliche Veränderungen sowie eine geringe affektive Unterstützung führen zu Beeinträchtigungen in der Persönlichkeitsentwicklung und zu depressiven Verstimmungen der Jugendlichen (vgl. Oerter, 1982).

In dieser Studie ist mit ‚Elternbeziehung‘ und Familienwahrnehmung ein Fragenkomplex bezeichnet, der Wahrnehmungen des familiären Kommunikationsstiles und Zuwendungsmuster erfasst. Die Qualität der Beziehung definiert sich als Wahrnehmung von Zuwendung, emotionale Unterstützung und Wertschätzung („Meine Eltern nehmen immer Ernst, was ich sage“), in der Offenheit der Kommunikation, in der Möglichkeit, selbstverantwortliche Entscheidungen zu treffen, in der Einübung der Reversibilität der Meinungsbildung und darin, ohne Beziehungsangst die eigene Meinung sagen zu können („Meine Eltern dulden oft keinen Widerspruch“, „Meine Eltern lassen mich häufig nicht das tun, was ich tun möchte“).

Festzustellen ist ein überwiegend gesundes Maß an Zuwendung, emotionaler Unterstützung und Wertschätzung der befragten Jugendlichen durch ihre Eltern. 78,6% (n=232) der befragten Jugendlichen sind der Ansicht, ihre Eltern kümmern sich genug um sie. Nur 5,1% (n=15) der Befragten fühlen sich etwas vernachlässigt. Wenn Jugendliche mit ihren Eltern zusammen sein möchten, haben 57,9% (n=169) der befragten SchülerInnen die Möglichkeit dazu. 11,0% (n=32) wird dieser Wunsch „sehr oft oder oft“ verwehrt.

Auffälligkeiten zeigen sich im Bereich der Offenheit in der familiären Kommunikation, der selbstverantwortlichen Entscheidungsfreiheit, der Reversibilität der Meinungsbildung und der Einübung einer angstfreien Meinungsäußerung.

Immerhin 64,3% (n=186) der Schüler wissen oft nicht, wie sie es ihren Eltern recht machen sollen, im Gegensatz zu 35,6% (n=103), die meinen, das genau zu wissen. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei 54,3% (n=158) der Befragten, die in der Familie für sich keine Möglichkeit sehen offen über Sexualität zu sprechen.

Entsprechend der Antworten ergibt sich folgendes Bild:

**Tab. 22 Elternbeziehung und Familienwahrnehmung: Mädchen und Jungen
„Inwieweit treffen folgende aussagen auf dich zu?“**

	stimmt		nicht		ein bisschen		sehr oder oft	
	w	m	w	m	w	m	w	m
Meine Eltern kümmern sich eigentlich recht wenig um mich.	44,5	34,4	9,9	6,1	4,1	1,0		
Meine Eltern lassen mich oft nicht das tun, was ich gerne möchte	24,2	16,7	23,1	20,1	10,6	3,8		
M. E. finden manchmal Sachen gut, über die sie sich ein anderes mal ärgern.	32,7	22,1	21,9	16,3	3,7	3,1		
M. E. haben meistens etwas anderes zu tun, wenn ich mit ihnen zusammen sein möchte	31	26,5	19	12	8,5	2,4		
M. E. interessieren sich wenig dafür, was ich denke.	37	29,9	12	8,5	8,2	2,7		
M. E. würden nie zugeben, dass sie sich geirrt haben.	25,5	20	22,5	15	9,5	6,7		
Ich weiß oft nicht, wie ich es meinen Eltern recht machen soll.	19,1	15,7	23,5	20,4	14,62	4,8		
M. E. dulden oft keinen Widerspruch.	22,1	18,0	22,5	18,7	12,6	5,1		
Ich kann mit meinen Eltern über offen über meine Probleme sprechen?	14	8,5	20,4	17	22,8	15,6		
Ich kann meine Gefühle in meiner Familie offen zeigen?	16,0	8,5	20,0	16,3	21,4	16,3		
Wir sprechen in meiner Familie offen über Sexualität.	24,8	20,4	20,4	13,9	11,9	7,2		

Angaben in Prozent
N: 290

Tab.23 Familienwahrnehmung: Depression, Schmerz-/Beruhigungsmittel, Schularten: Interkorrelationen

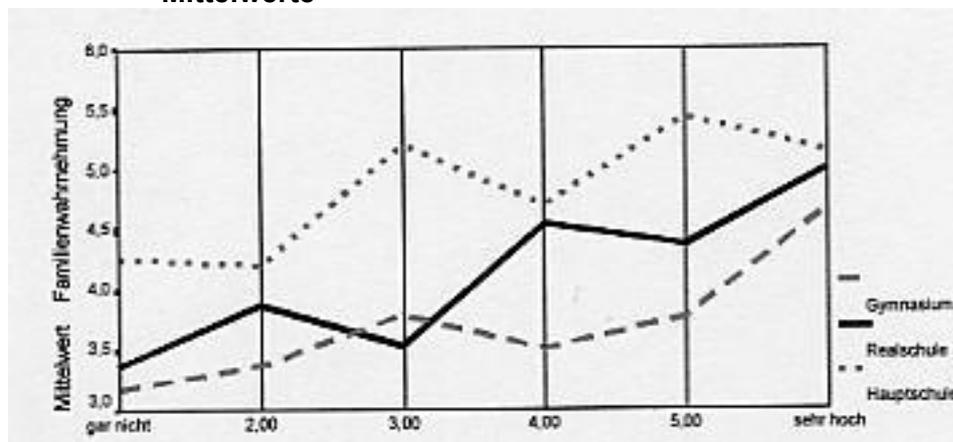
	Familienwahrnehmung					
	Gymnasium		Realschule		Hauptschule	
	w	m	w	m	w	m
Depressive Verstimmung	.22	.10	.30	.12	.34	.00
Schmerz-/Beruhigungsmittel	.11	.12	.28	.21	-.03	.21

Familienwahrnehmungsskala aus: Auf einer Skala von 1 >sehr offen< bis 7 >gar nicht offen< wurden drei Items (>mit Eltern offen über meine Gefühle sprechen<, >Gefühle in meiner Familie offen zeigen< und >sprechen offen über Sexualität<) zur familiären Situation skaliert. Das Arithmetische Mittel (AM) liegt bei 4.

Depression-Skala: Abb. 11

Schmerz-/Beruhigungsmittel-Skala: Abb. 20

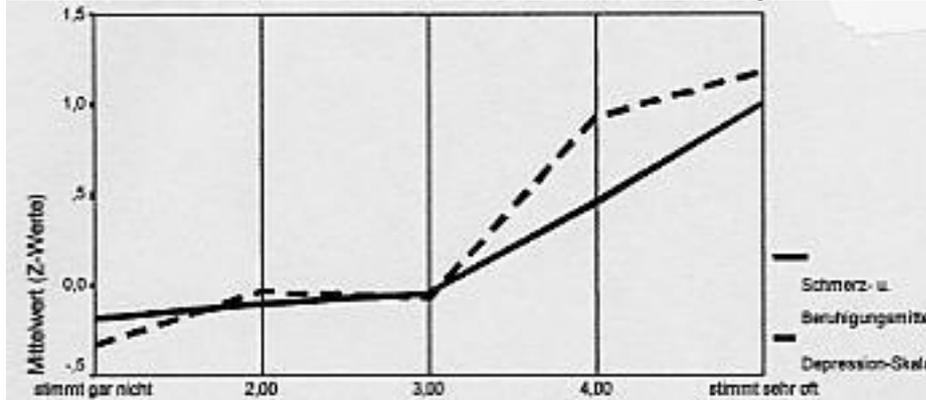
Abb. 45 Depression: Familienwahrnehmung, Geschlechter, Schularten Mittelwerte



Familienwahrnehmungsskala aus: Auf einer Skala von 1 >sehr offen< bis 7 >gar nicht offen< wurden drei Items (>mit Eltern offen über meine Gefühle sprechen<, >Gefühle in meiner Familie offen zeigen< und >sprechen offen über Sexualität<) zur familiären Situation skaliert. Das Arithmetische Mittel (AM) liegt bei 4.

Abbildung 46 zeigt, dass ein ungünstiges Familienklima, in denen die Kinder das Gefühl haben, ihre Eltern würden sich nicht genug um sie kümmern, einen erhöhten Arzneimittelkonsum zur Folge haben kann.

Abb. 46 Elterninteresse: Schmerzmedikamente, Depression: Geschlechter



„Meine Eltern kümmern sich recht wenig um mich“; „... haben meistens etwas anderes zu tun, wenn ich mit ihnen zusammen sein möchte“; „... interessieren sich sehr wenig dafür, was ich denke“

Kategorien: >stimmt gar nicht, stimmt ein bisschen, stimmt sehr oft<

1 = stimmt gar nicht bis 5 = sehr (AM 2,22)

Schmerz- u. Beruhigungsmittelskala: Abb. 11

Depressions-Skala: Abb. 20

5.11.1 Zusammenhang zwischen Clustergruppen und Elternbeziehung

Die Analyse des familiären Klimas unter Einbeziehung von drei, dem Fragebogen entnommenen Subskalen (vgl. Tab. 16) ermöglicht eine eindeutige Unterscheidung der isolierten Risikogruppen im Verhältnis zur Normalgruppe.

Tab. 24 Familienwahrnehmung, Elternkritik, Elterninteresse: Clustergruppen, Mittelwerte

	Depressive	Normalgruppe	Depr.-Med. Gruppe	Leistungs-Med.-Gruppe
Familienwahrnehmung	4,19	3,54	4,72	3,06
Elternkritik	3,86	3,05	4,31	3,06
Elterninteresse	2,28	1,16	3,00	2,24

>Emotional offen<: „... mit Eltern offen über meine Gefühle sprechen“; „... Gefühle in meiner Familie offen zeigen“; „... sprechen offen über Sexualität“

1 = sehr offen bis 7 = gar nicht; (AM 4,0)

>autoritär<: „Eltern würden nie zugeben, dass sie sich geirrt haben“; „dulden oft keinen Widerspruch“; „weiß oft nicht, wie ich es meinen Eltern recht machen soll“; „Eltern finden manchmal Sachen gut, über die sie sich ein anderes Mal ärgern“.

1 = gar nicht; 6 = sehr; (AM 3,62)

>uninteressiert<: „Eltern kümmern sich recht wenig um mich“; „haben meistens etwas anderes zu tun, wenn ich mit ihnen zusammen sein möchte“; „interessieren sich sehr wenig dafür, was ich denke“.

Kategorien: >stimmt gar nicht, stimmt ein bisschen, stimmt sehr oft<

1 = stimmt gar nicht; 5 = sehr (AM 2,22)

Die 'Leistungs-Med.-Gruppe' hat wie die Normalgruppe, die Möglichkeit, sich emotional offen in der Familie auseinander zu setzen, in dem sie offen über ihre Gefühle sprechen und auch sexuell eigene Wege ausprobieren können (Abb.47). Die Thematisierung sexueller Be-

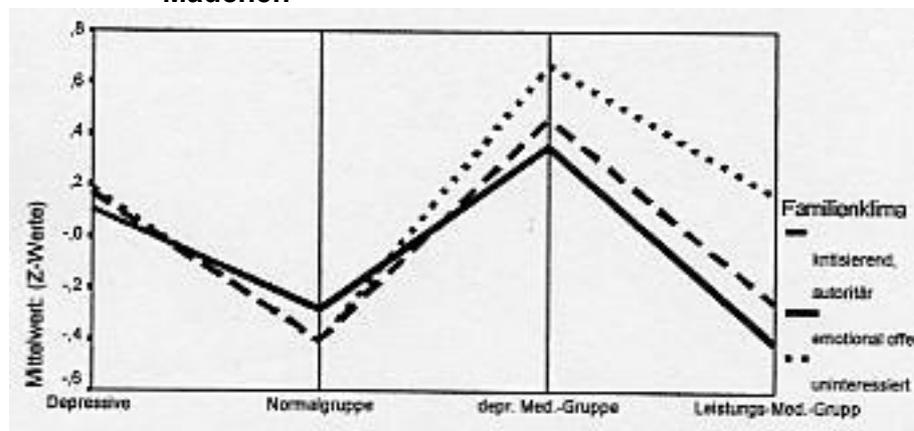
lange im Kontext der Familie stellen gerade für Mädchen in dieser Entwicklungsphase ein wichtiges Moment für eine positive Identitätsentwicklung dar. Allerdings finden sie bei ihren Eltern häufig nur ein geringes Maß an affektiver Unterstützung.

Die Gruppe der ‚Depressiven‘ und ausgeprägter noch die ‚Depr.-Med.-Gruppe‘ scheinen in einer eher ‚traditionell‘ und restriktiv ausgerichteten Familienatmosphäre zu leben, die sich emotional verschlossen und somit wenig offen gegenüber jugendspezifischen Ansichten zeigt, was von Jugendlichen als Desinteresse an ihrer eigenen Person wahrgenommen wird. Unter Einbeziehung der Erkenntnisse der Interviewaussagen einiger Mädchen zu ihrem Elternverhältnis, ist darauf zu verweisen, dass es sich in beiden Gruppen häufig um Familien aus dem Angestellten- und Facharbeiter-Milieu handelt, in denen der Anspruch der persönlichen Leistung eine gewichtige Rolle spielt.

In bezug auf die familienklimatischen Bedingungen zeigt sich die ‚Depr.-Med.-Gruppe‘ passiver, angepasster und in sich zurückgezogener auf einem hohen depressiven Niveau. Medikamente helfen ihnen, die für sie problematische Situation zu ertragen. Protestverhalten können sie sich aus Angst um den Verlust der Beziehung zu ihren Eltern willen nicht leisten, wie die Abb.47 deutlich zeigt, da sie von ihren Eltern so gut wie gar nicht wahrgenommen werden. Arzneimittel erfüllen hier den Zweck der Kompensation und Abwehr der depressiven Verstimmung.

Auch die ‚Leistungs-Med.-Gruppe‘ verbindet mit ihrem Medikamentenkonsum eine Funktion. Auch diese Mädchen wählen einen angepassten, wenn auch weitaus aktiveren Weg. In Anlehnung an die Leistungsorientiertheit des oben beschriebenen Milieus liegt die Aufgabe des Arzneimittelkonsum in der Erbringung der von den Eltern geforderten Leistung; nur darüber erhalten die Mädchen Zuwendung (vgl. Stephanie Interview, Kap. 4.7).

Abb. 47 Vier Clustergruppen: Familiäres Klima, Schulverhalten: Mädchen



>Emotional offen<: „... mit Eltern offen über meine Gefühle sprechen“; „... Gefühle in meiner Familie offen zeigen“; „... sprechen offen über Sexualität“

1 = sehr offen bis 7 = gar nicht; (AM 4,0)

>autoritär<: „Eltern würden nie zugeben, dass sie sich geirrt haben“; „dulden oft keinen Widerspruch“; „weiß oft nicht, wie ich es meinen Eltern recht machen soll“; „Eltern finden manchmal Sachen gut, über die sie sich ein anderes Mal ärgern“.

1 = gar nicht; 6 = sehr; (AM 3,62)

>uninteressiert<: „Eltern kümmern sich recht wenig um mich“; „haben meistens etwas anderes zu tun, wenn ich mit ihnen zusammen sein möchte“; „interessieren sich sehr wenig dafür, was ich denke“.

Kategorien: >stimmt gar nicht, stimmt ein bisschen, stimmt sehr oft<

1 = stimmt gar nicht; 5 = sehr (AM 2,22)

Resümierend sei hier festgehalten, dass ein positives Eingebundensein in die Familie für das Gelingen einer zufriedenen weiblichen Identität für die Mädchen von besonderer Bedeutung

ist. Der Konsum von Arzneimitteln wird gerade bei Mädchen in einer ungünstigen familiären Konstellation gefördert.

Für die zwei isolierten Medikamentengruppen gilt auf familiärer wie schulischer Ebene, dass Arzneimittel mehr funktionalen denn heilenden Charakter besitzen. Sie werden als Kompensationsmittel und Garant für Leistungserhalt gebraucht.

5.12 Gesundheitliche Situation der vier Clustergruppen

Die Vorstellung von Gesundheit bleibt im wissenschaftlichen Diskurs wie im gesellschaftlichen Alltagsverständnis von gesellschaftlichen und kulturellen Wert- und Normvorstellungen geprägt, unterliegt somit der jeweiligen individuellen Perspektive und darüber hinaus einem ständigen Wandel.

Dies ist auch an der Vielzahl der wissenschaftlichen Gesundheitsdefinitionen zu ersehen. Für die Medizin ist Gesundheit im wesentlichen die Abwesenheit von Krankheit, und sie ist durch pathologische Normwerte definiert. Für die Psychologie geht es im Zusammenhang der Gesundheit um Wohlbefinden als Ausdruck der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes, der emotionalen Befindlichkeit, um Energie- und Antriebsniveau und um das erlebte Selbstwertgefühl und Autonomie. Soziologische Gesundheitskonzepte wiederum beschäftigen sich hauptsächlich mit soziokulturellen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit, den unterschiedlichen Funktionen und Rollen sowie mit Entwicklungs- und Konfliktpotentialen.

In den letzten Jahren wurde dem subjektiven Gesundheitsbegriff vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt (Flick, 1998; 45). Der Gesundheitsbegriff von Jugendlichen ist sehr auf ihre jeweilige Gegenwart und ihr aktuelles Wohlbefinden bezogen, d. h. wenig zukunftsorientiert. Die Zeitdimension der Gesundheit wird nicht oder nur bedingt in Betracht gezogen. Gute Gesundheit wird als eine unerschütterbare Selbstverständlichkeit angesehen, nicht aber als ein Lebensziel bzw. eine Lebensaufgabe. Daher erstaunt es nicht, dass sich ein Grossteil der Kinder und Jugendlichen als gesund einschätzt und mit der Gesundheit zufrieden ist. Gesundheitsriskante Verhaltensweisen sind funktional in dem Sinne, dass sie der Bewältigung jugendspezifischer Aufgaben dienlich sind. Das Gesundheitskonzept von Jugendlichen kreist vornehmlich um solche Aspekte, die im Zusammenhang mit jugendspezifischen Lebenskontexten zu sehen sind. Spaß am Leben, oftmals erreicht über erlebnisorientierte – teilweise gesundheitsriskante Freizeitaktivitäten, Lebenslust und Wohlbefinden sind zentrale Elemente des Gesundheitsverständnisses von Jugendlichen (ebd.).

Auf die Frage „Wie definierst du Gesundheit?“ gaben 173 weibliche und 125 männliche Jugendliche folgende Antworten:

Tab. 25 Gesundheitsdefinitionen in beiden Geschlechtern

Ich fühle mich gesund, wenn ich ...	Mädchen	Jungen
Lust am Leben spüre	68,8	66,4
Leistungsfähig bin	59,9	71,2
keine Schmerzen habe	71,6	66,4
mich wohlfühle	73,9	68,8
mal Kopf- oder Bauchschmerzen habe	7,28	3,2
mich müde und abgespannt fühle	1,68	2,4

Angaben in Prozent

Erst mit dem Älterwerden rückt die Erkenntnis von Gesundheit als ein zentrales Gut des Individuums, das es zu erhalten und zu unterstützen gilt, näher ins Bewusstsein. Der Gesundheitsbegriff differenziert sich im Jugendalter erst allmählich aus; und erst ein selbstreflexives Verständnis von Gesundheit macht ein verantwortungsvolles Gesundheitsverhalten möglich. Kinder und Jugendliche verhalten sich demnach zunächst unbewusst gesundheitsfördernd, wenn sie Sport treiben, sich gesund ernähren und soziale Kontakte herstellen und gestalten.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Bereits im Jugendalter sind geschlechtstypische Unterschiede im Gesundheitsverhalten und -verständnis zu erkennen, die sich mit dem Alter dann verstärken. Für Mädchen sind soziale Aspekte und psychisches Wohlbefinden wichtig (Ruhepausen, Pflege sozialer Kontakte, ‚auf sich selbst acht geben‘ (Hurrelmann, 1999; 222). Jungen achten eher auf biologische und medizinische Komponenten (ebd, Winter/ Neubauer, 1999; 24)

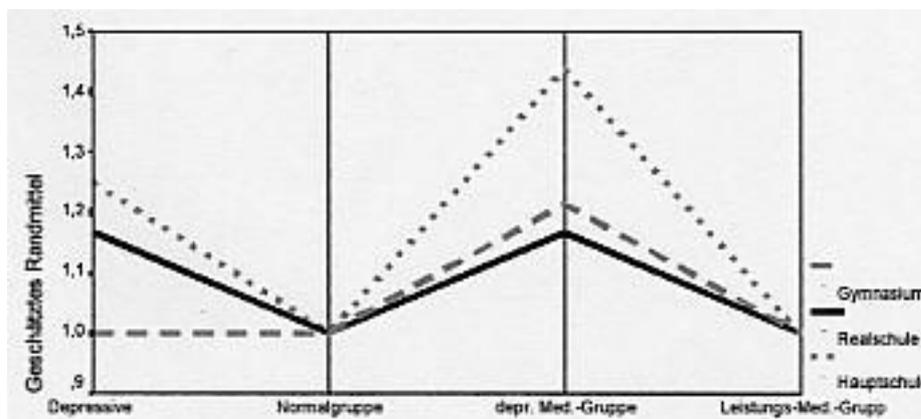
Diese sich subjektiv entwickelnden Theorien beeinflussen die Bewertung des eigenen Befindens sowie den Umgang mit Krankheiten und deren Bewältigung. Aber auch der Umgang mit Gesundheit und Prävention ist eng mit subjektiven Sichtweisen verknüpft. Wird Gesundheit als Selbstverständlichkeit angenommen, so entbehrt sie jeder Bemühung um gesundheitliche Erhaltung.

Neben geschlechtstypischen Unterschieden, können aber auch innerhalb der Geschlechtergruppen Differenzierungen ausgemacht werden. Dazu gehören Schichtmerkmale oder auch regionale Unterschiede. So sind Frauen und Mädchen in ländlicheren Regionen anderen Gesundheitseinflüssen ausgesetzt als denen in städtischen Regionen. Auch haben unterschiedliche Arbeitsbedingungen Einfluss auf das subjektive Empfinden und Gestalten von Gesundheit und dem Umgang mit Krankheit (Flick, 1998; 45).

5.12.1 Gesundheitseinschätzung der Clustergruppen

Erwartungsgemäß schätzen die beiden depressiven Gruppen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als die anderen beiden Gruppen. Hier sind es jeweils die Hauptschülerinnen, deren Beurteilung ihres gesundheitlichen Befindens am negativsten ausfällt. Die 'Leistungs-Med.-Gruppe' befindet sich in der Bewertung ihrer gesundheitlichen Lage auf dem Niveau der Normalgruppe.

Abb. 48 Gesundheitseinschätzung in vier Clustergruppen: Mädchen (Z-Werte)



N = 172

Wie schätzt Du Deine Gesundheit ein?

1 = gut bis sehr gut 2 = nicht sehr gut

5.12.2 Beschwerdebhäufigkeit in Verbindung mit Arzneimittelkonsum

Beide Medikamentengruppen zeigen ein hohes Beschwerdeaufkommen im somatischen sowie im psychosomatischen Bereich. Die höchsten Werte wurden für die 'Depr.-Med.-Gruppe' ermittelt.

Die Realschülerinnen als Hauptvertreterinnen der 'Leistungs-Med.-Gruppe' weisen allerdings im spezifisch weiblichen Beschwerdebereich ‚Bauchschmerzen‘ die höchsten Werte auf (vgl. Tab.26 und Abb. 46), was einen Hinweis auf deren vermehrten Schmerz- und Präventivmittelkonsum sein könnte.

Dieser Beschwerdebereich wird zum Signum der vier untersuchten Gruppen. Die beiden Medikamentengruppen zeigen im Gegensatz zu den anderen beiden Gruppen höhere Werte, wobei die 'Depr.-Med.-Gruppe' dominiert. Dieser Befund verweist auf einen spezifisch weiblichen Beschwerdebereich, der entsprechend einen erhöhten Arzneimittelkonsum nach sich ziehen könnte.

Allgemeine gesundheitliche Lage von Frauen aus gynäkologischer Sicht

Diese Befunde sind entsprechend den Ergebnissen des Frauengesundheitsberichts 2001 (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001; 134) nicht überraschend. Der gegenwärtige epidemiologische Kenntnisstand in der Gynäkologie allgemein und speziell zur Situation von adolescenten Mädchen ist sehr gering. Es liegen allerdings eine Vielzahl kleinerer deutscher und internationaler Studien vor, die sich aus medizinischer Sicht mit einzelnen gynäkologischen Erkrankungen oder Erkrankungssyndromen wie etwa dem Prämenstruellen Syndrom (PMS) oder den Entzündungen der Scheide (Pelvic: Inflammatory Disease/ PID) beschäftigen. Obwohl lange in der Diskussion, ist auch über operative Eingriffe, z.B. Gebärmutterentfernungen und deren Indikation und Entwicklungstrends, wenig bekannt. So werden ebenfalls im Gesundheitsbericht für Deutschland (STBA (Statistisches Bundesamt) 1998 nach Frauengesundheitsbericht 2001; 134) die gynäkologischen Erkrankungen nicht eigenständig behandelt.

Nach den vorliegenden Daten im Frauengesundheitsbericht 2001 gehören die gutartigen Erkrankungen und Beschwerden der weiblichen Geschlechtsorgane zu den häufigsten Gesundheitsproblemen von Frauen. So standen 1993 die Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (ICD-9) in der weiblichen Arbeitsunfähigkeit an sechster und die der Krankenhausbehandlung (1996) an fünfter Stelle. Bei Frauen in der fertilen Phase nahmen sie 1996 sogar den zweiten Platz in der Krankenhausbehandlung ein.

Auf der Ebene der Einzeldiagnosen ergibt sich folgendes Bild: Frauen wurden am häufigsten wegen Entzündungen an Eierstöcken, Eileitern, Becken oder Zyklusstörungen krankgeschrieben. Einer stationären Behandlung mussten sich Frauen vor allem wegen Zyklusstörungen und klimakterischen oder postklimakterischen Beschwerden unterziehen.

Für Frauen ist aufgrund der Datenlage ein differenziertes Risikoprofil zu konstatieren. Junge Frauen leiden besonders häufig an Entzündungen oder anderen Erkrankungen an den Eierstöcken, im mittleren Alter nehmen diesen Platz überwiegend Zyklusstörungen und Schmerzen ein, während im höheren Alter der Gebärmuttervorfall häufig vorkommt.

Frauen werden mit gynäkologischen Störungen häufig krankgeschrieben oder in ein Krankenhaus überwiesen. Mit welchen Folgen eine stationäre Aufnahme verbunden sein kann, zeigt die Analyse der operativen Eingriffe. 1996 wurde in über 60% der stationären Fälle, bei einer (gutartigen) Brusterkrankung sogar in über 70% aller Fälle operiert. Operationen scheinen in der Gynäkologie ein typisches diagnostisches oder therapeutisches Vorgehen zu sein. Dieser Sachverhalt ist soziologisch und kulturhistorisch sehr gut beschrieben und kritisch analysiert worden (Horney, 1994/ Hohage, 1998), findet aber scheinbar keinen Niederschlag in der gynäkologischen Praxis.

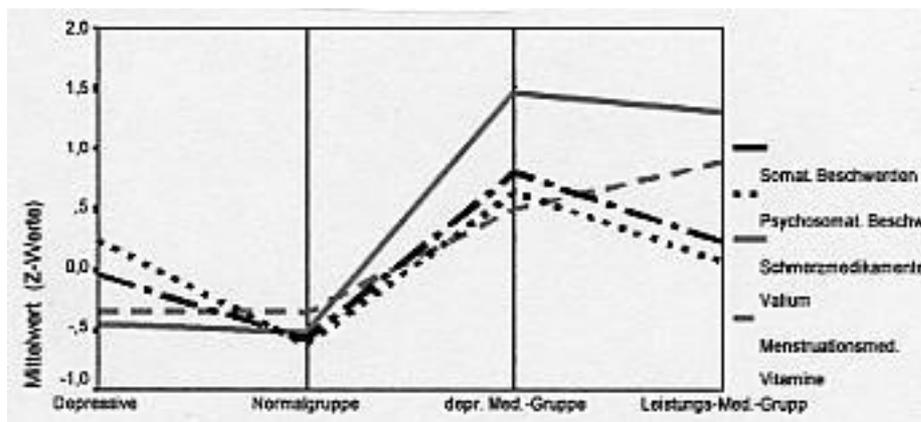
Ein weiteres Beispiel findet sich in den oftmals unnötigen operativen Blinddarmentfernungen bei jungen Frauen. In einer Studie, in der sich Hontschik (1987 nach King, 1993; 114) u. a.

mit Hintergründen und Konstellationen fehlindizierter Appendektomien beschäftigte, verweist er auf die hohen Fehldiagnoseraten bei jungen Frauen v. a. zwischen 13 und 18 Jahren (114). Darin ist allerdings schon häufig ein „Ausdruck psychosexueller und psychosozialer Konflikte im Adoleszenzalter“ gesehen worden, wobei die Eingriffe die nicht nur in einem überhöhten Maß von den Chirurgen befürwortet, sondern in gleichem Maße von Töchtern und Müttern gefordert werden. Hontschik legt in der Interpretation des zugrundeliegenden Konflikts den Akzent v. auf die Rivalität zwischen einer „alternden“ Mutter (ebd.) und der hinsichtlich ihrer erwachenden Sexualität mit Schuld- und Trennungsängsten kämpfenden Tochter. Deutsch (Deutsch, 1948 nach King, 1993; 115) vermutet weiter, dass die Schmerzen im Zusammenhang mit der Innergenitalität und sexuellen reproduktiven Identität stehen. In diesem Sinne können die z. T. chronischen Bauchschmerzen als Ausdruck von Ängsten und Irritationen, die mit der weiblichen Körperlichkeit verbunden sind und als Konversion innergenitaler Empfindungen verstanden werden. Die „Idee“ als Ursache der Beschwerden eine Blinddarmentzündung anzunehmen, lässt sich als „Verschiebung“ (ebd.) begreifen, die von den irritierenden und schwer fassbaren familialen und kulturellen Spannungshintergründen ablenken. Diese Verschiebung und Verdinglichung ermöglicht die „Angst-Erregung“, d. h. das gemeinsame Auftreten von Erregung und damit verbundener Angst, in einen kulturell zugelassenen Interpretations-, Begriffs- und Kontrollzusammenhang“ zu stellen und institutionell bearbeitbar zu machen (ebd.).

Es sollen nicht allen hier befragten Mädchen mit Bauchschmerzen pauschal familial-konfliktvolle Zustände unterstellt werden, aber der hohe Arzneimittelkonsum deutet darauf hin, dass Problemsituationen medikamentös manipuliert werden. Besonders eindrücklich zeigt Abb. 45 das Einnahmeverhalten der unterschiedlichen Gruppen. Dabei zeigt sich, dass sich der Arzneimittelkonsum der 'Normalgruppe' mit dem Auftreten von Beschwerden überlappen. Diese Jugendlichen nehmen dann Medikamente, wenn sie Beschwerden spüren. Die 'Depressiven' halten sich ganz im Rahmen ihrer besonderen Vorsicht und passiv erleidenden Haltung mit dem Arzneimittelkonsum zurück. Die beiden Medikamentengruppen konsumieren schon deutlich mehr Medikamente als Beschwerden auftreten. Dazu konsumiert die 'Leistungs-Med.-Gruppe' Schmerzmedikamente und Valium sowie Menstruationsmittel in einem höheren Maße als Schmerzzustände vorhanden sind.

Schon angesichts dieser Befunde kann ein missbräuchliches Konsumverhalten von leistungsstarken Mädchen vage formuliert werden. Entweder beugen sie mit diesen Mitteln Schmerzzuständen vor oder sie bearbeiten innerpsychische Konfliktfelder, die sich nicht unbedingt in somatischen oder psychosomatischen Beschwerden, die hier als Einnahmegrund angenommen wurden, ausdrücken. In der 'Leistungs-Med.-Gruppe' sind die Realschülerinnen als größte Gruppe vertreten. Diese Mädchen befinden sich, wie bisher gezeigt in einer angespannten emotionalen Situation und klagen am meisten über häufige Bauchschmerzen, so dass die angenommene These der belasteten und konfliktreichen Lebenssituation der Realschülerinnen-Gruppe gestützt wird. Aufgrund des besonderen Beschwerdebereiches und dem entsprechenden Menstruationsmittelkonsum könnte dies ein Hinweis auf ein speziell weibliches Problemfeld sein. Unter Einbeziehung der Postulate in den neuen Weiblichkeitsbildern scheinen gerade Realschülerinnen von der sich wandelnden gesellschaftlichen Situation überfordert zu sein. Offensichtlich werden sie in Rollenkonflikten verwickelt, die dann im gynäkologischen Beschwerdebereich zum Ausdruck kommen.

Abb. 49 Somatische u. Psychosomatische Beschwerden in vier Clustergruppen: Mädchen



N = 172

Psychosom.Skala:

„Wie oft sind in den folgenden 6 Monaten Beschwerden aufgetreten?: (Händezittern, Schweißausbrüche, Nervosität/Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten, , Appetitlosigkeit, Schmerzen in der Brust, Schwindel, Atembeschwerden)

1=wenig; 8= viel Beschwerden

Som.-Skala:

Wie oft sind in den folgenden 6 Monaten Beschwerden aufgetreten? (Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Schlafstörungen, Übelkeit)

1=wenig; 8= viel Beschwerden

Schmerzmittel-Skala: Abb. 11

Präventiv-Skala: Abb. 14

5.12.3 Menstruation

Gerade die Menstruation als bedeutsamer Ausdruck weiblicher Entwicklung kann im Rahmen einer konfliktreichen Herausbildung der weiblichen Identität Medium für das Ausagieren von Konflikten sein.

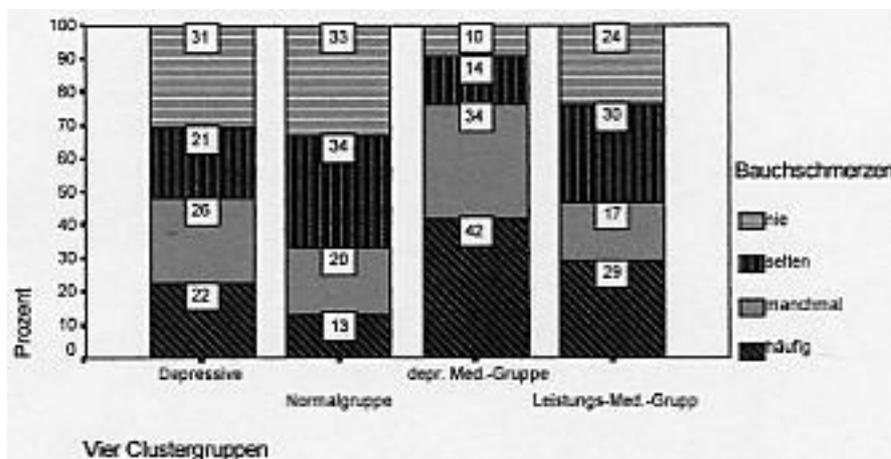
Das Thema Menstruation ist in seiner kulturellen Dimension hinlänglich bearbeitet worden. Allerdings scheint die Forschung zum Thema Arzneimittelkonsum in Verbindung mit Menstruationsbeschwerden nicht zu den entscheidenden Fragen durchzudringen. Noch immer ist bis auf sehr wenige Untersuchungen kaum belegt, welche Mittel gebraucht, wie sie beschafft werden und wer dazu rät. Vogt (1985; 176f.) weist in ihrer Untersuchung auf die wichtige Rolle der Mütter hin, die einen bedeutenden Einfluss auf den Arzneimittelkonsum ihrer Töchter ausüben. Sie konstatiert nachdrücklich, dass ein Zusammenhang zwischen den Schmerzzuständen, die als Begleiterscheinung und Folge der monatlichen Blutung auftreten können, und dem Konsum von „psychoaktiven“ Medikamenten von Mädchen und Frauen besteht. In der vorliegenden Untersuchung bezieht sich der Konsum nicht nur auf psychoaktive Mittel, sondern auch auf Schmerzmedikamente und Menstruationsmittel, die schmerzlindernde und entkrampfende Wirkung entfalten und ebenfalls die Gemütslage beeinflussen. Unter Berücksichtigung des korrelativen Zusammenhangs zwischen Stimmung und Schmerzmittelkonsum bei den Mädchen ($r = .22$, $p = .000$, Jungen $r = .09$) ist die Vermutung der medikamentösen emotionalen Beeinflussung über Schmerzzustände hinweg durchaus möglich.

Tab. 26 Wie oft sind bei dir in den letzten 6 Monaten folgende Beschwerden aufgetreten? Bauchschmerzen: Mädchen, Schularten

	häufig	manchmal	selten
Gymnasium	29	38	32
Realschule	43	37	27
Hauptschule	28	25	41

Angaben in Prozent

Abb. 50 Bauchschmerzen i. d. l. 6 Monaten in vier Clustergruppen: Mädchen, Prozente

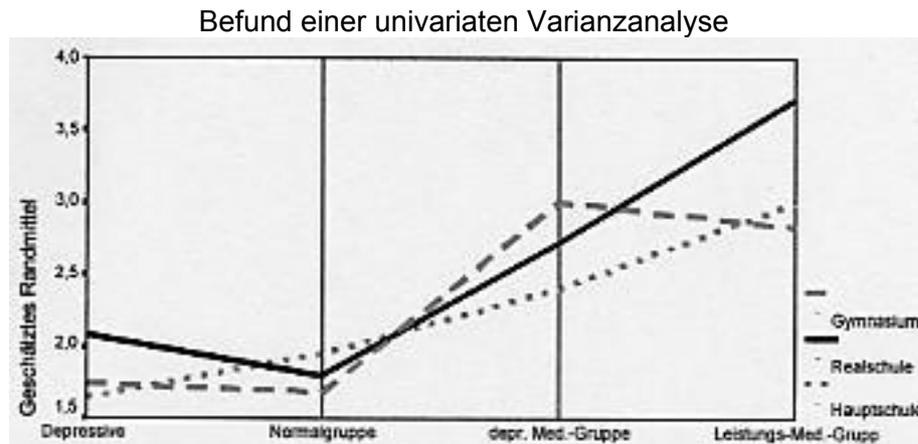


N = 171

Mittelwerte: 'Depressive': 2,49
 'Normalgruppe': 2,73
 'Depr.-Med.-Gruppe': 1,98
 'Leistungs-Med.-Gruppe': 2,44
 Gesamt: 2,43

Abb. 47 zeigt auch im Konsum von Präventivmitteln die exponierte Stellung der 'Leistungs-Med.-Gruppe' als am stärksten konsumierende Gruppe sowie wiederum die besondere Bedeutung der Realschülerinnen innerhalb dieser Gruppe. Im Vergleich mit den anderen Schulzweigen ist ihr Konsum der höchste. Insgesamt betrachtet konsumieren die beiden Medikamentengruppen im Gegensatz zu der Gruppe der 'Depressiven' und der 'Normalgruppe' verstärkt Präventivmittel. Hier könnten verborgene Probleme und Konflikte mit dem Thema Menstruation aufscheinen.

Abb. 51 Präventivmittel in vier Clustergruppen: Mädchen



N = 173

5.12.4 Gesellschaftliche Funktion von Krankheit

Parsons (Parsons, 1981 nach Hurrelmann, 2000; 66), der Begründer der strukturfunktionalistischen Theorie, verdeutlicht in seiner Darstellung die besondere gesellschaftliche Funktion von Krankheit für das Individuum in der Gesellschaft. Er geht davon aus, dass in den heutigen hoch entwickelten Gesellschaften nur derjenige Mensch körperlich und psychisch gesund sein und bleiben kann, der mit den Anforderungen der Gesellschaft reibungslos zurecht kommt. Die Anforderungen aus dem Berufs- und Wirtschaftsbereich zusammen mit denen des kulturellen Sektors der Gesellschaft müssen vom Einzelnen erfüllt werden. Gelingt es dem Individuum nicht, sie in den biologisch-organischen und psychisch-seelischen Grundstrukturen der Persönlichkeit aufzunehmen und abzubilden, dann wird das Gleichgewicht zwischen diesem inneren System und dem sozialen System Gesellschaft gestört, und es kommt zu einer körperlichen oder psychischen Störung. Nur, wer seine inneren Bedürfnisse und Empfindungen so strukturiert und so konstelliert, dass sie mit den Anforderungen aus der gesellschaftlichen Umwelt übereinstimmen, kann gesund bleiben. Parsons stellt damit auf die besondere Rolle eines jeden Individuums in unserer heutigen Gesellschaft ab. Denn, jedes Gesellschaftsmitglied hat seinen, im Rahmen vorgegebener beruflicher und sozialer Rollen, Beitrag zum „Funktionieren des gesellschaftlichen Systems“ zu erbringen. Der gesellschaftliche Wert eines Individuums werde in heutigen Gesellschaften nach verwertbaren Leistungen bestimmt. Je freier verfügbar und einsetzbar das menschliche Leistungsvermögen ist, desto wichtiger werde ein Mensch für die Gesellschaft (67).

Krankheit wird definiert als eine generalisierte Störung der Leistungsfähigkeit des Individuums für die normalerweise zu erwartende Erfüllung von Aufgaben. Krankheit ist in dieser Konzeption eine spezifische Form von „abweichendem Verhalten“. Sie kann legitim nur in der gesellschaftlich geduldeten Rolle des „Kranken“, d.h. des Patienten bewältigt werden, dem die Krankheit „zugestoßen“ ist und der sich nach Kräften bemüht, wieder gesund zu werden. Das bedeutet: Der Patient ist vorübergehend von seinen gesellschaftlichen Rollenverpflichtungen befreit; er wird für seine Krankheit nicht moralisch verantwortlich gemacht; und er hat die Verpflichtung zur Gesundung.

Dieser Zusammenhang, also die legitime Annahme der Krankheit durch die fachkundige Bestätigung des Arztes spiegelt sich in der Frage der Untersuchung wider, wann die Eltern die Krankheit der Schüler ernst nehmen: die Mehrzahl der Befragten braucht es seinen Eltern nur zu sagen, aber immerhin 26,6% der Mädchen und 26,4% der Jungen müssen einen Arztbesuch absolviert haben, um damit auch die gesellschaftliche legitime Patientenrolle einnehmen zu dürfen.

Die gesundheitliche Einschätzung korreliert ebenfalls mit der Frage ‚Ich habe das Gefühl, Krankheit verschafft mir eine Entlastung oder eine Rückzugsmöglichkeit vom schulischen Stress‘; dies gilt aber nur für die Mädchen ($r = .32$, $p = .000$). Fühlen Mädchen sich überfordert oder psychisch und körperlich belastet und bringen dies in der Form des Krankseins zum Ausdruck, so werden sie – das zeigt die Korrelation deutlich - in Ruhe gelassen und können sich gestellten Anforderungen legitim entziehen.

5.12.5 Krankheitssituation

Eine Hypothese der Arbeit lautete, dass medikamentenkonsumierende Mädchen von einem Krankheitsgewinn profitieren. Diese Variable soll in Verbindung mit einem erhöhten Arzneimittelkonsum analysiert werden.

Die Variable Krankheitsgewinn wurde über folgende Items operationalisiert:

- a. „Ich habe das Gefühl, Krankheit verschafft mir eine Rückzugsmöglichkeit vom schulischen Stress“
- b. „Meine Eltern reagieren besonders fürsorglich, wenn ich krank bin.“
- c. „Meine Lehrer und Freunde sind besonders aufmerksam, wenn ich krank bin.“
- d. „Meine Eltern reagieren abweisend und ablehnend, wenn ich krank bin.“

Zwischen den Variablen ‚Schmerzmedikamente‘ und ‚Ich habe das Gefühl, Krankheit verschafft mir eine Entlastung oder eine Rückzugsmöglichkeit vom schulischen Stress‘ besteht ein signifikanter Zusammenhang. Daher ist zu vermuten, dass die verordnete eigenindizierte Einnahme von Medikamenten eine Bestätigung für eine vorhandene Krankheit ist, die wiederum die Möglichkeit des Rückzuges und damit der Entlastung bietet. Dieser Zusammenhang ist bei den Mädchen ($r = .44$, $p = .000$) stärker ausgeprägt als bei den Jungen ($r = .12$, $p = .000$).

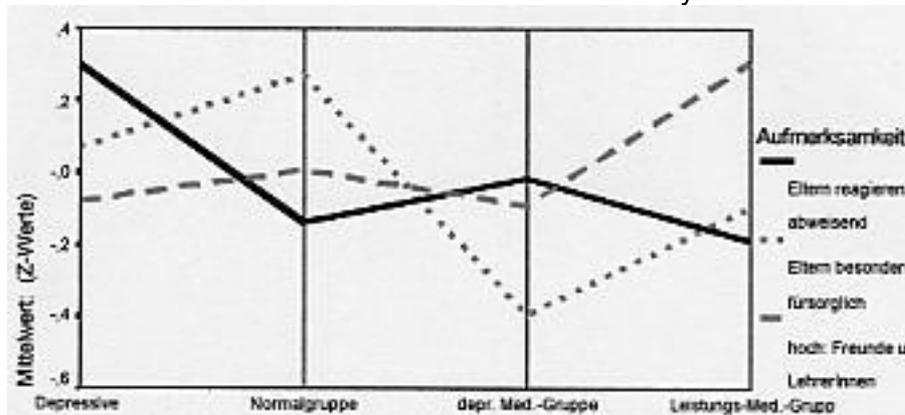
Auch in depressiver Verstimmtheit sehen beide Geschlechter diesen Effekt; auch hier bestehen keine genderspezifischen Unterschiede (Mädchen $r = .44$ und Jungen $r = .48$).

Die Abb. 51 zeigt für die Leistungs-Med.-Gruppe, dass hier die Funktion des Arzneimittels nicht in der Rückzugsmöglichkeit liegt. Sie haben wenig Interesse daran, sich über die Krankheit von der gesellschaftlichen Leistungsanforderung zu befreien. Sondern im Gegenteil liegt ihnen daran, den in der Leistungsgesellschaft erkämpften Platz zu sichern, d.h. der Arzneimittelkonsum versetzt sie in die Lage, mit der Krankheit möglichst schnell fertig zu werden, um die Aussicht auf das zu Erreichende oder die Kontrolle über das Erreichte nicht zu verlieren. Arzneimittel haben die Funktion der Leistungssteigerung oder des Leistungserhalts.

Für die Gruppe der ‚Depressiven‘, im besonderen aber auch für die ‚Depr.-Med.-Gruppe‘ in etwas abgeschwächter Form kann Krankheit als Rückzugsmöglichkeit interpretiert werden. Die ‚Depressiven‘ spalten sich schulzweigmäßig sehr unterschiedlich auf. Diese legitimierte Form des Rückzugs kann in dieser Gruppe in höchstem Maße für die Gymnasiastinnen und Hauptschülerinnen gelten. Die Realschülerinnen stimmen der Aussage in dieser wie auch in der ‚Normalgruppe‘ und in der ‚Leistungs-Med.-Gruppe‘ gar nicht oder sehr eingeschränkt zu. Hier zeigt sich abermals die Bedeutsamkeit der Aufrechterhaltung der Funktionstüchtigkeit für diese Schülerinnengruppe.

Abb. 52 Vier Clustergruppen: „Ich habe das Gefühl, Krankheit verschafft mir eine Rückzugsmöglichkeit vom schulischen Stress“: Mädchen, Schularten

Befund einer univariaten Varianzanalyse



„Ich habe das Gefühl, Krankheit verschafft mir eine Rückzugsmöglichkeit vom schulischen Stress.“
 0 = stimmt nicht bis 2 = stimmt sehr oft

5.12.6 Zuwendung und Fürsorge in der Krankheit

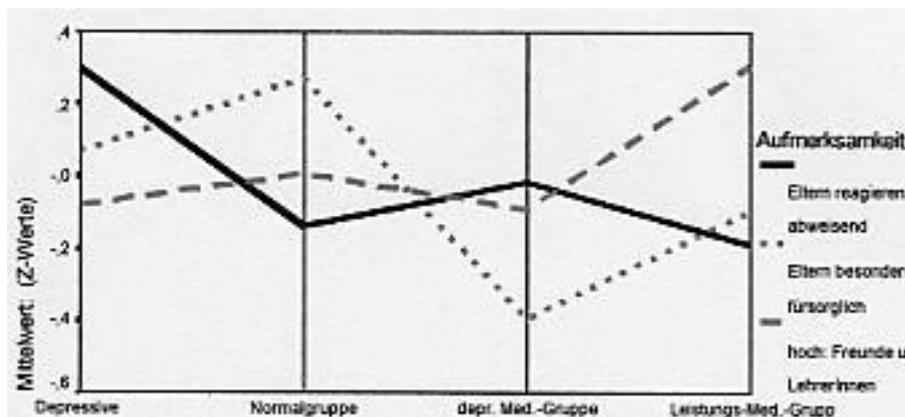
Nach Aussage der Gruppe der 'Depressiven' werden sie in Krankheitssituationen von ihren Eltern überwiegend abweisend behandelt, sie erfahren nicht mehr elterliche Fürsorge als sonst. Mehr Verständnis für die persönliche Lage wird ihnen im Krankheitsfall auch von Mitschülern und Lehrern nicht entgegenbracht.

Für die Normalgruppe ist ein „normales“ elterliches Verhalten zu konstatieren. Sie kümmern sich etwas mehr um ihre kranken Kinder und reagieren auch nicht abweisend. Auch Freunde und Lehrer und Lehrerinnen zeigen ein normales Interesse an den kranken Mädchen.

Ähnlich dem abweisenden elterlichen Verhalten der 'Depressiven', reagieren die Eltern der 'Depr.-Med.-Gruppe': Sie bringen den Töchtern wenig persönliche Fürsorge entgegen. Auch erfährt diese Gruppe keine außergewöhnliche Behandlung in der Krankheit.

Die Eltern der 'Leistungs-Med.-Gruppe' zeigen keine besondere Fürsorge, aber lehnen sie auch nicht ab. Um nicht auf Zuwendung verzichten zu müssen, „holen“ sie sie bei ihren Freunden und Lehrern, die sich in einem hohen Maße dazu bereit zeigen.

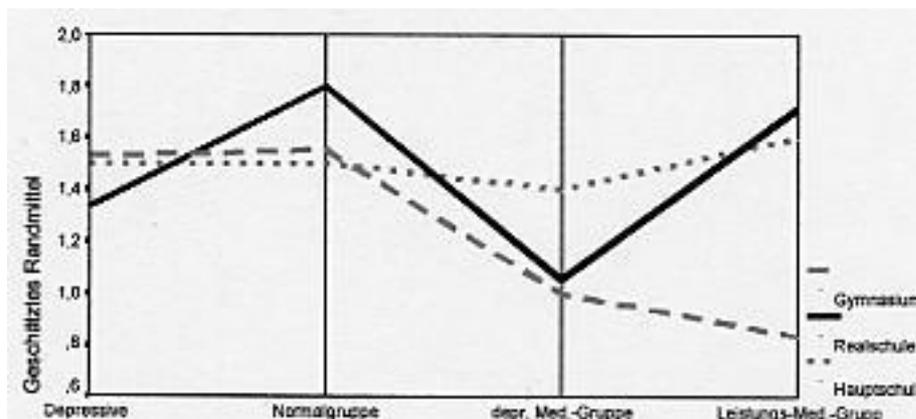
Abb. 53 Vier Clustergruppen: Aufmerksamkeit und Fürsorge während der Krankheit: Mädchen (Z-Werte)



„Meine Eltern sind besonders fürsorglich zu mir, wenn ich krank bin.“ „Meine Lehrer und Freunde sind besonders aufmerksam, wenn ich krank bin.“ „Meine Eltern reagieren abweisend und ablehnend, wenn ich krank bin“

0 = stimmt nicht bis 2 = stimmt sehr oder oft

Abb. 54 Vier Clustergruppen: „Meine Eltern sind besonders fürsorglich zu mir, wenn ich krank bin“: Mädchen (Z-Werte)



0 = stimmt nicht bis 2 = stimmt sehr oder oft

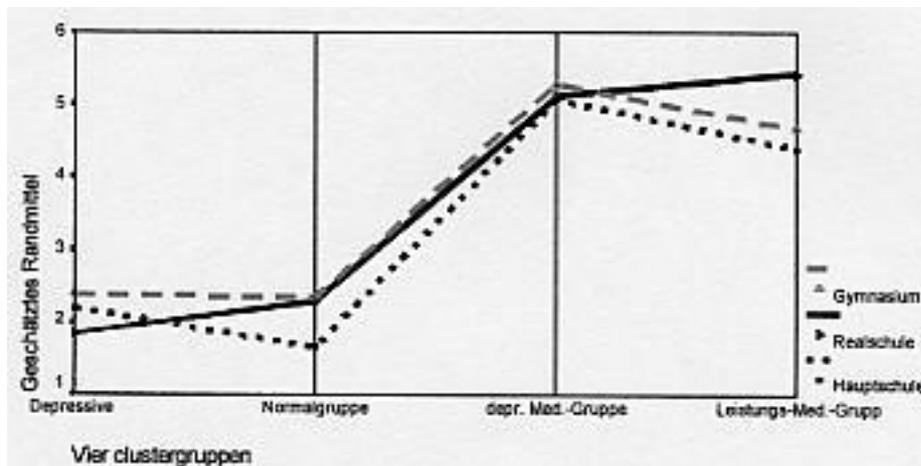
Arzneimittelkonsum ist einerseits eng mit real existierenden somatischen wie psychosomatischen Beschwerden verknüpft. Das Einnahmeverhalten der leistungsstarken Schülerinnen zeigt aber, dass das Verhältnis zwischen Konsumhäufigkeit und Beschwerdeaufkommen zugunsten des gehäufteten Medikamentenkonsums verschoben ist.

Die Real- und Hauptschülerinnen müssen auch in diesem Bereich als besonders belastete Gruppen herausgestrichen werden.

Für die Hauptschülerinnen und Gymnasiastinnen besitzt Krankheit die Funktion des gesellschaftlich legitimierten Rückzugs und der Erholung. Die Realschülerinnen sind an einem solchen Rückzug nicht interessiert, für sie nimmt der gesellschaftliche Leistungs- und Funktionserhalt einen hohen Stellenwert ein, den sie vermutungsweise über einen vermehrten Arzneimittelkonsum absichern (Abb. 54).

Abb. 55 Vier Clustergruppen: Schmerz-/Beruhigungsmittelskala, Schularten

Befund einer univariaten Varianzanalyse



N = 171

5.13 Drogen

Der Konsum von Tabak, Alkohol und zunehmend auch von illegalen Drogen gehört in Mitteleuropa zum festen Bestand der gesellschaftlich akzeptierten Genussmittel.

Die wesentliche Aufgabe des Erwachsenwerdens besteht darin, den dosierten Umgang damit zu erlernen. Drogen als Genussmittel gestatten Jugendlichen die bereichsspezifische Vorwegnahme und Imitation der Verhaltensweisen von Erwachsenen. Der Konsum besitzt aus diesem Grunde eine besondere Attraktivität für Jugendliche, die in diesem Bereich vor eine Herausforderung gestellt sind, was zunächst als Entwicklungsdefizit empfunden wird. Gleichzeitig bietet die Annäherung an den Konsum auch die Möglichkeit der Abgrenzung zur Welt der Erwachsenen. So können im Konsum eigene neue Verhaltensmuster entwickelt werden, die sich von denen der Erwachsenen unterscheiden oder auch Formen des Protestes zum Ausdruck gebracht werden, so z. B. in der Ablehnung des Alkohols zugunsten des Konsums von Cannabis.

Insgesamt ist der Umgang mit jeder Form rauschhafter Drogen für Jugendliche ambivalent: Sie müssen sich gedanklich und handelnd damit auseinandersetzen, weil sie sonst in einer von Drogen geprägten Lebensumwelt sozial inkompetent bleiben würden.

Drogenkonsum ist insofern ein „Medium“ der Verarbeitung von Lebens- und Umwelтанforderungen. Der Drogenkonsum ist eine ‚normale‘ Form der Realitätsverarbeitung auch insofern, weil zumindest die legalen Drogen in unserer Gesellschaft auch als Instrument der Persönlichkeitsdarstellung gelten. Auf diese in den Drogen selbst angelegte „ambivalente Potenz von destruktiver Kraft und positiver Lebensbejahung“ verweist auch Quensel (1985; 56) in der Bewertung eines ablehnenden oder akzeptierten Gebrauchs von Drogen in unserer Gesellschaft. Ein normierter Umgang mit Drogen findet über die subkulturelle Einbindung des Drogenkonsums in unserer Gesellschaft statt und trägt darüber zu einer Selbstkontrolle des Konsums von Drogen innerhalb unterschiedlicher Subkulturen bei. Drogen wie Alkohol und Nikotin wie verordnete Arzneimittel bewegen sich dann auf einer gesellschaftlich akzeptierten Bahn. „Derartige informelle Normensysteme ... funktionieren hier ohne bürokratischen Aufwand gleichsam als ein doppeltes soziales Sicherungssystem derart, dass man lernt, wie man mit bestimmten Drogen umgeht und welche man meiden muss, um ohne allzu großen Kater oder ohne Leberzirrhose den größtmöglichen sozialen wie auch privaten Gewinn aus ihnen zu ziehen“ (57).

Gleichwohl wird der Drogenkonsum dann problematisch, wenn damit der Weg der Manipulation der psychischen, sozialen und körperlichen Befindlichkeit eingeschlagen wird, der längerfristig zu Abhängigkeit, zu gesundheitlichen Schädigungen und zu Beeinträchtigungen und Blockierungen der weiteren Persönlichkeitsentwicklung führen kann. Wenn Jugendliche Drogen unkontrolliert nutzen, signalisieren sie damit, dass ihr Repertoire von Mitteln der Lebensgestaltung und Lebensbewältigung unzureichend und der Drogenkonsum als „Krücke“ der Selbstwertstabilisierung eingesetzt wird (Hurrelmann, 1991; 242). Quensel verweist in diesem Zusammenhang noch einmal auf die Notwendigkeit der Verhältnisbestimmung, des Abwägens von Vor- und Nachteilen, die eine Droge beim Konsumenten erreichen kann. „Man kann das Risiko einer Droge nicht absolut bestimmen“ (1989; 392), es muss im Verhältnis zum Gewinn, der aus der Droge gezogen werden kann, gesehen werden. Im Focus bei der Risikoeinschätzung einer Droge sollten auch immer die „unterschiedlichen Drogenpolitiken“ (ebd.) stehen. Somit zeigt sich beim „verteufelten“ Cannabiskonsum auch ein nicht zu unterschätzender „Freizeitwert“ (ebd.). Jugendliche, die sich durch einen erhöhten Cannabiskonsum auszeichnen gehören nicht unbedingt zu den „problematischen“ Jugendlichen mit schlechten Schulnoten. Diese Tatsache konnte auch in der vorliegenden Studie bestätigt werden.

5.13.1 Schulzweigspezifischer Alkoholkonsum der vier Clustergruppen

Gerade die Erhebung von Daten im Drogenbereich muss bei Jugendlichen kritisch betrachtet werden, da es hier zu Unter- oder Übertreibungen kommen kann. Es besteht hier die Gefahr, dass im Rahmen gesellschaftlich erwünschter Meinungen geantwortet oder prahlerisch ein bestimmtes Konsumverhalten vorgetäuscht wird.

Die hier ermittelten Daten über den Alkoholkonsum können insoweit als valide angesehen werden, da sie sich weitgehend mit den Ergebnissen anderer Studien decken.

Franke/ Mohn/ Sitzler/ Welbrink/ Witte (2001) finden in ihrer Studie zur Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen heraus, dass „alkoholkonsumierende und alkoholabhängige Frauen einen höheren Bildungsstand haben als Frauen ohne auffälligen Alkoholkonsum und medikamentenkonsumierende- und -abhängige Frauen.“ Hinsichtlich der Beschäftigungssituation der untersuchten Frauen konnte ermittelt werden, dass keine alkoholkonsumierende Frau arbeitslos ist, ganz im Gegenteil, sie üben Berufe mit höherer Handlungsautonomie aus im Gegensatz zu allen übrigen Konsumgruppen“ (168). Ein wichtiger Grund für den Alkoholkonsum von Frauen in höherer beruflicher Verantwortung liegt in der beruflich angespannten Situation, die das sogenannte ‚Entspannungstrinken‘ zur Folge haben kann. Diese Art des Konsums ist – bei Frauen und Männern gleichermaßen – gesellschaftlich anerkannt und hat Ritualfunktion. Die berufliche Anerkennung und Herausforderung schützt diese Frauen aber auch vor der Isolierung der Hausfrauen, die ihren Problemsituationen oft ausgeliefert sind und keine Möglichkeit der beruflichen Kompensation haben. In der vorliegenden Untersuchung kann dieser Befund ebenfalls für junge Frauen aus höheren Bildungsschichten festgestellt werden. In drei von vier Clustergruppen ('Depressive', 'Normalgruppe' und 'Depr.-Med.-Gruppe') zeigen die Gymnasiastinnen die höchsten Konsumwerte für die Droge Alkohol.

Als weiteres Ergebnis konstatiert Franke u. a., dass Frauen mit Medikamentenproblemen zumeist auch Frauen mit niedrigen Schul- und Berufsabschlüssen sind. Mehr als ein Viertel der medikamentenabhängigen Frauen hat überhaupt keine Berufsausbildung (194) und ist zumeist Hausfrau. Deren Hauptinteresse es ist, eine funktionstüchtige Fassade aufrechtzuerhalten.

Der varianzanalytische Befund für den Faktor Alkoholkonsum bezogen auf die vier Clustergruppen, dargestellt in der Abb. 54, zeigt für die 'Leistungs-Med.-Gruppe' einen sehr geringen Alkoholkonsum, der schulzweigspezifisch einen etwas anderen Eindruck vermittelt, weil es sich hier um leistungsstarke Schülerinnen handelt. Diese Schülerinnen werden aber in der Regel Mitglieder mittlerer Leistungsschichten sein (die Realschülerinnen stellen die Hauptgruppe in diesem vierten Cluster), die doch in Anlehnung an Frankes u. a. Studie mehr

zu einem erhöhten Arzneimittelkonsum tendieren, wie die vorliegende Studie dies auch für die aufstrebenden Hauptschülerinnen und leistungsorientierten Realschülerinnen herausgearbeitet hat.

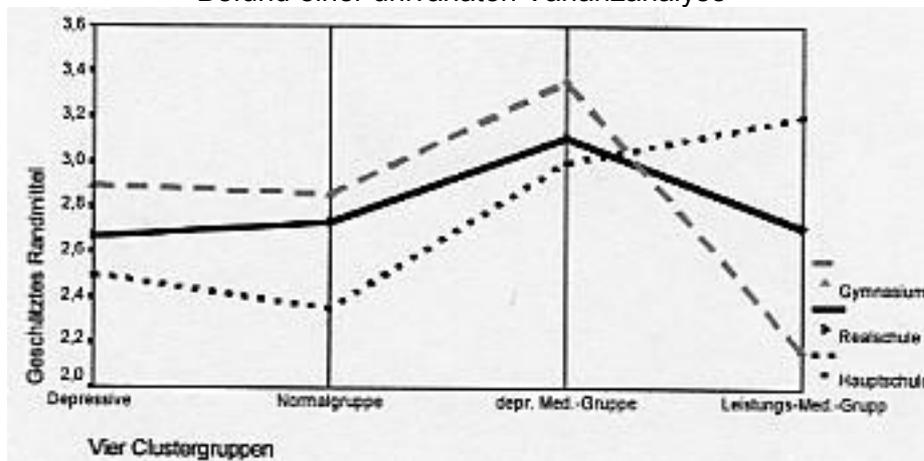
Ähnlich den Frauen mit Medikamentenproblemen scheinen auch die hier befragten Mädchen aus der 'Depr.-Med.-Gruppe' ein Interesse daran zu haben, die äußere persönliche Fassade aufrechtzuerhalten. Sie konsumieren, weil sie vermutlich keine anderen Bewältigungsmechanismen zur Verfügung haben. Es liegt ihnen im Gegensatz zu den 'Depressiven' ohne Arzneimittelkonsum daran, ihre Funktionstüchtigkeit zu erhalten. Hier zeigen sich bei den jungen Frauen schon Verhaltensmuster im Umgang mit Arzneimitteln, die sich bei den ältern Frauen dann verfestigen.

Der niedrige Arzneimittelkonsum unter den ‚Depressiven‘ (Abb. 54) kann als weiterer Beleg für die oben angeführten Zusammenhänge der unterschiedlichen Frauengruppen gelten, weil das Cluster ‚Depressive‘ über einen sehr hohen Anteil Gymnasiastinnen verfügt (vgl. Abb. 37), die vermehrt Alkohol konsumieren (Abb. 5).

Die Befunde für Alkohol und Arzneimittel zeigen für die beiden medikamentenkonsumierenden Frauengruppen (Mädchen aus der 'Depr.-Med.-Gruppe' und ältere Frauen aus der Untersuchung Frankes) zwei gemeinsame Funktionen: Funktionieren und Entspannung. Während für die älteren Frauen weniger der Alkohol als Arzneimittel beide Funktionen übernimmt, gebrauchen die Mädchen beide Drogen. Beide Frauengruppen mit ähnlicher Persönlichkeits- und Bildungsstruktur, korrelieren weiterhin in einem bedenklichen Arzneimittelkonsum. Insofern kann angenommen werden, dass eine gewisse verhaltensorientierte Vorhersagbarkeit in den Variablen ‚Bildung‘ und ‚Persönlichkeitsstruktur‘ vorhanden ist.

Abb. 56 Vier Clustergruppen: Alkoholskala, Schularten

Befund einer univariaten Varianzanalyse



N = 171

Mittelwerte der vier Clustergruppen:

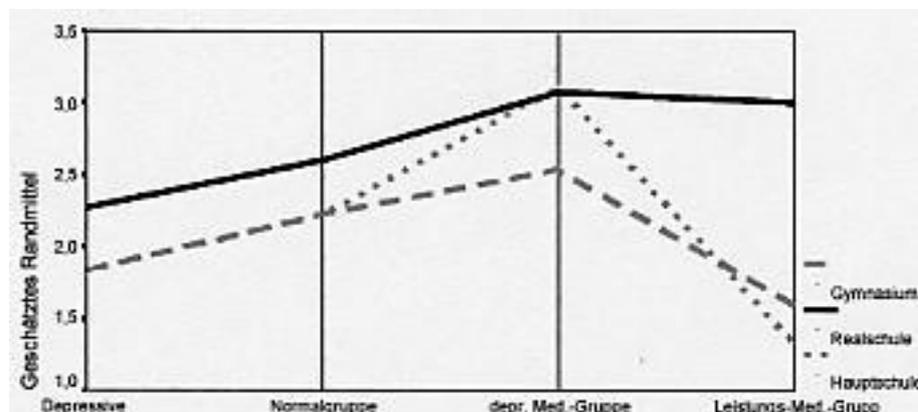
'Depressiven'	= 2,72
'Normalgruppe'	= 2,66
'Depr.-Med.-Gruppe'	= 3,14
'Leistungs-Med.-Gruppe'	= 2,66
Gesamt	= 2,81

5.13.2 Rauchen

Das Rauchen hat die Funktion, entwicklungsbedingte und schulleistungsbezogene Belastungen, die eine Bedrohung für das Selbstwertgefühl darstellen, abzufangen. Die Zigarette dient hier der Kompensation für das angegriffene Selbstbewusstsein. Dabei wird das Rauchen von

Schülern als Prestigebehandlung, von den Eltern und Lehrern dagegen als Protesthaltung interpretiert. Da auch durch psychoaktive Arzneimittel eine vorübergehende Entlastung erreicht wird, erstaunen insofern die errechneten Zusammenhangsmaße zwischen den Variablen ‚Rauchen‘ und ‚Arzneimittel‘, die im Folgenden näher dargestellt werden, nicht.

Abb. 57 Vier Clustergruppen Rauchverhalten: Mädchen, Schularten



N = 169

Mittelwerte der vier Clustergruppen:

'Gymnasium' = 2,31

'Realschule' = 2,89

'Hauptschule' = 3,01

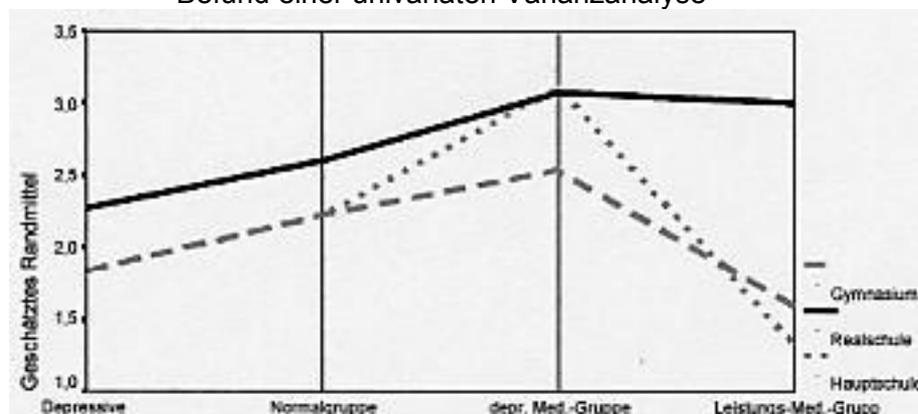
Gesamt = 2,70

Die Abb. 57 zeigt vereinfacht, dass mit der Erhöhung des Arzneimittelkonsums auch der Nikotinkonsum ansteigt. Beide Medikamentengruppen weisen die höchsten Raucherwerte im Verhältnis zu den anderen Gruppen auf.

Schulzweigspezifisch dominieren die Realschülerinnen in allen Clustergruppen. Sehr different zeigen sich die Schulzweige in der 'Leistungs-Med.-Gruppe'. Hier verzeichnen die Realschülerinnen die höchsten Werte, die Hauptschülerinnen und Gymnasiastinnen rauchen in dieser Gruppe sehr wenig.

Abb. 58 Vier Clustergruppen Rauchverhalten: Mädchen, Schularten

Befund einer univariaten Varianzanalyse



5.13.3 Zusammenhang von Rauchen und Arzneimittelkonsum

Medikamente und Nikotin sind von der „Substanz her gesehen zwei miteinander vergleichbare ‚Drogen‘ die jedoch im Umgang unterschiedlichen funktionalen Absichten folgen und in unterschiedlichen Situationen und mit unterschiedlicher Zielsetzung eingesetzt“ werden (Quensel, 2000; 39). In einer 1997/98 durchgeführten Studie zum „Freizeit- und Gesundheitsverhalten“ von Jugendlichen in Bremen (Quensel/ Kolte, 1999), konnte am Beispiel der Medikamente gezeigt werden, dass alle Schüler ihren Nikotin- und Cannabiskonsum als Beeinträchtigung ihrer Gesundheit beurteilen, während die Gymnasiastinnen eher einen Bezug zum „Schwänzen“ sehen.

Wie Tabelle 27 zeigt, lässt sich für die Realschülerinnen ($r = .43$) und für die Hauptschülerinnen ($r = .30$) für die Variablen ‚Rauchen‘ und ‚Schmerzmedikamente‘ ein deutlicher Zusammenhang erkennen. Bei den Gymnasiastinnen zeigt sich für ‚Präventivmittel‘ und ‚Rauchen‘ ein Zusammenhang. Alle drei Mädchengruppen erklären ihren Nikotinkonsum somatisch.

Tab. 27 Medikamente, Rauchen: Mädchen, Schularten (Korrelationen)

	Rauchen		
	Hauptschule	Realschule	Gymnasium
Schmerzmedikamente	.30	.43	.08
Präventivmittel	.09	.24	.22
Psychomittel	.02	.11	.16

Tab. 28 Medikamente, Rauchen: Mädchen, vier Clustergruppen (Korrelationen)

	Rauchen			
	'Depressiven'	'Normalgr.'	'Depr.-Med.-Gruppe'	'Leistungs-Med.-Gruppe'
Schmerzmedikamente	.17	.35	.01	.14
Präventivmittel	.06	.25	.08	.04
Psychomittel	.23	.01	.16	.47

Insbesondere die Gymnasiastinnen sehen durch das Rauchen ihren Gesundheitszustand beeinträchtigt, während die Realschülerinnen und Hauptschülerinnen hier keinen Bezug herstellen. Das gleiche gilt für das krankheitsbedingte Fehlen (Abb. 29). Gymnasiastinnen konstatieren eine Verbindung zum Rauchen, während die anderen beiden Schulzweige in beiden Geschlechtern keinen Zusammenhang herstellen. Einzig für das Schwänzen sehen die männlichen und weiblichen Gymnasiasten, die Hauptschülerinnen sowie die männlichen Realschülerinnen einen Zusammenhang zum Rauchen.

Tab. 29 Rauchen: Gesundheitsstatus und schulisches Fehlen: Geschlechter, Schularten (Korrelationen)

	Rauchen					
	gesund		fehlen		schwänzen	
	w	m	w	m	w	m
Gymnasium	.35	.18	.35	.18	.36	.28
Realschule	.16	.09	.16	.09	.06	.19
Hauptschule	.04	.06	.04	.06	.25	.02

Anm.: „Wie schätzt Du Deine Gesundheit ein?“
 „Wie viele ganze Schultage hast Du im letzten Monat versäumt?“

Tabelle 28 zeigt, die 'Leistungs-Med.-Gruppe' verbindet psychosomatische Beschwerden mit Nikotinkonsum, alle anderen Gruppen finden andere Gründe, die hier nicht näher untersucht wurden.

Während die 'Depr.-Med.-Gruppe' ihren höheren Nikotinkonsum mit einer Beeinträchtigung ihres Gesundheitszustandes in Verbindung bringt, wie auch die Schülerinnen der 'Leistungs-Med.-Gruppe', stellen diese ebenfalls einen deutlichen Bezug zum krankheitsbedingtem Fehlen und „Schwänzen“ her (Tab. 30). Die 'Depressiven' sehen keinen Einfluss auf ihre gesundheitliche Situation, aber sehen im Rauchen einen Beitrag zum „Schwänzen“.

Tab. 30 Rauchen: Gesundheitsstatus und schulisches Fehlen für vier Clustergruppen (Korrelationen)

	Rauchen		
	gesund	fehlen	schwänzen
'Depressiven'	.05	.08	.40
'Normalgruppe'	.10	.20	.16
'depr.-Med.-Gruppe'	.25	.14	.22
'Leistungs-Med.-Gruppe'	.49	.30	.32

Es kann zusammenfassend für Medikamente und Nikotin in der Anwendung die gemeinsame Funktion der Entlastung herausgestellt werden. Tabelle 30 zeigt für die 'Leistungs-Med.-Gruppe' einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten einerseits und Schulversäumnissen durch Krankheit oder „Schwänzen“ andererseits, aber auch eine durch das Rauchen bedingte Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes.

So wie die 'Leistungs-Med.-Gruppe' ihre schulischen Versäumnisse (krankheitsbedingte Fehlzeiten und „Schwänzen“) psychosomatisch erklärt (Tabelle 30), wird ihr Rauchverhalten psychosomatisch interpretiert (Tabelle 28). Insbesondere das „Schwänzen“ aber auch das krankheitsbedingte Fehlen wird in dieser Gruppe mit beiden Drogen in Verbindung gebracht. Vor

dem Hintergrund der hohen Fehlzeiten dieser Gruppe zeigt der Konsum beider Drogen zugleich einen „Krankheitswert“ (Quensel, 2000; 39) und einen „Schul-Unlust-Wert“ (ebd.).

5.13.4 Zusammenfassung

Alkohol

Die Variablen Bildung, Status, Persönlichkeitsstruktur und Konsumart und –häufigkeit trennen die Frauenstichprobe in Frankes Studie sowie auch die untersuchten Mädchen in der vorliegenden Untersuchung. Bemerkenswert ist, dass sich in der Analyse dieser Variablen deutliche Gemeinsamkeiten zwischen diesen beiden altersunterschiedlichen Frauengruppen herausgestellt haben, die eine gewisse Vorhersagbarkeit sich entwickelnder Konsummuster zulassen.

Rauchen:

Realschülerinnen, Hauptschülerinnen und Gymnasiastinnen erklären ihren Nikotinkonsum somatisch.

In den Clustergruppen zeigen sich insbesondere in der 'Leistungs-Med.-Gruppe', die ja ohnehin hohe schulische Fehlzeiten hat, hohe Zusammenhangswerte zwischen den Variablen Nikotinkonsum, Gesundheitsstatus und Schwänzen.

Zusammenfassend kann in gewisser Weise über die Variable Rauchen in Verbindung mit den Krankheits- und Schul-Unlust-Werten auf eine bestimmte Schulunlust oder auf Schulschwierigkeiten der Schüler geschlossen werden. Die Realschülerinnen zeichnen sich als die Mädchengruppe mit dem höchsten Nikotinkonsum aus. Unter Berücksichtigung der theoretischen Überlegungen zur angespannten Leistungssituation gerade der Realschülerinnen, einer hohen schulischen Versäumnisrate sowie einem hohen Nikotinkonsum dieser Mädchengruppe, lassen im obigen Sinne auf eine gewisse Form von Protest oder wenigstens Ablehnung ihrer jetzigen schulischen Situation schließen.

5.14 Gesamtresümee

Schulische Situation

Resümierend ist festzuhalten, dass ein hoher Prozentsatz der befragten Mädchen schon ein- oder zweimal eine Klasse wiederholen musste. Sie berichten häufig wegen Krankheit die Schule zu versäumen. Hier zeichnet sich ein deutlicher schulspezifischer Unterschied ab. Die Realschüler weisen die geringsten Fehltagen auf, gerade in den höheren Versäumniskategorien. Die Hauptschüler fehlen im Schulvergleich am häufigsten. Neben diesem schulspezifischen Unterschied kann auch ein geschlechtsspezifischer Unterschied errechnet werden. Gerade bei den höheren Fehlzeiten von >mehr als 5 Fehltagen< liegt der Anteil der Mädchen um ein Vielfaches höher.

Die Angaben über Schulversäumnisse wegen Schwänzen fallen sehr gering aus. Hier bleibt zu bedenken, dass die Angaben von Schülern stammen, die bei der Befragung anwesend waren. Insofern ist eine höhere Quote anzunehmen, weil gerade, die „Schwänzer“, die bei der Befragung nicht anwesend waren, auch keine Angaben machen konnten. Es zeigt sich aber auch hier ein Unterschied in den Schulen. Werden die Daten nur auf die Mädchen bezogen, sind die Realschülerinnen wieder die bravsten, sie schwänzen nur zu 4,9%, gefolgt von den Gymnasiastinnen mit 16%. Die höchste Versäumnisquote haben die Hauptschülerinnen mit 35,1%. Wobei sich diese Zahlen auf einem sehr niedrigen Niveau bewegen. Geht man davon aus, dass sich im Schwänzen eine Protesthaltung gegenüber der Schule ausdrückt, zeigen gerade Realschülerinnen ein eher leistungsorientiertes Verhalten, ganz im Gegensatz zu den Hauptschülerinnen. Die schulische Situation stellt sich für die Mädchen insgesamt betrachtet etwas negativer dar als für die Jungen. In der persönlichen Leistungseinschätzung fällt die Bewer-

tung der Jungen negativer aus. Diese negative Einschätzung ist bei den Real- und Hauptschülern zu finden. Im Gymnasialbereich bewerten die Mädchen ihre eigene Leistungslage schlechter als die Jungen. Im Schulvergleich zeigen sich wieder die Realschüler im Vergleich zu den anderen Zweigen als diejenigen, die ihre eigene Leistungslage am negativsten beurteilen.

Für die schulische Situation ist festzuhalten, dass die Realschüler in allen Variablen bedenklichere Werte aufweisen, als die anderen Schulen. Geschlechtsspezifisch sind es schulübergreifend die Mädchen, die im Vergleich teilweise unerfreulichere Werte erkennen lassen.

Drogen

Für alle erfragten Drogen können erstaunlich hohe Werte ermittelt werden. Die Schulen unterscheiden sich in der jeweiligen Art der Droge, die vermehrt konsumiert wird. Die Hauptschülerinnen dominieren gerade im Nikotinkonsum, die Realschülerinnen gebrauchen in erhöhtem Maße Medikamente und Cannabis und die Gymnasiastinnen konsumieren in beträchtlichem Ausmaß Alkohol. Dabei zeigen sich die Jungen teilweise unerfahrener als die Mädchen. So befindet sich kein Gymnasiast in der Sparte >täglich mehr als 9 Zigaretten< und die männlichen Hauptschüler weisen in allen Drogenarten niedrigere Werte auf im Verhältnis zu ihren weiblichen Mitschülerinnen.

Für den Konsum von Drogen, kann eindrucksvoll festgestellt werden, dass alle Drogen in erstaunlich hohem Maße konsumiert werden und sich die Mädchen gerade in der Hauptschule und im Gymnasium drogenerfahrener zeigen als die Jungen.

Gesundheitliche Lage

Die gesundheitliche Situation der Mädchen ist insgesamt betrachtet bedenklich. Die befragten Mädchen leiden in einem hohen Maße unter psychovegetativen Beschwerden, wie Nervosität und Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten, Schwindelgefühle und Schlafstörungen. Auch über Rücken- und Schulterschmerzen sowie über Bauch- und Kopfschmerzen berichten sie gehäuft. Dabei kristallisieren sich schulzweigspezifische Unterschiede heraus. Obwohl die Einschätzung der eigenen Gesundheit bei den Hauptschülerinnen am negativsten ausgefallen ist, zeichnet sich eine im Vergleich mit den anderen Schulen betrachtet, eher positivere Gesundheitslage ab. Sehr negative gesundheitliche Werte können für die Gymnasiastinnen errechnet werden, denen die Realschülerinnen folgen.

Die Depressionswerte fallen für die Gymnasiastinnen am höchsten aus, gefolgt von den Realschülerinnen. Die Hauptschülerinnen leiden nicht in dem Maße unter depressiven Verstimmungen wie die anderen beiden Schulzweige. Die Realschülerinnen weisen aber gerade im Schmerz- und Beruhigungsmittelkonsum die höchsten Werte auf. Die Hauptschülerinnen konsumieren weit weniger Schmerzmedikamente als die Realschülerinnen und Gymnasiastinnen.

Desweiteren ist ebenfalls ein deutlicher Unterschied in der Prävalenz der depressiven Verstimmungen wie auch im Schmerz- und Beruhigungsmittelkonsum zwischen den Geschlechtern zu konstatieren. Jungen nehmen weniger Schmerz- und Beruhigungsmittel und leiden nicht so stark unter depressiven Missstimmungen. Was nicht heißt, dass sie keine negativen Befindlichkeiten hätten, die Gründe, die zu diesen Unlustgefühlen führen sind geschlechtsspezifisch unterschiedlich. Jungen leiden darunter, wenn sie in der Peergroup nicht anerkannt sind oder sich gesellschaftlich isoliert fühlen. Für Mädchen spielt diese gesellschaftliche Komponente keine so gravierende negative Rolle. Mädchen leiden hingegen unter einem restriktiven und gleichgültigen Elternhaus. Eine solche familiäre Situation forciert die Ausprägung von depressiven Verstimmungen und einen Schmerz- und Beruhigungsmittelkonsum.

Für die gesundheitliche Situation ist zu konstatieren, dass für die Gymnasiastinnen in allen untersuchten Variablen negativere Werte errechnet wurden im Vergleich zu den anderen Schulzweigen, während im Schmerz- und Beruhigungsmittelkonsum die Realschülerinnen

führend sind. Auch geschlechtsspezifisch dominieren die Mädchen mit einem ungünstigeren gesundheitlichen Befinden.

Medikamente

Ein hoher Prozentsatz – 22,4% - der befragten Jugendlichen konsumiert Arzneimittel. Geschlechtspezifisch sind es die Mädchen, die häufiger und mehr konsumieren. Entsprechend dem Altersanstieg erhöht sich auch der Medikamentenkonsum.

Im Rahmen einer Faktoranalyse ließen sich zwei Faktorskalen ermitteln, die die konsumierten Arzneimittel in zwei Skalen zusammenfasst. Die eine umfasst Arzneimittel gegen psychische und die zweite gegen somatische Beschwerden. Auch schulspezifisch schlägt sich diese Unterscheidung nieder. Die Gymnasiastinnen verwenden überwiegend psychoaktive Mittel. Die Realschülerinnen hingegen gebrauchen überwiegend Schmerzmedikamente. Die Hauptschülerinnen konsumieren beide Arten, aber zurückhaltender.

Pharmaka werden auch zur Leistungssteigerung eingesetzt. Dieser Zusammenhang ist hier gerade für die Jungen zu bestätigen. Aber auch die Realschülerinnen geben deutliche Hinweise auf einen solchen Zusammenhang.

Ein hoher Prozentsatz konsumiert Arzneimittel – Mädchen häufiger und intensiver als Jungen. Gymnasiastinnen nehmen vermehrt Psycho-Mittel und Realschülerinnen gebrauchen eher Schmerzmedikamente. Es werden psychovegetative Beschwerden wie schmerzhafte Krankheitszustände behandelt. Die Anwendung wird ebenfalls missbräuchlich, d. h. nicht indikationsbezogen durchgeführt, was in erster Linie für die Realschülerinnen zutrifft.

Die faktorenanalytischen Befunde zum Arzneimittelkonsum verweisen auf ein unterschiedliches Einnahmeverhalten der Mädchen. Sie konstatieren schulzweigspezifische Unterschiede in der Häufigkeit und in der Art der konsumierten Mittel.

Ausgehend vom faktorenanalytischen Befund und dem Wissen aus der Drogenforschung, dass Drogen nicht ausschließlich zur Kompensation von unangenehmen Gefühlen und unbewältigten Konflikten gebraucht werden, sondern auch eine ausgeprägte Spaß- und Geselligkeitskomponente besitzen, wurden die Variablen >Stimmung<, >depressive< >Stimmung< und >Geselligkeit< mit Hilfe einer Varianzanalyse auf einen eventuellen Zusammenhang zum ermittelten Arzneimittelkonsum hin überprüft.

Die Ergebnisse der varianzanalytischen Untersuchung für den Faktor ‚Stimmung‘ zeigen einen Haupteffekt für die Arzneimittelgruppe ‚Schmerzmedikamente‘ und ‚Psychomittel‘.

In allen drei Arzneimittelgruppen (Psychomittel, Schmerzmedikamente, Präventivmittel (Menstrationsmittel, Vitamine)) treten deutlich schulzweigspezifische Unterschiede mit z. T. gegenläufiger Tendenz hervor. Die Gymnasiastinnen konsumieren bei schlechter Stimmung alle drei genannten Medikamentengruppen in hohem Maße. Die Realschülerinnen unterscheiden sich nicht in der Häufigkeit des Konsums der Arzneimittel, aber deutlich im situativen Anlass. Realschülerinnen konsumieren vermehrt alle dargestellten Arzneimittel und insbesondere Präventivmittel, die Menstrationsmittel und Vitamine umfassen, wenn sie sich in guter bis sehr guter Stimmung befinden. Die Hauptschülerinnen verhalten sich im Konsum in allen drei untersuchungsrelevanten Arzneimittelgruppen eher zurückhaltend.

Der varianzanalytische Befund für den Faktor ‚depressive Verstimmung‘ zeigt einen Haupteffekt für die Arzneimittelgruppe ‚Schmerzmedikamente‘. Die Ergebnisse markieren für alle analysierten Schulzweige einen Zusammenhang zwischen ‚depressiver Verstimmung‘ und einem gesteigerten Schmerzmittelkonsum, der bei den Realschülerinnen am höchsten ausfällt. Die ‚Psychomittel‘, als Mittel der Wahl für diese Form der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung, werden insgesamt betrachtet weniger konsumiert als die Schmerzmittel. Auch für die Arzneimittelgruppen ‚Psychomittel‘ und ‚Präventivmittel‘ kann für die Realschülerinnen der höchste Konsum ermittelt werden.

Für den Faktor ‚Geselligkeit‘ zeigt sich ein Haupteffekt für die Arzneimittelgruppe ‚Psychomittel‘. Der varianzanalytische Befund belegt für die Gruppe der hochgradig geselligen Gymnasiastinnen und Realschülerinnen einen hohen ‚Psycho-Mittelkonsum‘. Die geselligen

Hauptschülerinnen konsumieren diese Mittel eher selten, die wenig geselligen oder isolierten hingegen gebrauchen diese Mittel vermehrt.

Schmerzmedikamente werden schulzweigübergreifend in hohem Maße von allen geselligen Schülerinnen gebraucht. Mit Abnahme des Geselligkeitsgrades nimmt tendenziell auch der Arzneimittelkonsum ab. Eine Ausnahme, mit einem konstant hohen Medikamentenkonsum stellen die Realschülerinnen dar. Ihr Konsum von Schmerzmedikamenten und im besonderen von Präventivmitteln bleibt ungeachtet vom Geselligkeitsgrad unveränderlich hoch.

Auf der Basis der vorliegenden Datengrundlage konnten zwei Problemgruppen identifiziert werden. Neben einer größeren Mittelgruppe, die die Mädchen mit etwas Medikamentenkonsum und einem mittleren Geselligkeitsmaß vertritt, treten auf beiden Seiten zwei weitere Gruppen in Erscheinung. Die Gruppe der „geselligen Konsumentinnen“ setzt sich überwiegend aus Realschülerinnen und Gymnasiastinnen zusammen, die bei einem hohen Geselligkeitsgrad einen ebenfalls hohen Medikamentenkonsum zeigen. Im Schmerzmittelkonsum müssen auch die Hauptschülerinnen eingruppiert werden.

Die andere Gruppe, die „isolierten Konsumentinnen“, stellt die wenig geselligen und isolierten weiblichen Jugendlichen dar, die ebenfalls in allen drei Arzneimittelgruppen vertreten sind. Die Konsumgewohnheiten sind im niedrigen Geselligkeitsgrad deutlich von der Art der Mittel abhängig. Die wenig kontaktfreudigen Hauptschülerinnen gebrauchen vermehrt „Psycho-Mittel“, die Realschülerinnen hingegen Schmerzmedikamente und in hohem Maße „Präventivmittel“ und die Gymnasiastinnen überwiegend Analgetika.

„Stimmung“

Gymnasiastinnen konsumieren in schlechter Stimmung alle drei angeführten Arzneimittelgruppen in hohem Maße. Die Realschülerinnen deuten eine gegenläufige Tendenz an. Ihr Konsum für alle drei untersuchungsrelevanten Arzneimittelgruppen ist bei guter bis sehr guter Stimmung besonders hoch.

Die Hauptschülerinnen zeigen sich im Gebrauch für alle drei Medikamentengruppen eher zurückhaltend und stimmungsunabhängig.

„Depressive Verstimmung“

In allen drei Schulzweigen besteht ein enger Zusammenhang zwischen ‚depressiver Verstimmung‘ und einem gesteigerten Schmerzmittelkonsum, der bei den Realschülerinnen am höchsten ausfällt. Auch im „Psychomittel-“ und Präventivmittelbereich zeigt die Gruppe der Realschülerinnen hohe Konsumwerte, gleich gefolgt von den Gymnasiastinnen.

Geselligkeit

Für die Gruppe der hochgradig geselligen Gymnasiastinnen und Realschülerinnen gilt ein hoher „Psycho-Mittelkonsum“. Die geselligen Hauptschülerinnen konsumieren diese Mittel eher selten, die wenig geselligen oder isolierten hingegen gebrauchen diese Mittel vermehrt. Mit Abnahme des Geselligkeitsgrades nimmt tendenziell auch der Arzneimittelkonsum ab. Eine Ausnahme stellen die Realschülerinnen dar. Ihr Konsum von Schmerzmedikamenten und im besonderen von Präventivmitteln bleibt unabhängig vom Geselligkeitsgrad unveränderlich hoch.

Aus den Befunden geht eine exponierte Stellung der Realschülerinnen hervor, die ein z. T. unterschiedliches eher unkonventionelles Einnahmeverhalten im Gegensatz zu den anderen Schulzweigen einnehmen sowie bedenklich hohe Konsumwerte für alle Arzneimittelgruppen aufweisen.

Zur näheren Bestimmung der ermittelten Konsumentinnengruppen wurden symmetrische Zusammenhangsmaße zu Hilfe genommen. Die Korrelationswerte nach Pearson bestätigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Variablen >Geselligkeit< und Arzneimittelkonsum<. Ebenfalls kann ganz im Sinne der Kompensationstheorie ein Zusammenhang zwischen den Variablen >depressive Verstimmung< und >Arzneimittelkonsum< nachgewiesen werden.

Zur Aufklärung, einer von der Kompensationsfunktion abweichenden Konsummotivation der geselligen Mädchen, wurde die Variable >Leistungseinschätzung< eingesetzt. Erwartbar wäre eine Korrelation zwischen positiver Leistungseinschätzung, guter Stimmung und niedrigen Depressionswerten gewesen. Mit negativer Leistungseinschätzung steigt erwartungsgemäß die depressive Verstimmung an, was aber nicht zwangsläufig zu einem erhöhten Schmerzmittelkonsum führt. Dieser steigt in dem Maße mit positiver Leistungseinschätzung an, wie die Variablen >Depressive Verstimmung< und >Stimmung< absteigen. Leistung könnte somit zum Signum der unterschiedlich medikamentenkonsumierenden Mädchengruppen werden. Diese Werte bilden sich interkorrelativ nur sehr schwach für die Jungen heraus. Der Mittelwertevergleich zeigt einen vorsichtigen Hinweis auch für die Mädchen.

Um diesen Zusammenhang näher zu untersuchen konnten im Rahmen einer hierarchischen Clusteranalyse vier Gruppen unterschieden werden:

Eine relativ große ‚Normalgruppe‘ (N = 64), die guter Stimmung und nicht depressiv verstimmt ist, die eigene schulische Leistung positiv bewertet und wenig Medikamente konsumiert.

Die Gruppe der ‚Depressiven‘ (N = 43) zeigt hingegen hohe Depressions- sowie niedrige Stimmungswerte, die auf eine negative Grundstimmung verweisen. Sie beurteilen ihre eigene Leistungssituation nicht im gleichen Maße positiv wie die Normalgruppe und verhalten sich im Arzneimittelkonsum überdurchschnittlich zurückhaltend.

Ferner ließen sich zwei weitere Gruppen isolieren, die sich durch einen hohen Medikamentenkonsum auszeichnen. Die eine Gruppe, die ‚depressive Med.-Gruppe‘ (N = 48), die unter einem hohen Grad depressiver Verstimmung leidet. Die Leistungseinschätzung bewegt auf dem gleichen niedrigen Niveau wie die Gruppe der ‚Depressiven‘. Die andere Medikamentengruppe, die ‚Leistungs-Med.-Gruppe‘ (N = 40), ist neben einem beträchtlichen Arzneimittelkonsum durch eine bemerkenswert hohe positive Leistungseinschätzung gekennzeichnet. Sie befinden sich in guter Stimmung und zeigen kaum depressive Verstimmungen.

Die Gymnasiastinnen sind in der ‚Normalgruppe‘ und der ‚Depressiven‘-Gruppe gleichermaßen vertreten, in den beiden Medikamentengruppen sind sie unterrepräsentiert. Im Gegensatz zu den Realschülerinnen, die in beiden Medikamentengruppen am stärksten vertreten sind. Die Hauptschülerinnen finden sich überwiegend in der ‚Normalgruppe‘ und ‚depr.-Med.-Gruppe‘.

Somit sind die Realschülerinnen als größte Gruppe und die Hauptschülerinnen als zweitgrößte Gruppe die Vertreterinnen der ‚Leistungs-Med.-Gruppe‘ und der ‚depr.-Med.-Gruppe‘. Die Hauptschülerinnen und Realschülerinnen stellen in diesem Zusammenhang die am stärksten medikamentös belasteten Mädchengruppen dar.

Die ‚Leistungs-Med.-Gruppe‘ setzt sich in der Mehrzahl aus älteren Schülerinnen zusammen. Die 15jährigen Mädchen werden überwiegend in der ‚Normalgruppe‘ und ‚depr.-Med.-Gruppe‘ zusammengefasst, während die 13/14jährigen Mädchen sich in der ‚Normalgruppe‘ und ‚Depressiven‘-Gruppe wiederfinden.

Die Cluster wurden hinsichtlich der Variablen ‚Schule‘, ‚Familie‘, ‚gesundheitliche Lage‘ und ‚Drogen‘ näher charakterisiert:

Schulverhalten der Clustergruppen

Im Schulbereich können zusammenfassend sehr hohe Fehlzeiten für die beiden Medikamentengruppen festgestellt werden, darauf bleiben dann aber die Gemeinsamkeiten im Schulverhalten dieser beiden Gruppen beschränkt.

Die Schülerinnen der ‚depr.-Med.-Gruppe‘ sind häufig elterlichem Leistungsdruck ausgesetzt. Hier zeigen sich die Realschülerinnen und Gymnasiastinnen am stärksten betroffen. Die eigene Leistungseinschätzung wird von dieser Gruppe sehr pessimistisch beurteilt. Diese pessimistische Haltung betrifft in besonderem Maße die Gymnasiastinnen.

Bei den Mädchen der ‚Leistungs-Med.-Gruppe‘ fallen die Schulparameter Leistungseinschätzung, Auseinandersetzungen mit den Eltern über schulische Probleme positiver aus, obwohl

sie selber das eigene Schulverhalten eher negativ einschätzen und sehr hohe schulische Fehlzeiten aufweisen, die aber durch die Werte für die Gymnasiastinnen und Hauptschülerinnen zustande kommen. Die Realschülerinnen zeigen in der 'Leistungs-Med.-Gruppe' den geringsten Wert für schulische Fehlzeiten.

Ein Vergleich der Mittelwerte verdeutlicht eine enge Verknüpfung zwischen schulleistungsbezogenem Scheitern und dem Auftreten somatischer wie psychosomatischer Beschwerden. Die Mädchen zeigen insgesamt eine höhere Stressbelastung, die sich mit dem Eintritt schulischen Versagens deutlich verstärkt, was ebenfalls für die Jungen gilt. Nicht erfüllte Leistungsanforderungen führen bei den Jungen im Gegensatz zu den Mädchen zu einem Ansteigen depressiver Verstimmungen. Hierin zeigt sich, dass schulischer Leistungsdruck unterschiedlich verarbeitet wird, wenn auch nicht immer geschlechtstypisch.

Die Berechnungen über das symmetrische Maß Pearson r verweisen auf den großen Einfluss, den destruktiv kritisierende Eltern auf das Beschwerdeaufkommen und den Arzneimittelkonsum ihrer Kinder haben können: Die Interkorrelationswerte zeigen nur einen schwach signifikanten Zusammenhang zwischen dem Versagensereignis und einem erhöhten Beschwerdeaufkommen. Auch der Zusammenhang zwischen Arzneimittelkonsum und Scheiternserleben ist bei den Mädchen eher schwach ausgeprägt, bei den Jungen hingegen schon evidenter. Das Auftreten von körperlichen und psychischen Stresssymptomen sowie ein bedenklicher Arzneimittelkonsum für beide Geschlechter, steht aber deutlich mit häufigen elterlichen Konflikten über schulische Probleme in Verbindung.

Dieser Zusammenhang ist sehr eindrücklich für die 'depr.-Med.-Gruppe' zu konstatieren. Obwohl die Eltern der 'Leistungs-Med.-Gruppe' nicht so häufig kritisieren und sich das schulische Scheitern auf dem gleich Niveau bewegt wie bei der 'depr.-Med.-Gruppe' sowie auch somatische Beschwerden nicht übermäßig aufgetreten sind, zeigt diese Gruppe einen überaus hohen Schmerzmittelkonsum. In Verbindung mit den Schulparametern und einem hohen Beschwerdeaufkommen hat der hohe Schmerzmittelkonsum vermutlich leistungssteigernde und gefühlsverstärkende Funktion. Positive Gefühle sollen erhalten oder verstärkt werden, um den fremd- oder selbstgesetzten Leistungsanforderungen zu entsprechen. Dies trifft für die Mädchen der 'depr.-Med.-Gruppe' hinsichtlich der herangezogenen Einflussgrößen zu, wobei sich die Funktion des Arzneimittelkonsums in dieser Gruppe eher kompensatorisch darstellt, da die Variable ‚Leistung‘ hier nicht den Effekt zeigt, wie bei der 'Leistungs-Med.-Gruppe'. Realschülerinnen und Gymnasiastinnen sind in der 'depr.-Med.-Gruppe' häufig elterlichem Leistungsdruck ausgesetzt. Die hohen Fehlzeiten in dieser wie in der 'Leistungs-Med.-Gruppe' werden von den Hauptschülerinnen und Gymnasiastinnen getragen. Die Realschülerinnen zeichnen sich in allen Clustergruppen durch sehr geringe Fehlzeiten aus. Obwohl die Werte in der 'depr.-Med.-Gruppe' leicht ansteigen fallen sie in der 'Leistungs-Med.-Gruppe' fast gänzlich ab.

Familiäre Einbindung

Es zeigt sich weiterhin sehr deutlich, dass ein positives Eingebundensein in die Familie für das Gelingen einer zufriedenen weiblichen Identität für die Mädchen von besonderer Bedeutung ist. Eine schwierige familiäre Beziehung führt bei Mädchen ($r = .37, p = .000$) und vermehrt noch bei Jungen $r = .50, p = .000$ zu psychischen Auffälligkeiten und depressiven Verstimmungen. Der Konsum von Arzneimitteln wird gerade bei Mädchen in einer ungünstigen familiären Konstellation gefördert.

Für die zwei isolierten Medikamentengruppen gilt auf familiärer wie schulischer Ebene, dass Arzneimittel mehr funktionalen denn heilenden Charakter besitzen. Sie werden als Kompensationsmittel und Garant für Leistungserhalt gebraucht.

Gesundheitliche Lage und Arzneimittelkonsum

Beide Medikamentengruppen zeigen ein hohes Beschwerdeaufkommen im somatischen wie im psychosomatischen Bereich. Die höchsten Werte wurden für die 'depr.-Med.-Gruppe' ermittelt. Dementsprechend hoch ist auch der Arzneimittelkonsum von Schmerzmedikamenten und Präventivmitteln in dieser Gruppe. Obwohl die Häufigkeit aufgetretener gesundheitlicher Störungen in der 'Leistungs-Med.-Gruppe' nicht so ausgeprägt war, kann für diese Gruppe dennoch ein beträchtlicher Schmerzmedikamenten- und Präventivmittelkonsum verzeichnet werden. Die Realschülerinnen als Hauptvertreterinnen dieser Gruppe weisen allerdings im spezifisch weiblichen Beschwerdebereich ‚Bauchschmerzen‘ die höchsten Werte auf, was einen vermehrten Schmerz- und Präventivmittelkonsum hinweisen könnte.

Gerade Bauchschmerzen stehen z. T. mit fehldiagnostizierten und damit unnötigen Blinddarmoperationen bei einer Vielzahl von jungen Frauen in Zusammenhang, und können Ausdruck psychosexueller und psychosozialer Konflikte im Adoleszenzalter sein.

Krankheit als Bewältigungsstrategie

Für die 'Depressiven' im besonderen, aber auch für die 'depr.-Med.-Gruppe' in etwas abgeschwächter Form, kann Krankheit als Rückzugsmöglichkeit interpretiert werden. Die 'Depressiven' spalten sich schulzweigspezifisch sehr unterschiedlich auf. Diese legitimierte Form des Rückzugs kann in dieser Gruppe in höchstem Maße für die Gymnasiastinnen und Hauptschülerinnen konstatiert werden. Die Realschülerinnen stimmen dieser Aussage in dieser wie auch in der 'Normalgruppe' und in der 'Leistungs-Med.-Gruppe' gar nicht bis sehr eingeschränkt zu. Hier zeigt sich abermals die Bedeutsamkeit der Aufrechterhaltung der Funktionstüchtigkeit für diese Schülerinnengruppe.

Obwohl die 'Depressiven' und die 'depr.-Med.-Gruppe' Krankheit als Möglichkeit des Rückzugs und der Erholung einsetzen, erhalten sie nicht mehr elterliche Fürsorge oder Zuwendung. Gerade die Eltern der 'Depressiven' reagieren eher abweisend auf das krankheitsbedingte Verhalten ihrer Töchter. Auch die 'Leistungs-Med.-Gruppe' kann nicht auf ein höheres Maß an elterlicher Zuwendung hoffen, sie holen sich diese über Freunde und Lehrer und Lehrerinnen in einem sehr ausgeprägten Maße.

Drogen

1. Alkohol: In Anlehnung an Frankes Studienergebnissen zeigen auch die Befunde der vorliegenden Untersuchung, dass die jungen Frauen vergleichbar der älteren Frauenstichprobe aus den höheren Leistungsschichten einen hohen Alkoholkonsum aufzeigen als die niedrigeren Bildungsschichten. Die Gymnasiastinnen weisen in drei Clustergruppen ('Depressiven', 'Normalgruppe' 'depr.-Med.-Gruppe') die höchsten Werte im Alkoholkonsum auf. Eine Ausnahme bildet die 'Leistungs-Med.-Gruppe', in der sich überwiegend Realschülerinnen befinden. Hier zeigen sich die Gymnasiastinnen abstinent und die Hauptschülerinnen konsumieren am meisten. Die hohen Konsumwerte können mit dem erwähnten ‚Entspannungstrinken‘ bei den älteren beruflich erfolgreichen Frauen verglichen werden, da auch diese Mädchengruppe unter starkem Leistungsdruck steht. Die Realschülerinnen als Vertreterinnen konsumieren im Sinne der bisherigen Befunde mäßig Alkohol.

Für die 'depr.-Med.-Gruppe', die als einzige Gruppe einen überaus hohen Alkohol- und Arzneimittelkonsum zu verzeichnen hat, lassen sich gerade in den Variablen Bildung, Status und Persönlichkeitsstruktur für die altersunterschiedlichen Frauengruppen enge Verbindungen herstellen.

Die Variablen Bildung, Status, Persönlichkeitsstruktur und Konsumart und –häufigkeit trennen die Frauenstichprobe in Frankes Studie sowie auch die untersuchten Mädchen in der vorliegenden Untersuchung. Bemerkenswert ist, dass sich in der Analyse dieser Variablen deutliche Gemeinsamkeiten zwischen diesen beiden altersunterschiedlichen Frauengruppen herausgestellt haben, die eine gewisse Vorhersagbarkeit sich entwickelnder Konsummuster zulassen.

2. Rauchen: Realschülerinnen, Hauptschülerinnen und Gymnasiastinnen erklären ihren Nikotinkonsum somatisch. Die Gymnasiastinnen sehen im Gegensatz zu den Gymnasiasten durch das Rauchen ihren Gesundheitszustand beeinträchtigt. Die Mädchen und Jungen der anderen Schularten stellen keinen Zusammenhang zwischen beiden Variablen fest.

Die Schüler und Schülerinnen des Gymnasiums sehen auch eine Verbindung zwischen Rauchen und Schulversäumnis.

In den Clustergruppen zeigen sich insbesondere in der 'Leistungs-Med.-Gruppe', die ja ohnehin hohe schulische Fehlzeiten zeigt, hohe Zusammenhangswerte zwischen den Variablen Nikotinkonsum, Gesundheitsstatus und Schwänzen.

Zusammenfassend kann in gewisser Weise über die Variable Rauchen in Verbindung mit den Krankheits- und Schulunlust-Werten auf eine bestimmte Schulunlust oder auf Schulschwierigkeiten der SchülerInnen geschlossen werden. Die Realschülerinnen zeichnen sich als die Mädchengruppe mit dem höchsten Nikotinkonsum aus. Unter Berücksichtigung der theoretischen Überlegungen zur angespannten Leistungssituation gerade der Realschülerinnen, einer hohen schulischen Versäumnisrate sowie einem hohen Nikotinkonsum dieser Mädchengruppe, lassen im obigen Sinne auf eine gewisse Form von Protest oder wenigstens Ablehnung ihrer jetzigen schulischen Situation schließen.

Fazit

Wie die erhöhten Werte im spezifisch weiblichen Beschwerdebereich Bauchschmerzen andeuten, die durch einen ermittelten hohen Arzneimittelkonsum gerade im Bereich der Menstruations- und Schmerzmittel bestätigt werden, verweisen sie auf Problembereiche, die vermutungsweise mit der Ausbildung von Weiblichkeit in Zusammenhang gebracht werden können. Diese Annahme verstärkt sich, weil insbesondere die Gruppen, die erhöht und missbräuchlich Arzneimittel anwenden sich auch als die Gruppen mit den höchsten Bauchschmerz- und Konsumwerten für Menstruationsmittel herausstellen. Auch die Tatsache, dass es sich insbesondere um die mittleren Bildungsschichten handelt, die gerade im spezifisch weiblichen Bereich Probleme ausbilden, verweist unter Heranziehung der familiären und schulspezifischen Ergebnisse sowie auf die dargestellten gesellschaftlichen Parameter auf eine schwierige weibliche Identitätsfindung, die somit deutlich mit einem erhöhten Arzneimittelkonsum in Verbindung gebracht werden kann.

6 Triangulation: Versuch einer Typologie

Über eine hierarchische Clusteranalyse, ermittelt durch die Variablen ‚Stimmung‘, ‚depressive Verstimmung‘, ‚subjektive Leistungseinschätzung‘ und ‚Arzneimittelkonsum‘, ergaben sich vier Cluster. Sämtliche Skalen wurden z-transformiert.

Diese Gruppen können auch als vier Typen von weiblichen Bewertungs- und Bewältigungsformen im Rahmen entwicklungsbedingter Anforderungen und Konflikte von adolescenten Mädchen betrachtet werden.

Wie andernorts ausgeführt, kann das Wohlbefinden der Mädchen als Maßstab für eine effiziente Bewältigung von Entwicklungsarbeit herangezogen werden. Entscheidend ist, ob die Mädchen durch ihre personale und soziale Ressourcenlage in die Lage versetzt werden, die neuen entwicklungsspezifischen Anforderungen als herausfordernd und ‚gewinnbringend‘ einzuschätzen, oder ob diese neue Situation sie persönlich bedroht oder überfordert. In den unterschiedlichen Clustern lassen sich deutliche Unterschiede in der Ressourcenlage der Mädchen herausarbeiten und darüber hinaus eine enge Verknüpfung zur Gestaltung kognitiver Bewertungsprozesse und zur persönlichen Lebens- und Bewältigungssituation der Mädchen herstellen.

Ausschlaggebend für die Namensgebung waren die Variablen, die die Cluster inhaltlich von einander trennten. Die jeweilig gewählten Begriffe können lediglich Hinweise auf die inhaltliche Gestaltung der jeweiligen Gruppe geben, werden aber deren Vielfalt nicht gerecht. Im Folgenden werden die Cluster inhaltlich kurz skizziert.

Die Mädchenstichprobe der quantitativen Erhebung war Grundlage für die Bildung der Cluster. Die vierzehn Mädchen der qualitativen Erhebung wurden entsprechend Marcias Einteilung in vier verschiedene Identitätsstadien eingestuft. Die im folgenden angestrebte Verflechtung der Cluster mit den Mädchen aus der qualitativen Untersuchung ermöglichen den Ansatz zu einer Typologie. Diese eignet sich zur Bestimmung eines bestimmten Mädchentypus, der Aufschluss über die Motive eines missbräuchlichen Arzneimittelkonsums geben kann. Des weiteren ergeben sich Hinweise, inwieweit eine schwierige weibliche Identitätsfindung mit einem problematischen Medikamentenkonsum in Verbindung gebracht werden kann. Es werden im Folgenden nicht alle Mädchen in ihren Eigenschaften dargestellt. Die Typisierung kann lediglich exemplarisch anhand bestimmter Mädchentypen vorgenommen werden.

Alle namentlich benannten Mädchen entstammen der qualitativen Erhebung und sind von mir persönlich interviewt worden.

6.1 Cluster ‚Normalgruppe‘

Das mit $n=64$ größte Cluster setzt sich aus 39% Gymnasiastinnen, 35% Hauptschülerinnen und 26% Realschülerinnen zusammen. Es umfasst die Mädchen, die ihren Gesundheitszustand am besten beurteilen und keine bis sehr wenige Krankheiten, psychosomatische Beschwerden oder emotionale Befindlichkeitsstörungen aufweisen. Lediglich 13% dieser Gruppe leiden häufig unter Bauchschmerzen. Sie beurteilen ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut, zeigen aber schulzweigspezifische Tendenzen, Krankheit als Rückzugsmöglichkeit zu gebrauchen.

Für die Realschülerinnen dieser Gruppe kann eine Funktion von Krankheit nicht festgestellt werden. Die Gymnasiastinnen sehen zwischen einer eingetretenen Krankheit und

der Möglichkeit, sich vorübergehend vom schulischen Stress zurückziehen zu können, durchaus eine enge Verbindung. Diese Gruppe profitiert von einem sekundären Krankheitsgewinn, der ihnen eine über das normale Maß hinausgehende Fürsorge ihrer Eltern zuteil werden lässt.

Die Mädchen dieser Gruppe haben die Möglichkeit sich in der Familie emotional offen auseinander zusetzen, in dem sie angstfrei positive und negative Gefühle zeigen und auch sexuell eigene Wege ausprobieren können. Sie finden bei ihren Eltern ein normales Maß an affektiver Unterstützung.

Sie zeigen ebenfalls ein durchschnittliches Schulverhalten: Sie schätzen ihre Leistungslage gut ein, sie fehlen nicht übermäßig häufig in der Schule, obwohl sich für diese Variable deutlich schulzweigspezifische Unterschiede ermitteln lassen. Die Gymnasiastinnen fehlen in diesem Cluster am häufigsten, gefolgt von den Hauptschülerinnen. Für die Gruppe der Realschülerinnen ist ein sehr niedriger Wert zu konstatieren, was auf die hohe Leistungsbereitschaft der Realschülerinnen schon in dieser Gruppe hinweist. Deutlich zeigt sich dieses Leistungsstreben in der ‚Leist.-Med.-Gruppe‘. Lediglich 20% der Mädchen dieses Clusters mussten bisher eine Klasse wiederholen.

Typisch für dieses Cluster ist das angepasste konfliktvermeidende Verhalten. Mädchen dieses Clusters werden gemäß der Identitätsstadien Marcias in den Status ‚übernommen‘ eingestuft. Sie verfügen über ein hohes Selbstwertgefühl, aber es zeigt sich in dieser Gruppe, dass der Status ‚übernommen‘ eher aus Angst, denn aus Bequemlichkeit gewählt wurde. In diesem Zusammenhang spricht Ahbe (1995 nach Fuhrer 2001;13) von ‚besonnenem Krisenmanagement‘ und Keupp/ Höfer (1997; 24) gar von einem ‚defensiven Panzer‘. Soziale Unsicherheit und ein ausgeprägtes Krisenempfinden, das im Fallbeispiel Katharina (16, Real.) in ökonomischer Form zum Ausdruck kommt, führt dann zu einem Sicherheitsstreben, so dass ein gelassenes Abwägen der Standpunkte und Perspektiven eher nicht möglich erscheint. Ähnliche Zweifel werden in diesem Zusammenhang auch auf Beziehungen übertragen, die dann das beschriebene Konfliktvermeidungsverhalten zur Folge haben können.

Das ‚krisenhafte‘ Empfinden kann nicht auf alle Mädchen mit einem übernommenen Identitätsstatus übertragen werden. Für vier Mädchen aus der ‚Normalgruppe‘ lassen sich soziale Verunsicherungen erkennen: Katja (16, Gym.) hat vor drei Jahren die neuen Bundesländer verlassen und musste hier sozial wie ökonomisch Fuß fassen. Annelie (17, Gym.) verfügt über ein hohes Sicherheitsstreben, vermittelt durch ihre Mutter, da sie stets von einem drohenden sozialen Abstieg durch die Arbeitslosigkeit des Vaters bedroht waren. Irenes (16, Gym.) Eltern sind russlanddeutsche Spätaussiedler, die ebenfalls ökonomische Absicherung in den Vordergrund stellen. Lenas (16, Gym.) Fixierung auf das traditionelle Frauenbild resultiert aus ihren eigenen Erfahrungen mit einer fehlenden desinteressierten Mutter. Bedeutsam ist, dass es sich bei diesen vier Mädchen ausschließlich um Gymnasiastinnen handelt. Hier könnte sich ein vager Hinweis abzeichnen, dass die mittleren Leistungsschichten an der Veränderung des weiblichen Rollenverständnisses ein größeres Interesse haben, als die Gymnasiastinnen. Denn auch die Realschülerinnen oder Hauptschülerinnen sind z. t. aufgrund sozialer Gegebenheiten verunsichert, so beispielsweise die Realschülerin Katharina, die aufgrund ihrer Familiensituation ökonomische Ängste austrägt oder Nina (16, Real.), deren Leistungsstreben ebenfalls Ausdruck elterlicher ökonomischer Unsicherheiten ist. Die eben genannten Realschülerinnen befinden sich im derzeitigen ‚diffusen‘ oder ‚übernommen-progressiven‘ Identitätsstatus im Gegensatz zu den genannten Gymnasiastinnen, die den Status ihrer Eltern unreflektiert übernehmen und damit in den Identitätsstatus ‚übernommen traditionell‘ eingestuft werden können. Die Etablierung eines veränderten

Weiblichkeitsbildes vollzieht sich demnach im Kontext von Bildung und dem Wunsch nach Statusverbesserung.

Es zeigen sich nicht nur intrapersonale Variablen als besonders wirksam für die Identitätsbildung von Mädchen und jungen Frauen, sondern damit eng verknüpft führen auch strukturelle Gegebenheiten zu einer eher verunsichernden kognitiven Bewertung. Diese Mädchen der ‚Normalgruppe‘ können aber wie bereits ausgeführt, auf positive elterliche Unterstützung hoffen und verfügen über ein stabiles Selbstwertgefühl; insofern stellt sich hier keine Persönlichkeitskrise ein.

In der ‚Normalgruppe‘ finden sich unter den Interviewten als größte Gruppe die Gymnasiastinnen. Einzig Katharina als Realschülerin kann hier eingeordnet werden.

Am Beispiel von Katharina kann aufgezeigt werden, dass ein übernommener Identitätsstatus nicht unbedingt bedeutet, das traditionelle Weiblichkeitsbild unreflektiert zu übernehmen. Im Rahmen ihrer Sozialisation in einer Einelternfamilie hat sie eine ökonomisch und sozial allein verantwortliche Mutter erlebt, die nicht in das Schema der traditionellen Frauenrolle passt.

Ausgehend von einer traditionellen Ausrichtung unterer und mittlerer Gesellschaftsschichten zeigt sich hier ein anderes Erziehungsbild. Die Notwendigkeit der Mutter die gesamte soziale wie ökonomische Verantwortung für die Familie zu übernehmen, führt automatisch zu veränderten familiären Strukturen, die von den Kindern als Alltagsnormalität erlebt werden. Die Verortung als Tochter in einer progressiven Entwicklung fällt ihr leicht, weil sie ein Vorbild für ein emanzipierteres Frauenbild hat und keinen Doppelbotschaften ausgesetzt ist. Katharina: „Ich bin schon sehr emanzipiert erzogen worden“. Ihre Mutter lebt ihr eine modernere Form weiblicher Lebensführung auch zwangsweise vor: „Ohne Ausbildung bist du nichts“, ist eine Lebensmaxime, die Katharina von ihrer Mutter mit auf den Weg bekommen hat.

In der nach Katharinas Auffassung Zufriedenheit der Mutter mit ihrer persönlichen Situation, die im Umgang mit ihren Kindern zu keinen defizitären Erziehungs- und Aufmerksamkeitsmomenten geführt habe, erschließt sich die Möglichkeit, das Weiblichkeitsbild der Mutter kognitiv positiv zu bewerten. „Ja, meine Mama nimmt mich so wie ich bin, sie passt immer auf, manchmal zuviel, aber ich bin stolz auf sie. Sie hat uns immer allein durchgebracht“.

Neben der positiven Unterstützung durch die Mutter kann Katharina auf eine positive Beziehung zu ihren Großeltern zurückgreifen, die ebenfalls erzieherische und unterstützende Verantwortung für die Familie übernommen haben. Wie sich zeigt, verfügt Katharina über eine ausgeglichene soziale und damit eng verknüpfte positive personale Ressourcenlage, die ihr bei der Bewältigung entwicklungsbedingter Anforderungen helfen kann.

Das Weiblichkeitsbild der Mädchen dieses Clusters ‚Normalgruppe‘ ist zumeist traditionell ausgerichtet. Die Realschülerin Katharina zeigt aber auch hier einen Wandel des Rollenbildes und erweist sich als Vertreterin der Mittelschicht, die das neue Weiblichkeitsbild repräsentiert. Wenn Mädchen mit ihrer Weiblichkeit zufrieden sind, sei es innerhalb des traditionellen oder progressiven Rollenbildes, zeigen sich auch im Menstruationsbereich keine Auffälligkeiten. Eine erhöhte Beschwerdebhäufigkeit oder missbräuchlicher Arzneimittelkonsum ist in diesem Zusammenhang nicht zu konstatieren.

Gerade diese familiäre Situation Katharinas, die mit einem gesellschaftlichen Stigma belegt sowie sozioökonomisch eher defizitär ausgerichtet ist, birgt anders als bisher beklagt, ein enormes Entwicklungspotential für die moderne weibliche Entwicklung.

6.2 Cluster ‚Depressive‘

Das mit $n=43$ mittlere Cluster setzt sich aus 38% Gymnasiastinnen, 31% Hauptschülerinnen und 31% Realschülerinnen zusammen. Diese depressive Teilgruppe ist ohne auffälligen Arzneimittelkonsum, d. h. sie konsumieren weniger als 1 – 2 mal die Woche Medikamente, aber zeigt überaus hohe Werte in der Variable ‚depressive Verstimmung‘. Diese Gruppe wird als die ‚Depressiven‘ bezeichnet, weil sie im Rahmen der Clusteranalyse einen sehr hohen Grad ‚depressiver Verstimmung‘ anzeigen. Sie umfasst die Mädchen, die ihren Gesundheitszustand häufig negativ beurteilen. Die Haupt- und Realschülerinnen darin beurteilen ihre gesundheitliche Situation durchweg negativer als die Gymnasiastinnen. Die pessimistische Beurteilung erstaunt, da sie im Vergleich zu den anderen Clustergruppen unter mäßigen somatischen wie psychosomatischen Beschwerden leiden. Die ‚depressiv verstimmtten‘ Mädchen zeigen gerade für die spezifischen Weiblichkeitsparameter keine auffällig negativen Werte. Sie leiden eher selten unter Bauchschmerzen (21%) und konsumieren in sehr geringer Zahl Menstrationsmittel.

Für diese Gruppe kann das Auftreten einer Krankheit aus ihrem Rollenbild interpretiert werden. Die Mädchen dieses Clusters verschaffen sich über die Krankenrolle eine legitimierte Rückzugsmöglichkeit vom schulischen Stress. Neben der Konfliktverarbeitung über die Krankheit zeigen sie keine Tendenzen im Alkohol- oder Drogenkonsum Entlastungs- oder Problemlösungsmöglichkeiten zu finden. Sie rauchen wenig und konsumieren bis auf die Gymnasiastinnen-Gruppe selten Alkohol. Die Gymnasiastinnen hingegen zeigen im Alkoholkonsum clustergruppenübergreifend deutlich erhöhte Werte.

Die Mädchen dieser Gruppe leben in traditionell ausgerichteten Mittelstandsfamilien, die als emotional verschlossen beschrieben werden können. Es finden kaum Gespräche über die Interessen oder schwierigen Lebensphasen der Mädchen statt. Ebenso ist ein offener Umgang mit Sexualität nicht gegeben. Insgesamt betrachtet werden jugendspezifische Anschauungen von den Eltern dieser Mädchen wenig bis gar nicht beachtet.

Sie zeigen ein angepasstes Schulverhalten, indem sie in der Schule sehr wenig fehlen. Ihre subjektive Leistungseinschätzung fällt sehr pessimistisch aus und sie haben häufig Auseinandersetzungen über schulische Probleme mit ihren Eltern. Schulisches Leistungsversagen, das sich an der Anzahl der Klassenwiederholungen ablesen lässt, tritt in dieser Gruppe am häufigsten auf. Ein Drittel der Mädchen, die schon 1 oder 2 mal eine Klasse wiederholen mussten, finden sich in diesem Cluster.

Ausgehend vom allgemeinen Persönlichkeitsprofil depressiver Persönlichkeiten charakterisiert diese Menschen eine pessimistische Lebensgrundhaltung. Sie zeigen sich oft überangepasst und wenig in der Lage, eigene Wünsche und Bedürfnisse aufgrund starker Verlustängste zu artikulieren. Teilnahmslosigkeit und Resignation können in unterschiedlichen Ausprägungen ihr Handeln und Denken bestimmen (Riemann, 92; 64).

Skizziert wurde das pathologische Bild einer depressiven Persönlichkeit. Für den vorliegenden Ansatz handelt es sich, wie bereits erwähnt, nicht um pathologische Formen der Depression, sondern um depressive Verstimmungen im Rahmen der Beck'schen Kognitionstheorie. Die Darstellung der persönlichen Grundeinstellung vermittelt einen Einblick in die von Lazarus angeführten Kognitionen, die in diesem Sinne ein entsprechendes Handeln nach sich ziehen. Für die depressiv verstimmtte Mädchengruppe dieses Clusters kann festgestellt werden, das sie zumeist zurückgezogene Freizeitaktivitäten wie Lesen, Computerspielen und Fernsehen wählen. Sie treiben keinen Sport und treffen selten Freunde, sie sind sozial eher isoliert. Entsprechend des vorangestellten Per-

sönlichkeitsprofils des pathologischen depressiven Persönlichkeitsbildes lassen sich hier Parallelen zwischen diesen beiden Gruppen finden.

Der Gruppe der ‚Depressiven‘ lässt sich kein Mädchen der qualitativen Untersuchung zuordnen. Aufgrund des beschriebenen Persönlichkeitsprofils ist diese geringe Zahl zu erwarten gewesen, denn ihre Passivität und Introvertiertheit führt sie eher nicht in eine Interviewsituation. Natürlich spielt auch die allgemeine Fragestellung zu einem anderen Klientel. Diese Mädchengruppe konsumiert in nur ganz geringen Mengen Arzneimittel.

Daneben finden sich zwei Medikamentengruppen, die durch die Variablen ‚depressive Verstimmung‘ und ‚Leistungseinschätzung‘ isoliert werden konnten.

6.3 Cluster ‚Depressive – Med.- Gruppe‘

Das mit $n = 48$ mittlere Cluster setzt sich aus 24% Gymnasiastinnen, 35% Hauptschülerinnen und 41% Realschülerinnen zusammen. Diese depressive Teilgruppe zeichnet sich durch einen hohen Arzneimittelkonsum aus und zeigt ebenfalls hohe Werte in der Variable ‚depressive Verstimmung‘. Es umfasst die Mädchen, die ihren Gesundheitszustand insgesamt negativ beurteilen. Darin stechen die Hauptschülerinnen besonders heraus: Sie klagen im Vergleich zu den anderen Clustern am stärksten unter häufigen Bauchschmerzen (38%), deren Ursache die Menstruation zu sein scheint, da der Medikamentenkonsum hier beträchtlich hoch ist.

Verhältnismäßig schlecht beurteilen sie auch ihre gesundheitliche Lage. Neben Bauchschmerzen leiden sie häufig unter psychosomatischer Beschwerden. Auffälligkeiten zeigen sie ebenfalls im Einnahmeverhalten von Arzneimitteln in Verbindung zum Beschwerdeaufkommen. Hier zeigt sich, dass diese Mädchen weit mehr Schmerz- und Beruhigungsmittel konsumieren, als Beschwerden aufgetreten sind. Auch diese Gruppe findet in der Krankheit eine Möglichkeit, sich zurückzuziehen. Sie werden nicht, wie die Gruppe der ‚Depressiven‘, von ihren Eltern abweisend behandelt, erfahren aber auch keine gesteigerte Aufmerksamkeit, wenn sie krank sind. Der sekundäre Gewinn ist hier die Ruhe und das Abschalten von einem stark empfundenen Leistungsdruck.

Neben der Krankheit finden sie im Alkohol- und etwas abgeschwächter im Nikotinkonsum Ausgleich und rebellieren verdeckt über den Konsum dieser Drogen.

Die Mädchen dieses Clusters, das überwiegend durch die Real- und Hauptschülerinnen repräsentiert wird, leben in traditionell ausgerichteten Mittelstandsfamilien, für die Leistung einen hohen Stellenwert einnimmt. Elterlicher Leistungsdruck steht für diese Schülerinnen an der Tagesordnung, während sie insgesamt eine sehr pessimistische Einschätzung ihrer schulischen Leistung vornehmen. Jugendspezifische Belange und persönliche Anschauungen der Mädchen werden in den Familien nicht thematisiert. Die Leistung steht in den Gesprächen im Vordergrund und führt oft zu elterlichen Auseinandersetzungen. Ruhepausen gönnen sie sich nicht, aber fordern sie indirekt über Krankheit ein, in der sie offenbar einen legitimierte Rückzug sehen.

Die stark konsumierten Arzneimittel, insbesondere Schmerzmittel, sind einerseits eine Reaktion auf tatsächlich vorhandene Beschwerden. Andererseits verbinden die Schülerinnen eine andere Funktion mit dem Konsum dieser Mittel; dafür spricht das eben erwähnte Einnahmeverhalten über reale Beschwerdezustände hinaus.

Die Mädchen dieser Gruppe klagen über ein hohes Beschwerdeaufkommen und sind in hohem Grade depressiv verstimmt. Diese Auffälligkeiten belegen die Unzufriedenheit und Überforderung mit ihrer Situation. Sie üben keinen offenen Protest, aber ihre Unzu-

friedenheit äußern sie verdeckt in hohen schulischen Fehlzeiten und einem hohen Nikotinkonsum, den sie selbst somatisch erklären.

Zeigen die ‚Depressiven‘ erwartungsgemäß eine passive Haltung, so kann für die ‚depr.-Med.-Gruppe‘ ein höherer Aktivitätsgrad ermittelt werden. Anzunehmen ist, dass diese Gruppe über gesteigerte Aktivitäten versucht, den gehäuften depressiven Verstimmungen auszuweichen, was besonders deutlich wird im Item ‚Freunde treffen‘. Der Arzneimittel- und Drogenkonsum, der in dieser Gruppe beträchtlich ist, könnte Entlastungs- und Bewältigungsfunktion haben.

Als Beispiel sei hier Chahnaz genannt: Sie ist 16 Jahre alt, besucht die 10. Klasse einer Hauptschule und ist Schülersprecherin. Sie stellt sich emanzipiert und selbstbewusst dar. Bei genauerer Betrachtung ihrer gegenwärtigen Lebenssituation wird ein Spannungsverhältnis zwischen traditioneller und emanzipierter Lebenshaltung im Rahmen einer kulturellen doppelten Prägung sichtbar.

Denn Chahnaz lebt in zweiter Generation mit ihren Eltern, die aus der Türkei gekommen sind, und ihrem Bruder in Deutschland. Die Familie hält stark an ihrer kulturellen muslimischen Herkunft fest. Sie selbst strebt eine qualifizierte Berufsausbildung an, allerdings plant ihre Familie eine türkische Heirat für sie:

„Meine Eltern schicken mich in die Türkei, das war bei meiner Cousine auch so.“

Die kulturelle Irritation, die sie empfindet, manifestiert sich an verschiedenen Stellen: Zum einen hat sie Sorge, dass ihr Hymen verletzt sein könnte; denn ihre Familie legt großen Wert darauf, dass sie unberührt in die Ehe geht. Zum anderen hat sie einen griechischen Jungen mit christlich-orthodoxer Konfession zum Freund. Sie muss diese Beziehung aber geheim halten, weil sie weiß, dass ihre Eltern in gleich zweifacher Hinsicht, wegen seiner ethnischen Herkunft und seiner religiösen Zugehörigkeit, nicht damit einverstanden wären. Es zeigen sich mehrere Phänomene in dieser Lebenssituation, die die Ausbildung einer weiblichen Identität für sie sehr schwierig und konfliktbeladen erscheinen lassen müssen. Es ist ihr schwer möglich, dass sie ihre eigenen Lebensentwürfe offen gestaltet und diese im Kontext der deutschen Gesellschaft auch zu verwirklichen.

Deutschen Jugendlichen werden in der Pubertät geschlechterübergreifend Freiräume zur Erprobung jugendspezifischen Verhaltens zugesprochen: Das Experimentieren mit Drogen und sexuellen Erfahrungen ist in dieser Phase ziemlich normal. Chahnaz zeigt in der Schule als die prägende Sozialisationsinstanz, dass ihr die Anerkennung der Mitschüler und Lehrer wichtig ist; schließlich ist sie Schülersprecherin und wird darin ernst genommen. Hier kann sie Verhaltensweisen erproben, die ihr zu Hause verwehrt werden:

„Ich bin Schülersprecherin, und die Lehrer nehmen mich echt ernst. Ich sag’ aber auch genau, was nich’ okay ist. Ich reg mich dann immer ziemlich auf, und die Lehrer lachen dann so’ n bisschen. Ich glaub’, die finden das ganz gut, weil das ja dann auch stimmt.“

Hier kann sie sich als Mädchen exponieren und demonstrieren, dass sie sich zur deutschen Schulgemeinschaft zugehörig, ja sogar für sie verantwortlich fühlt. Während ihre Familie selbst in einer Kleinstadt fast keine Kontakte zu Deutschen pflegt und ihr bürgerschaftliches Engagement völlig fremd ist, wird von ihr erwartet, dass sie ihren kulturellen Pflichten als Türkin nachkommt. In diesem Spannungsfeld, in dem sie sich bewegt, ist sie ständig gefordert, sich neu auszubalancieren.

Die Ausbildung einer weiblichen Identität ist aufgrund der kulturellen Doppelbotschaften für sie kaum zu bewältigen. Es stellen sich psychische und psychosomatische Be-

schwerden ein sowie ein erheblicher Arzneimittelkonsum. Das für diese Clustergruppe so charakteristische Konfliktvermeidungsverhalten ist ebenfalls bei Chahnaz zu beobachten. Sie hat keine Möglichkeiten über ihre Ängste und Bedürfnisse zu sprechen. Die familiären Erwartungen sind genau definiert und bedeuten für sie, sich ihnen anzupassen, wenn sie – besonders in einer kulturell „fremden“, nämlich deutschen Umgebung - die Beziehung zur Familie nicht riskieren will.

Chahnaz zeigt alle Merkmale dieses Clusters der „Depr.-Med.-Gruppe“. Insbesondere zeigt sich hier wieder, dass eine schwierige weibliche Identitätsfindung zu körperlichen und seelischen Beschwerden und zu einem erhöhten und missbräuchlichen Arzneimittelkonsum führen kann, der entsprechend der Clustereigenschaften im Fall von Chahnaz als Problem- und Konfliktlösungsstrategie identifiziert werden kann. Die Medikamente helfen, ihre Lebenssituation zu ertragen.

Das angeführte Beispiel Chahnaz ist zusätzlich von Bedeutung, weil es auf die speziellen Schwierigkeiten ausländischer Mädchen und Frauen verweist. Es zeigt sich, dass sich in einer kulturell schwierigen Lebenssituation ebenfalls ein erhöhter Arzneimittelkonsum entwickeln kann. Die Droge Arzneimittel ist gerade für diese Gruppe von besonderer Bedeutung, weil sie im Rahmen der kulturellen Forderungen unauffällig beschafft und konsumiert werden kann.

6.4 Cluster 'Leistungs- Med.- Gruppe'

Das mit $n = 18$ kleinste Cluster setzt sich aus 28% Gymnasiastinnen, 30% Hauptschülerinnen und 42% Realschülerinnen zusammen. Es umfasst die Mädchen, die sich durch einen hohen Arzneimittelkonsum auszeichnen und ihre subjektive Leistungslage ausgesprochen positiv bewerten. Die Variable ‚Leistung‘ wird auch zum Signum der depressiven Medikamentengruppe. Die Mädchen dieses Clusters, schätzen ihren Gesundheitszustand gut bis sehr gut ein, allerdings beurteilen die Hauptschülerinnen ihre gesundheitliche Lage ausgesprochen negativ. Ein Drittel der leistungsorientierten Mädchen klagt über häufige Bauchschmerzen (38%). Diese Schmerzen können mit menstruellen Beschwerden in Verbindung gebracht werden, weil sich gerade dieses Cluster im Konsum von Menstruationsmitteln als exponierte Gruppe herausstellt. Dabei weisen die Realschülerinnen den höchsten Wert auf, ebenso im Beschwerdebereich Bauchschmerzen. Ansonsten berichten sie im Vergleich zu ihrem überaus hohen Schmerzmittelkonsum über ein relativ geringes somatisches oder psychosomatisches Beschwerdeaufkommen.

In die 'Leistungs-Med.-Gruppe' können vier interviewte Mädchen – drei Realschülerinnen und eine Gymnasiastin eingeordnet werden. Die Gruppe zeichnet sich durch ein hohes Maß an eigenem Leistungsstreben aus.

Eine von ihnen ist Nina (16, Real.). Sie beschreibt eine negative Elternbeziehung, wie sie für diese Mädchengruppe typisch ist:

„Eigentlich interessiert es sie nicht, aber ich rede auch nicht mit ihnen darüber. Sie arbeiten beide viel“.

Das Leistungsstreben wird nicht unmittelbar durch die Eltern forciert, sondern indirekt durch sie vermittelt.

„Meine Eltern arbeiten beide ganz viel. Sie setzen mich mit der Schule nicht unter Druck, das mache ich schon selbst.“

Ninas Eltern arbeiten beide ganztätig; Leistung und Erfolg sind häufige Gesprächsthemen. Nina weiß, dass sie nur darüber bei ihren Eltern Anerkennung findet.

„Ich hasse es, Durchschnitt zu sein, man kann alles erreichen, wenn man nur will.“

Damit beschreibt sie sicherlich unbeabsichtigt das Phänomen des individualisierten Aufwachsens: Erfolg und Scheitern liegt ausschließlich in der Verantwortung des handelnden Subjekts begründet. Strukturelle Gegebenheiten, die einen Erfolg verhindern könnten, werden nur über die persönliche Leistungsfähigkeit reflektiert. Diese Sichtweise der Jugendlichen ist auch eine Anpassungsleistung an gegebene sozioökonomische Parameter.

Nina reagiert auf dieses leistungsorientierte familiäre Klima, mit psychosomatischen Beschwerden in Form von Nervosität und Unruhe, Kopf-, Brust- und Bauchschmerzen. Diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen dann, was für die Mädchen dieses Clusters typisch ist, zu einem gesteigertem Arzneimittelkonsum, insbesondere von Schmerz- und Menstruationsmitteln.

In der Krankheit sieht sie für sich nicht die Möglichkeit sich zurückzuziehen, denn ihre Eltern erkennen Krankheit erst nach einem Arztbesuch an:

„Das könnte ich nicht, dann habe ich eben Schmerzen. Aber hinlegen? Nee, das geht nicht. Meine Eltern sind auch selten krank, dann muss ich erst mal zum Arzt. Nee, die glauben mir das auch erst dann. ... Also, die sind dann nicht großartig anders, so dass sie mir da tausend Sachen ans Bett bringen. Nee, das machen die nicht.“

Typisch für diese Mädchen der Leistungs-Med.-Gruppe ist das geringe Maß an persönlichem Interesse oder Fürsorglichkeit der Eltern im allgemeinen und auch in der Krankheitssituation.

Das Weiblichkeitsbild dieser Gruppe ist eher diffus. Sie orientieren sich nicht ohne weiteres an ihrer Mutter und übernehmen nicht unvoreingenommen das traditionelle Rollenbild, sondern entwickeln für ihre Zukunft ein selbstbestimmteres Weiblichkeitsbild. Die Mädchen, die dieser Gruppe zugeordnet werden können, zeigen keine problematische Menstruation, obwohl sie eine negative Einstellung gegenüber der Menstruation haben und dies aufgrund ihres nicht eindeutigen Frauenbildes anzunehmen wäre.

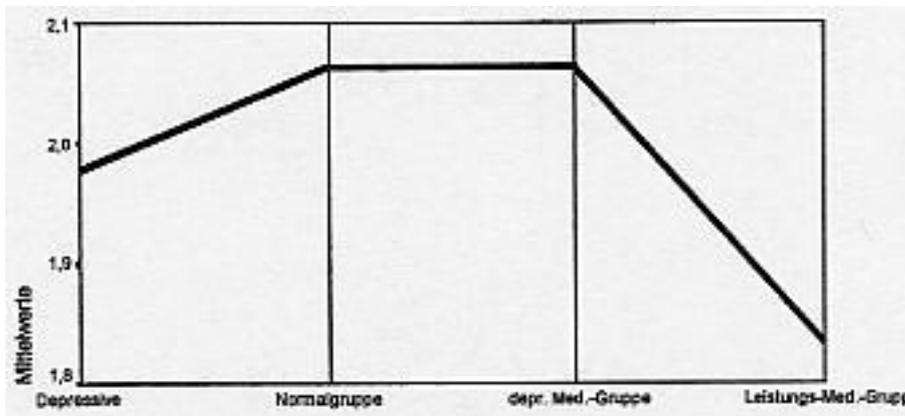
Nina leidet ausgeprägt unter einem prämenstruellen Syndrom. Hier mag die aktive Auseinandersetzung mit diesem Thema vorteilhaft für die Weiblichkeitsentwicklung sein. Aktives Handeln korreliert auch im Identitätsstatus teilweise mit Unwohlsein, aber gleichzeitig lassen sich darüber eigene Wege und Ziele entwickeln und durchsetzen, die dann ein Wohlbefinden nach sich ziehen können.

Die Variable ‚Menstruation‘ korreliert in diesem Fall nicht mit einem erhöhten Arzneimittelkonsum. Aber der starke Erfolgsdruck und eine problematische Selbstdarstellung, die keine Schwächen zulässt, bergen die Gefahr der medikamentösen Manipulation. Der Arzneimittelkonsum korreliert insofern mit dem neuen Weiblichkeitsbild, das Erfolg und Leistungsstreben in den Mittelpunkt stellt. Erwartungsgemäß bilden die Realschülerinnen in diesem Cluster die größte Gruppe. Wie auch Hurrelmann bestätigt, sind es gerade die Mädchen aus den mittleren Bildungsschichten, die in der Woche ihre Leistungsfähigkeit und Funktionstüchtigkeit unter Beweis stellen wollen und am Wochenende dann über Party-Drogen (z.B. Ecstasy) den Ausgleich suchen.

Für diese Gruppe zeigt sich der Arzneimittelkonsum als Leistungsgarant und wahrscheinlich auch zur psychischen Stimulans, denn gerade Schmerzmittel, die von dieser Mädchengruppe in einem hohen Maße konsumiert werden, können auch stimmungsaufhellende Substanzen enthalten. Ein solcher Konsum könnte vor dem Hintergrund eines erhöhten Ecstasykonsums durchaus möglich sein. Auch Nina beschreibt, dass sie zwar noch kein Ecstasy genommen hat, aber bei einem Angebot nicht ablehnen würde, und sie auch Kenntnis davon hat, wo sie diese Droge erhalten könnte.

Die untenstehende Graphik zeigt deutlich, dass die Schülerinnen der ‚Leistungs-Med.-Gruppe‘ eine hohe Bereitschaft zeigen, Ecstasy zumindest zu probieren, wenn es ihnen angeboten würde.

Abb. 59 Annahmefähigkeit von Ecstasy in den vier Clustergruppen: Mädchen



N = 171

„Angenommen, jemand würde Dir einen Joint (Haschisch, Marihuana) oder Ecstasy anbieten, würdest du annehmen? 1 = ja, 2 = ja, vielleicht, 3 = nein“

1 = annahmefähig – 2 = Ablehnung

Mittelwerte:	'Depressiven'	= 1,97
	'Normalgruppe'	= 2,06
	'depr.-Med.-Gruppe'	= 2,06
	'Leistungs-Med.-Gr.'	= 1,81

6.4.1 Weiblichkeitskonflikt

Wie bereits ausgeführt gehört zu einem selbstbestimmten Weiblichkeitsbild neben der persönlichen Autonomie auch die berufliche Eigenständigkeit. Am Beispiel von Freya, 16 Jahre, Gymnasiastin, möchte ich einen gerade für diese Mädchengruppe so typischen Weiblichkeitskonflikt erläutern.

Sie hat durch ihre Mutter ein sehr ambivalentes Frauenbild vermittelt bekommen und zeigt große Schwierigkeiten sich weiblich zu verorten. Sie strebt nach dem Abitur eine berufliche Karriere im Ausland an. Eine erfolgreiche berufliche Etablierung ist für sie von großer Bedeutung:

„ ... weil ich auf keinen Fall von meinem späteren Mann abhängig sein will. ... Wenn ich so 40 oder 45 bin, dann will ich 4 – 5 Kinder, aber ich will dann nich' ganz aufhören zu arbeiten. Nee, ganz bestimmt nich'“.

Deutlich wird hier die Lebensperspektive beschrieben: Berufliche Karriere ist nur in Verbindung mit einer Familie denkbar. Sie versucht das neue, leistungsorientierte mit dem traditionellen Weiblichkeitsbild zu verbinden, was für die Mädchen dieses Clusters typisch ist. Gleichzeitig lässt sie dabei nur höchste Ansprüche gelten: Sie vermutet, dass erst mit 40 Jahren eine akademische Karriere vollständig sicher ist und erst dann eine beruflich hohe Position erreicht ist. Dabei will sie den Kindern eine perfekte Mutter sein; und das hängt nach ihrer Vorstellung entscheidend mit der Anzahl der Kinder zusammen. Dieser enorm hohe Leistungsanspruch verweist auf einen perfektionistischen Zukunftsentwurf, der sich ganz im Rahmen der neuen Weiblichkeitsbilder abspielt.

Deutlich wird in weiteren Aussagen, dass sie sich nicht auf eine bestimmte Vorstellung einer zukünftigen Lebensweise festlegen lassen will. Hier zeigen sich neben ganz normalen entwicklungsbedingten Orientierungsversuchen auch Unsicherheiten im Selbstbild:

„Ich fühl’ mich oft dick und hässlich, ... doch ich möchte wie ne’ Frau aussehen, also so, dass man das auch sofort sieht.“ „Wie ich mich selbst sehe? Sehr gespalten, schwacher Charakter, immer nett sein wollen, beeinflussbar und nicht typisch weiblich.“ (Anm. d. Verf.: Ihre äußere Erscheinung ist sehr feminin und attraktiv.)

Freyas Vorstellungen davon wie Männer und Frauen sind und sein sollen, sind ganz deutlich traditionell ausgerichtet. Männer sind:

„Versorger, Beschützer, aktiv, behaart, groß, intelligent, zum Anlehnen und richtungsweisend.“

Und Frauen sind oder sollen sein:

„Nett, lieb, schüchtern, zickig, Streit schlichtend und sie sollen dem Mann den ersten Schritt überlassen.“

Gleichzeitig formuliert sie:

„Die Grundsätze der Emanzipation sind mir schon wichtig. ... Frauen sind sowieso immer benachteiligt und werden sowieso immer belogen.“

Sie verweist mit dieser Aussage auf ihre persönlichen familiären Erlebnisse. Ihre Mutter hat ihr ganzes Berufsleben im Betrieb ihres Mannes gearbeitet und gleichzeitig drei Kinder bekommen und betreut. Nach Freyas Meinung hat ihre Mutter sich einem männlich ausgerichteten Zukunftsentwurf, dem ihres Mannes, unterworfen:

„Meine Mama hat ihm ihr ganzes Leben geopfert und jetzt will er sie nicht mehr. Er hat eine Geliebte. ... Nein, darüber reden wir natürlich nicht.“

Die Mutter vermittelt ihr ein traditionelles Frauenbild, aber Freya spürt, dass dieses für Frauen nur Nachteile hat: Freya sieht ihre Mutter als das Opfer, das sich zeitlebens fremdbestimmt für ihre Familie aufgeopfert hat. Eine Verständigung darüber findet nicht statt, so dass auch ein alternativer Weiblichkeitsentwurf nicht entwickelt werden kann. In Beziehungen zu Jungen verhält sie sich unterwürfig und nimmt sich mit ihren Gefühlen und Bedürfnissen um der Beziehung willen zurück:

„Ich rede dann nicht offen: Emanzipiert heißt, der mag mich jetzt nicht mehr, wenn ich das jetzt mache. ... Ich will immer nett sein. ... Ich fühl mich oft klein und denk’, dass ich ja was ganz anderes will.“

Anhand von Freya wird die Zerrissenheit deutlich, sich für das eine oder das andere oder eine Verbindung der beiden nebeneinander existierenden Weiblichkeitsbilder zu entscheiden. Die Mädchen der ‚Leist.-Med.-Gruppe’ befinden sich in der besonders schwierigen Situation, zu diesem Zeitpunkt eine Vorstellung von einem zukünftigen Leben entwickeln zu müssen, das perfekten Ansprüchen genügen soll. Dies erklärt, warum sie sich gleichzeitig nicht festlegen wollen.

Perfektion bedeutet auch, höchste Ansprüche an die eigene Leistungsfähigkeit zu haben. Deshalb ist der besonders hohe Arzneimittelkonsum in dieser Gruppe nicht, wie sonst häufig, als Kompensation zu verstehen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Medikamente zur Wiederherstellung oder Steigerung von Leistung und als Gefühlsverstärker eingesetzt werden.

Freyas biographische Darstellung, die zeigt, dass sie sich im Rollenbild der Mutter nicht verorten zu kann, ist ein wesentliches Merkmal der beiden isolierten Medikamentengruppen. In diesem Zusammenhang zeigen sich gerade im menstruellen Bereich starke Beschwerden und ein begleitender hoher Schmerzmittelkonsum. Die Mädchen in beiden Gruppen schwanken zwischen Anpassung und der Entwicklung eines neuen Weiblichkeitsbildes. Solange darüber keine, wie auch immer ausfallende reflektierte Entscheidung gefällt wird, dürfte auch der Arzneimittelkonsum problematisch bleiben.

7 Zusammenfassung und Diskussion

Substanzen, die über das Zentralnervensystem die subjektive Befindlichkeit des Menschen direkt beeinflussen, wie beispielsweise Alkohol und Tabak, Arzneimittel und illegale Drogen faszinieren nicht nur Erwachsene, sondern auch Jugendliche. Alkohol-, Tabak- und Arzneimittelkonsum gestatten eine bereichsspezifische Vorwegnahme und Imitation von Erwachsenenverhaltensweisen. Der Konsum besitzt aus diesem Grund eine besondere Attraktivität für Jugendliche, die in diesem Bereich ein Entwicklungsdefizit verspüren. Durch entsprechende Verhaltensweisen können die Jugendlichen sich selbst das Gefühl verschaffen, schon schrittweise auf den Erwachsenenstatus zugegangen zu sein, obwohl ihnen wesentliche andere Verhaltensbereiche, die für Erwachsene typisch sind, verschlossen bleiben. Die Zuwendung zu diesem Verhaltensbereich ist auch deswegen für Jugendliche attraktiv, weil sie glauben, eigene Verhaltensmuster entwickeln zu können, die sich von denen der Erwachsenen unterscheiden. Die Bedeutung des Konsums für den Heranwachsenden ist damit ambivalent: Einerseits symbolisiert der Konsum die Übernahme von Erwachsenenwerten und die teilweise Vorwegnahme des Erwachsenenstatus, andererseits zeigt der Konsum auch eine Ablehnung von eben diesen Erwachsenenwerten an.

Hurrelmann und Vogt (1985; 30) verweisen darauf, dass sich jugendlicher Drogenkonsum nicht auf einen Drogentypus beschränkt, sondern unterschiedliche Substanzen miteinander kombiniert werden. Alkohol und Tabak kann hier als einfaches Beispiel genannt werden. Die Konsummuster korrelieren häufig mit schulischen oder beruflichen Leistungsbereichen und mit interpersonalen Beziehungen in der Familie, im Freundeskreis und in Partnerbeziehungen. Der Einstieg in den Drogenkonsum läuft bei Kindern und Jugendlichen in der Regel über die legalen Drogen Alkohol und Tabak. Dazu kommen Arzneimittel, die zunächst über ärztliche Verordnungen oder auf den Rat der Eltern (meist der Mutter) im Bedarfsfall, also bei psychosomatischen Beschwerden aller Art eingenommen werden. Die Mehrzahl der Jugendlichen beschränkt ihren Konsum auf legale Substanzen (ebd.).

Die moderne Entwicklungs- und Sozialisierungstheorie geht von einer dialektischen Beziehung zwischen dem menschlichen Subjekt und der gesellschaftlich vermittelten sozialen und materiellen Umwelt aus. Ein Kind oder ein Jugendlicher entwickelt sich nach dieser Auffassung in einem sozialen und ökologischen Kontext, der subjektiv wahrgenommen, angeeignet und verarbeitet wird, der aber zugleich durch den einzelnen produktiv beeinflusst, verändert und gestaltet wird.

Der Schwerpunkt einschlägiger Untersuchungen muss in dieser Perspektive auf der Suche nach dem subjektiven Nutzen und den instrumentellen sozialen und symbolischen Funktionen des Alkohol- und Tabak- und Arzneimittelkonsums im Kindes- und Jugendalter liegen. Die subjektiven Bedeutungsmuster für die verschiedenen Kategorien von Drogen können sich sowohl überschneiden als auch von einander abweichen. Es ist also von der Annahme auszugehen, dass der Konsum von Tabak, Arzneimitteln, Alkohol und anderen Drogen jeweils zur Befriedigung vielfältiger und unterschiedlicher alters- und entwicklungsbezogener Bedürfnisse der Jugendlichen beitragen kann. Das gilt nicht nur ganz allgemein, sondern auch für ein und dasselbe Individuum je nach der Situation, in der es sich bewegt. Es muss also von einer Bedeutungsvariabilität dieses Konsums ausgegangen werden.

Die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter führt teilweise zur Überforderung der sozialen und psychischen Kompetenzen. Thomasius (1991; 12) fasst den Stand der sozialwissenschaftlichen Forschung folgendermaßen zusammen: Drogenkonsum kann der Befriedigung vielschichtiger alters- und entwicklungsbezogener Bedürfnisse Heranwachsender dienen. Drogen können frustrierende Alltagserlebnisse kompensieren und dienen als Ersatz für ein nicht erreichbares Entwicklungsziel. Drogenkonsum kann Ausdruck von sozialem Protest sein oder als Mittel genutzt werden, elterliche oder gesellschaftliche Wert-

vorstellungen bewusst zu verletzen, andererseits dient er aber auch der Antizipation des Erwachsenenverhaltens. Eine weitere psychosoziale Funktion besteht darin, Zugang in eine Gleichaltrigen-Gruppe zu verschaffen. Insofern steht der Konsum psychoaktiver Substanzen symbolisch für einen subkulturellen Lebensstil.

Drogenkonsum ist somit Ausdruck jugendtypischen Verhaltens oder auch Bewältigungsstrategie in schwierigen Lebenslagen.

Schulische Leistungsschwierigkeiten und Schulversagen sind häufig Auslöser für gestörte Selbstwertgefühle. Schüler und Schülerinnen in ungünstiger Leistungsposition können in die Lage geraten, auch zu den unbeliebten und sozial missachteten Schülern zu gehören. Leistungs-, Beliebtheits- und Konformitätsstatus korrelieren miteinander (13).

Das Rauchen beispielsweise hat innerhalb und außerhalb der Schule eine Entlastungsfunktion für die hierdurch entstandene Bedrohung des Selbstwertgefühls, da es gegenüber den Mitschülern als Prestige-handlung und zugleich gegenüber den Lehrerinnen und Lehrern als latente Protesthaltung gegen die Anforderungen der gesellschaftlichen Institution Schule interpretiert werden kann. Auf weniger spektakuläre Weise lassen sich entsprechende Ziele auch mit Hilfe psychoaktiver Arzneimittel erreichen, die ebenfalls für gewisse Zeit kompensatorische Wirkungen für das Selbstkonzept haben.

Es ist mittlerweile unumstritten, dass monokausale oder eindimensionale Erklärungsansätze nicht ausreichen. Vielmehr ist der bisherigen Forschung bekannt, dass verschiedene Aspekte multifaktoriell zusammenwirken und dass diese personen-, familien-, schul- und gesellschaftsabhängig sind. Offenbar verstärkt sich Drogenkonsum im Jugendalter, wenn Benachteiligungen in der schulischen Laufbahn empfunden werden oder Leistungsversagen eingetreten ist, wenn dauerhafte Konflikte mit den Eltern bestehen und wenn Beziehungen zu Gleichaltrigen unzufriedenstellend sind.

Die vorliegende Studie fokussiert den problematischen Medikamentenkonsum von Jugendlichen, speziell von adolescenten Mädchen. Der Konsum von Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen ist lange Zeit unbeachtet geblieben und eher als unbedenklich gewertet worden. Diese Bagatellisierung konnte sich wohl deshalb etablieren, weil Medikamente in der Regel als Heilmittel von einem Arzt oder einer Ärztin verordnet werden. Diesen Maßnahmen wird im Regelfall vollstes Vertrauen entgegengebracht. Erst Publikationen über Verschreibungsgewohnheiten von Ärzten und Ärztinnen (vgl. Voss, 1983/ Sychrovsky, 1984/ Vogt, 1983) ließen erhebliche Zweifel über die Angemessenheit ärztlichen Handelns zumindest in einigen Fällen aufkommen. Betrachtet man nur die Verordnungen für Psychopharmaka hat Sychrovsky (1984; 71) für die Bundesrepublik herausgefunden, dass den seinerzeit 9,1 Mio. Kindern bis zum 12. Lebensjahr statistisch 51 Mio. mal pro Jahr ein Medikament verschrieben wurde. Umgerechnet bekommt damit jedes Kind pro Jahr in der genannten Altersgruppe sechs Medikamente verabreicht. Für den Bereich der Psychopharmakaverordnung kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass pro Jahr 1,4 Mio. mal Psychopharmaka für Kinder bis zu 12 Jahren verschrieben werden (89/ vgl. auch Nordlohne, 1992; 48/ Remien, 1994; 18). 1,3 Mio. mal wird innerhalb eines Jahres für die gleiche Altersgruppe eine seelische Störung (oder Symptom) diagnostiziert (Sychrovsky, 1984; 71). Tranquilizer, Schlaf- u. Beruhigungsmittel und Antidepressiva sind die am häufigsten verordneten Psychopharmaka für Kinder. Schlaf- und Beruhigungsmittel werden am häufigsten Säuglingen bis zu einem Jahr verordnet. Die Diagnose „Schlafstörungen“ findet sich in der Altersgruppe bis zu einem Jahr in fast 24000 Fällen, in denen ein Medikament verschrieben wurde – das sind im Durchschnitt 5% aller Säuglinge (90). Auch zeigt die Untersuchung von Remien, dass in der Altersgruppe der 0–12jährigen mehr männliche Babys, Kleinkinder und Kinder Psychopharmakaverordnungen erhalten als Mädchen. Das ändert sich jedoch in der Gruppe der 12 - 20jährigen Kinder und Jugendlichen.

Gerade unter Jugendlichen, so belegen vermehrt Studien, ist der Medikamentenkonsum im Steigen begriffen. Dabei sind Mädchen ab dem 14. Lebensjahr in erhöhtem Maße betroffen. Eine Studie im Auftrag des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales kommt nach einer Befragung von 1828 männlichen und weiblichen Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 24 Jahren schon 1987 zu dem Ergebnis, dass 14% des Gesamtanteils regelmäßig Medikamente einnimmt. Davon konsumierten 16% weibliche und 11% männliche Befragte täglich oder mindestens einmal wöchentlich in einem Zeitraum von 3 Monaten vor der Befragung Medikamente.

In einer 1997/98 durchgeführten Studie des Bremer Instituts für Drogenforschung (Quensel/Kolte, 1999; 1) zum Freizeit-, Gesundheits- und Drogenverhalten bei 871 SchülerInnen aus Schulklassen des 8. Schuljahres in Bremen wurde ermittelt, dass 68,4% aller Befragten in den letzten vier Wochen vor der Befragung Medikamente eingenommen haben.

Auch in dieser Studie wird der durchgehend höhere Medikamentenkonsum von Mädchen gegenüber den Jungen in der Altersgruppe der 13 – 15jährigen Jugendlichen deutlich. Von den 462 befragten Mädchen konsumierten 22,8% mehrfach Medikamente gegen Kopfschmerzen im Gegensatz zu den 404 befragten Jungen, von denen 9,1% mehrfach Medikamente aus dem Bereich der Analgetika einnahmen.

Mit den konsumierten Arzneimitteln sollen Zustände des Unwohlseins und der Missstimmung sowie daraus resultierende Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Spannungs- und Schmerzzustände behandelt werden. Es sind schmerzliche emotionale Zustände, Insuffizienzgefühle und Gefühle fehlender Resistenz gegenüber unterschiedlichen Lebenslagen, die die Betroffenen mit Hilfe dieser Medikamente zu beherrschen suchen, um sich so den Erwartungen ihrer sozialen Umwelt anzupassen.

Es ging in dieser Arbeit in erster Linie um die Beantwortung der Frage, mit welcher Zielsetzung Mädchen Medikamente vermehrt und missbräuchlich gebrauchen. Dies ist eine Fragestellung, die in der bisherigen Diskussion um den problematischen adoleszenzspezifisch weiblichen Arzneimittelkonsum bisher noch keine hinreichende Berücksichtigung fand. Die Forschung befasste sich bisher entweder mit einer rein deskriptiven Darstellung eines erhöhten Konsums und den gesellschaftlichen Ursachen. Die jeweilige Funktion eines solchen missbräuchlichen Gebrauchs von Arzneimitteln ist damit Gegenstand der vorliegenden Untersuchung, wobei die gesellschaftlichen Determinanten und intrapsychischen Konflikte als Voraussetzungen für einen problematischen Arzneimittelkonsum herausgearbeitet wurden.

Auf dem Hintergrund eines Perspektivenwechsels der neueren feministischen Theoriebildung, die das subjektive Verhalten von Frauen und Mädchen nicht mehr als bloße Wiedergabe gesellschaftlicher Erwartungen fixiert, sondern als aktives Herstellen gesellschaftlicher Wirklichkeit von Frauen und Mädchen in den Mittelpunkt stellt, ist versucht worden, das In- und Nebeneinander von traditionellen und modernen Vorstellungen weiblicher Identität herauszuarbeiten, um einen problematischen Arzneimittelkonsum als Bewältigungsstrategie im Rahmen einer konflikthaften Aneignung einer weiblichen Identität zu identifizieren.

Mädchen und junge Frauen können sich wegen der Veränderungsprozesse in verschiedenen gesellschaftliche Parametern (z.B. Erwerbstätigkeit, familiäres Umfeld u.a.) nicht mehr in traditionell vorgeformte Setzungen und Normen von Weiblichkeit einfügen, sondern sehen sich Anforderungen, aber auch Chancen gegenüber, die weibliche Identitätsbildung an die Wirklichkeit anzupassen.

Unter Heranziehung subjektiv-kognitiver Bewertungsmuster der Mädchen ist Identitätsbildung als Koordinationsprozess unterschiedlicher Anforderungen und Zuschreibungen zu verstehen, der als vollzogen betrachtet wird, wenn die persönliche Auseinandersetzung der Mädchen mit der äußeren und inneren Lebenswelt zu miteinander vereinbarenden Lösungen geführt hat. Dazu gehören die Bewältigung von Rollenkonflikten, die im Spannungsfeld von Autonomie und Anpassung ausgetragen werden, die psychische Verarbeitung körperlicher

Veränderungen (z.B. der Menstruation), die Wahrnehmung, Balancierung und Integration struktureller Gegebenheiten, aber auch sozialer wie personaler Ressourcen.

Unter Berücksichtigung der speziellen Aufgabe des Statusübergangs vom Mädchen zur Frau und den beschleunigten gesellschaftlichen Veränderungen sollte die Bedeutung der subjektiven Bewertung ihrer Lebenssituation für die Ausbildung der Identität als deutlich bestimmenden Faktor herausgearbeitet werden. Die dazu herangezogene kognitiv-transaktionale Stress- theorie nach Lazarus und der ursachenorientiert-strukturfunktionalistische Ansatz der Konflikt- und Stressbewältigung nach Pearlin haben sich in Verknüpfung mit dem Identitätskonzept von Marcia zur Beschreibung des Zusammenhangs als erkenntnisleitend erwiesen. So konnte hierdurch der Zusammenhang zwischen dem ansteigenden Arzneimittelkonsum von adolescenten Mädchen und der Frage, inwiefern die personale und soziale Ressourcenlage vor dem Hintergrund einer gelungenen oder schwierigen Identitätsgestaltung wirksam werden, beantwortet werden. Der Identitätsstatus kann durchaus als Maßstab für körperliches und seelisches Wohlbefinden der Mädchen herangezogen und somit auch für einen adoleszenzspezi- fischen Arzneimittelkonsum von Mädchen verantwortlich gemacht werden. In Konfrontation mit den eigenen Möglichkeiten und den von außen herangetragenem Werten entstehen Unsicherheiten und Konflikte und notgedrungen Defizite hinsichtlich der Erfüllung traditioneller Normvorstellungen und progressiver Wünsche und Bedürfnisse bei den Mädchen.

Die neuen, von den Medien konstruierten Mädchenbilder mit einem hohen Perfektionsanspruch bilden dabei eine wichtige Folie, auf der Mädchen versuchen, ihre Vorstellungen von erwachsener Weiblichkeit zu formen und konflikthafte Lebenssituationen über „imaginäre Lösungen“ zu bewältigen. Das neue Weiblichkeitsbild postuliert eine selbstbestimmte Mädchenidentität, ohne sich – zumindest vordergründig - von den bisherigen traditionellen weiblichen Zwängen einengen zu lassen. Diese Bilder beinhalten neben der Chance auf ein selbstbestimmtes Leben auch neue gesellschaftliche Zwänge, die einer progressiven Ausbildung von Weiblichkeit eher entgegenstehen, da sie nicht durch die Mädchen selbst erarbeitet und gestaltet, sondern in – allerdings unvollständiger - Anlehnung an die amerikanische riot-girl- Bewegung konstruiert wurden.

Ausgehend von der Haupthypothese der vorliegenden Arbeit, dass die schwierige Identitäts- findung von adolescenten Mädchen vor dem Hintergrund sich verändernder Weiblichkeitsbil- der als ein auslösendes Moment für den problematischen und missbräuchlichen Arzneimittel- konsum zu sehen sei, möchte ich unter Heranziehung der vier formulierten Forschungsfragen die erarbeiteten Ergebnisse darstellen:

Durch eine empirische Untersuchung in Form einer Methoden-Triangulation ist versucht worden, die Bereiche der realen Lebenswelt der Jugendlichen insgesamt und der Mädchen im Besonderen in Form einer quantitativen und einer qualitativen Erhebung zu erfassen, so dass der Arzneimittelkonsum in einem größeren Kontext analysiert werden konnte.

Die quantitative Erhebung fokussierte das Freizeit- und Gesundheitsverhalten sowie die per- sonale und soziale Ressourcenlage von Mädchen und Jungen im Alter von 15 bis 18 Jahren, um innerhalb der gestellten Themen die Faktoren zu ermitteln, die mit einem erhöhtem Medi- kamentenkonsum in Verbindung stehen.

In der qualitativen Untersuchung wurden vierzehn Mädchen der gleichen Altersstufe im Rahmen des „problemzentrierten Interviews“ mit Hilfe eines Leitfadens befragt. Diese explo- rative Methodenwahl ermöglicht einerseits die Analyse subjektiver Einstellungen und Hand- lungsmotivationen der Mädchen und andererseits deckt sie deren Anpassungs- und Bewälti- gungsleistungen auf, die Hinweise auf einen problematischen Arzneimittelkonsum geben können.

Im Rahmen einer hierarchischen Clusteranalyse konnten vier Clustergruppen isoliert werden. Eine Normalgruppe, eine Gruppe mit ausgesprochen hohen Werten depressiver Verstimmung und zwei Medikamentengruppen. Diese unterscheiden sich in den Variablen ‚Leistungsein- schätzung‘ und ‚depressive Verstimmung‘. Die ‚Depressiven-Medikamentengruppe‘ (Depr.-

Med.-Gruppe) zeichnet sich durch hohe Depressionswerte aus, wohingegen die 'Leistungs-Medikamentengruppe' ('Leistungs-Med.-Gruppe') geringe Werte für die Variable ‚depressive Verstimmung‘ aufweist, aber hohe Werte für die ‚subjektive Leistungseinschätzung‘. Beide Gruppen weisen hohe Werte im Schmerzmittelkonsum auf. Diese zwei Medikamentengruppen setzen sich überwiegend aus Real- und Hauptschülerinnen zusammen, wobei die Realschülerinnen in beiden Gruppen mit jeweils mehr als 40% vertreten sind, und die Hauptschülerinnen darin ein Drittel ausmachen.

Die Gymnasiastinnen sind in den Medikamentengruppen unterrepräsentiert, aber dafür am stärksten vertreten in der 'Depressiven –Gruppe' mit deutlich erhöhten Werten in der Variable ‚depressive Verstimmung‘. Weiterhin stellen sie den größten Anteil in der 'Normalgruppe'.

Je älter die Schülerinnen werden, desto mehr von ihnen (jeweils ca. ein Drittel) gehören der 'Leistungs-Medikamentengruppe' und der Gruppe der 'Depressiven' an. Die 'Depressiven-Medikamentengruppe' wird dagegen mit zunehmendem Alter überproportional kleiner. Sie spaltet sich dann in die 'Depressiven' mit geringem Arzneimittelkonsum oder in die 'Leistungs-Medikamentengruppe' mit einem überaus hohen Schmerzmittelkonsum auf.

Insgesamt betrachtet zeigen die Mädchen mit dem Älterwerden deutlich stärker depressive Verstimmungen und einen gesteigerten Arzneimittelkonsum; dies manifestiert sich insbesondere bei den Realschülerinnen.

1.a Lebensbereich Familie

Als einen wichtigen Faktor in der Bewältigung von adoleszenzspezifischen Entwicklungsaufgaben habe ich die Bedeutung der personalen (Variable ‚depressive Verstimmung‘) und sozialen Ressourcenlage von Mädchen unter Zugrundelegung des Beck'schen Depressionsmodells analysiert. Das Hauptinteresse gilt hier nicht den klinisch-biologischen Depressionsmodellen, sondern den psychologischen Depressionsansätzen, und unter diesen der kognitiven Depressionstheorie nach Beck. Bei ihm bilden dysfunktionale Kognitionen den Kern depressiver Phänomene. Wie beeinflussen diese in den relevanten Lebensbereichen ‚Familie‘ und ‚Schule‘ den Konsum von Arzneimitteln von adolescenten Mädchen?

Es hat sich gezeigt, dass ein positives Eingebundensein in die Familie für das Gelingen einer zufriedenen Ausbildung weiblicher Identität von besonderer Bedeutung ist. Mädchen, die in einem gesprächsoffenen Familienklima und emotionaler Nähe, besonders zur Mutter aufwachsen, zeigen nachweislich weniger Beschwerden. Eine schwierige familiäre Beziehung führt dagegen bei beiden Geschlechtern zu psychischen Auffälligkeiten und depressiven Verstimmungen. Der Konsum von Arzneimitteln wird gerade bei Mädchen in einer ungünstigen familiären Konstellation gefördert. Gerade die mütterlich-emotionale Unterstützung zeigt sich als bedeutsamer Einflussfaktor in einem positiven Menstruationsgeschehen. Mädchen, denen eine solche Unterstützung versagt bleibt, zeigen im Menstruationsverlauf ein höheres Beschwerdeaufkommen und einen höheren Arzneimittelkonsum.

In der quantitativen Analyse hat sich gezeigt, dass die Variable Familie als soziale Ressource nicht als ein allein wirksamer Faktor betrachtet werden kann. Der Stellenwert der familiären Unterstützung zeigt sich dann als besonders gefährdet für Mädchen, wenn dieser mit einer negativen personalen Ressourcenlage zusammentrifft, wobei es sich hier um einen wechselseitigen Prozess handelt. Eine positive affektive Unterstützung führt deutlich zu einem positiven Selbstwertgefühl.

1b. Lebensbereich Schule

In der vorliegenden Untersuchung wird deutlich, dass gerade die mittleren Leistungsschichten, und hier besonders die Realschülerinnen, als Trägerinnen des neuen Weiblichkeitsbildes herausgestellt werden können. Leistung und gesellschaftlicher Aufstieg stellen für diese Schü-

lerinnen hohe Werte dar. Dass sich gerade auf dem Bildungssektor geschlechtsspezifisch zugunsten der Mädchen viel entwickelt hat, zeigen die Ergebnisse der neusten Shell-Studie (2002; 62f). Die Benachteiligung der Mädchen in der Bildung ist in den letzten Jahren einem enormen Aufstieg gewichen. Im Gymnasialbereich haben die Mädchen die Jungen fast überflügelt. Diese Leistungsorientierung kann in dieser Studie insbesondere für die Realschülerinnen ebenso für einen Großteil der Hauptschülerinnen bestätigt werden.

Im Mittelwertevergleich konnte eine enge Verbindung zwischen schulleistungsbezogenen Belastungen und dem Auftreten gesundheitlicher Beschwerden festgestellt werden. Gerade im psychosomatischen Beschwerdeaufkommen zeigen sich Mädchen als besonders betroffen. Für die Jungen konnte gezeigt werden, dass schulisches Versagen eine Erhöhung depressiver Verstimmungen zur Folge hat, was für die Mädchen in diesem Zusammenhang nicht konstatiert werden kann, obwohl diese grundsätzlich stärker unter depressiven Verstimmungen leiden. Für beide Geschlechter ist der fremd- oder selbstgesetzte schulische Leistungsdruck bestimmend, aber er wird unterschiedlich verarbeitet. Dieses Ergebnis könnte eine Veränderung der bisherigen Sichtweise geschlechtsspezifischer Reaktions- und Verarbeitungsformen in bezug auf schulische Belastungsfaktoren notwendig machen und als Hinweis für weiterführende Forschungen verstanden werden.

Die Mädchen zeigen vermehrt psychosomatische Stresssymptome, die sie in einem hohen Maße medikamentös behandeln. Die Jungen reagieren unter starker Belastung zumeist mit psychischen Symptomen, die aber nicht zu einem erhöhten Medikamentenkonsum führen. Es konnte jedoch ein schwach signifikanter Zusammenhang für einen männlichen Arzneimittelkonsum in Verbindung mit schulischer Leistungssteigerung ermittelt werden.

Die Entwicklung gesundheitlicher Beeinträchtigungen steht deutlich mit häufig auftretenden elterlichen Konflikten über schulische Belange in Zusammenhang. Hier zeigen sich Realschüler und Gymnasiasten gleichermaßen betroffen. Somit tritt das kritisierende Elternverhalten als negativ beeinflussende Komponente für den problematischen Arzneimittelkonsum deutlich hervor. Dies ist besonders gravierend, wenn daneben die emotionale Nähe zum Kind nur schwach ausgeprägt ist.

Doch nicht ausschließlich elterlicher Leistungsdruck kann zu einem erhöhten und missbräuchlichen Konsum von Arzneimitteln bei den befragten Mädchen führen, gerade der selbstgesetzte Druck, permanent leistungsfähig zu sein, um den hohen gesellschaftlichen Anforderungen an ungebrochener Energie und Einsatzbereitschaft genüge zu tun, kann einen problematischen Arzneimittelkonsum nach sich ziehen. Dieser Zusammenhang zeigt sich signifikant in der ‚Leist.-Med.-Gruppe‘, deren soziale und personale Ressourcenlage als positiv beurteilt werden kann, die aber eine hohe Bewertung ihrer schulischen Leistungseinschätzung vornehmen. Der Faktor Leistung kann hier als ein wichtiger Faktor für einen erhöhten und missbräuchlichen Konsum von Arzneimitteln, insbesondere von Schmerzmitteln, ausgemacht werden. Diese Gruppe konsumiert weitaus mehr Arzneimittel, als real existierende Schmerzzustände dies erforderlich machen. Die älteren Realschülerinnen weisen sich hier als exponierte Gruppe aus. Somit bestätigt sich die These, dass gerade die mittleren Leistungsschichten von einem hohen Leistungsstreben betroffen sind, und dies in enger Verbindung mit einem missbräuchlichen Arzneimittelkonsum in Verbindung steht.

Resümierend für die Forschungsfrage zur Bedeutung der personalen und sozialen Ressourcenlage für einen erhöhten Arzneimittelkonsum von adolescenten Mädchen kann festgestellt werden, dass eine ungünstige und defizitäre Ressourcenlage negative Auswirkungen auf das

physische und psychische Wohlbefinden von Mädchen hat und einen erhöhten Arzneimittelkonsum nach sich zieht. Die Art und Häufigkeit des Konsums ist aber deutlich durch die Wechselseitigkeit der unterschiedlichen Ressourcen gekennzeichnet und ebenfalls deutlich schulspezifisch determiniert. Die Realschülerinnen können hier als exponierte Gruppe für einen ausgeprägten Schmerzmittelkonsum herausgestellt werden. Diese Gruppe zeigt den deutlichen Einfluss der sozialen und personalen Ressourcen auf einen problematischen Arzneimittelkonsum, indem sie über das ermittelte herausragende Leistungsstreben auf einen weiteren einflussreichen Faktor zur Ausbildung problematischer Konsummuster von Arzneimitteln verweist.

2. Menstruation

Die Pubertät gilt als die Zeit des lebensgeschichtlichen Übergangs zum Erwachsensein, in der Mädchen ihr zukünftiges Leben als Frau entwerfen und allmählich zu gestalten beginnen. Um sich vorstellen zu können, was die Identität der Frau bedeutet, muss es zunächst den eigenen Körper begreifen.

Bedeutsam für das Selbstbewusstsein einer Frau ist demnach, wie sie ihren Körper erlebt, kennenlernt und begreift. „Je unvollständiger das eigene Körperbild ist, desto bruchstückhafter ist auch die Wahrnehmung der Außenwelt“ (Waldeck, 1993; 186). Die eigene Erfahrung mit dem Körper, ob dieser eher als mangelhaft oder vollständig, als abstoßend oder als liebenswert, als Schmerz- oder Quelle von Lust und Sinnlichkeit empfunden wird, prägt die Vorstellung von Weiblichkeit grundlegend (187).

Vor dem Hintergrund einer schwierigen Ausbildung weiblicher Identität als auslösendes Moment für einen missbräuchlichen Arzneimittelkonsum, zeigt sich gerade das Menstruationsgeschehen der Mädchen als aufschlussreich.

In diesem Zusammenhang konnte ein hoher Prozentsatz von Mädchen mit Bauchschmerzen ermittelt werden sowie ein hoher Mädchenanteil, der häufig Menstruations- und Schmerzmittel konsumiert. Im Hinblick auf eine enge Verbindung zwischen einem verstärkten Arzneimittelkonsum und dem Menstruationsgeschehen wurden die Mädchen im Rahmen der qualitativen Untersuchung hinsichtlich ihrer Einstellungen, ihrer Umgangsweise sowie ihres Beschwerdeaufkommens befragt. Auch die elterliche/mütterliche Einflussnahme auf die Menarche wurde über die subjektiven Aussagen der Mädchen herausgefiltert.

Für den qualitativen Untersuchungsteil ist festzuhalten, dass mehr als ein Drittel der befragten Mädchen über starke Menstruationsprobleme klagen. Nur drei von vierzehn Mädchen gaben an, während der Menstruation beschwerdefrei zu sein. Die Haupt- und Realschülerinnen leiden am deutlichsten unter starken Beschwerden. Insofern erstaunt der verstärkte Arzneimittelkonsum im Zusammenhang mit der quantitativ erhobenen Häufigkeit von Bauchschmerzen nicht.

Im Menarcheerleben zeigen sich schulzweisppezifische Unterschiede. Während die Gymnasiastinnen ihr erstes Menstruationserleben positiv bewerten, spalten sich die Haupt- und Realschülerinnen in zwei Gruppen, in diejenigen, die ein positives Erleben hatten, während die anderen ein negatives Erlebnis mit der Menarche verbinden.

Die positiven Reaktionen der Gymnasiastinnen sind zumeist Resultat einer guten Vorbereitung vor allem der Mutter auf das Ereignis. Die Gymnasiastinnen treffen innerfamiliär häufiger auf eine offenere Gesprächskultur, die ihnen das Einbringen der eigenen Gefühle ermöglicht und dadurch zur Relativierung von Ängsten beiträgt.

Die Elternreaktionen, eigentlich Reaktionen der Mütter, auf das Menarcheereignis werden überwiegend auf der sachlichen Ebene abgehandelt und führen über eine allgemeine Belehrung über biologische Vorgänge und Hygieneartikel nicht hinaus. Dieser eingeschränkt geführte Dialog über die Menstruation zeigt sich auch darin, dass die Töchter über das Menstruationserleben der Mütter nichts wissen. Die Analyse der Gesprächskultur zwischen Mutter und Tochter konnte ermitteln, dass es in der Mehrheit der Familien keine Gespräche über die die Menstruation begleitenden Gefühle von Angst, Lust oder Freude gesprochen wird. Deutlich wird dadurch auch, dass das Thema Sexualität insgesamt in der Familie, aber auch zwischen Mutter und Tochter, nicht besprochen wird.

Es kann bestätigt werden, dass die Menarche für die Mädchen die Bedeutung eines Initiationsmomentes hat. Sie erleben die erste Menstruation, die sie oftmals ungeduldig erwarten, als für sie wichtigen Entwicklungsschritt in die Erwachsenenwelt. Mit zunehmendem Menstruationsverlauf wandelt sich die positive Einstellung in "etwas Normales" oder wird eher sogar unangenehm empfunden. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass die hier befragten Mädchen keine positiven Attribute damit verbinden. So wird Menstruation allgemein eher in negativer, den Alltag belastender Weise interpretiert.

Auch führen die Menstruationsbeschwerden zu einer negativen Bewertung der Mädchen. Hier stellt sich dir Frage: Kam die negativ kognitive Prägung durch äußere Einflüsse zustande oder werden die Beschwerden durch die biologischen Veränderungen ausgelöst und wirken sich dann auf Beurteilung durch die Mädchen aus. Vor dem Hintergrund einer engen Verbindung zwischen dem Menarcheerleben und dem Menstruationsverlauf tendiere ich zu der Annahme, dass Kognitionen, ausgelöst durch die in der Untersuchung auf breiter Basis dargestellten Einflussfaktoren, einen entscheidenden Einfluss auf das Menstruationsgeschehen der Mädchen haben.

Es war deshalb zu erwarten, dass über die Hälfte der Mädchen die Menstruation als Krankheit begreifen. Ein solches Verständnis bietet ihnen Entlastung dafür, sich nicht mit ihrer Sexualität, im Besonderen aber mit ihrer künftigen Rolle als Mutter auseinander setzen zu müssen. Der Umstand, dass kulturell gesehen, die Menstruation als etwas Geheimes, Verbotenes, ja sogar Schmutziges betrachtet wird, verstärkt diese Neigung noch.

Ein Krankheitsverständnis lässt natürlich auch keinen Raum für positive Gefühle, insofern können sexuelle Regungen, die durch die Menarche und Menstruation ausgelöst werden, nicht bejaht und ins Selbstbild integriert werden.

Ein krankheitsbedingtes Menstruationsverständnis wird im Gegensatz zu den Gymnasiastinnen besonders von den Haupt- und Realschülerinnen getragen, deren Zugang zu Informationen und Gesprächen im Elternhaus eher eingeschränkt oder gar nicht vorhanden sind.

Weibliche Identitätsfindung gestaltet sich aufgrund des schwierigen und belastenden Umgangs mit der Menstruation als identitätsstiftendes Moment sehr schwierig. Hier zeigt sich, dass weibliche Identitätsfindung eng mit einem problematischen Arzneimittelkonsum verknüpft ist. Wie der Menstruations- und Schmerzmittelkonsum gerade bei der Gruppe der Realschülerinnen zeigt, werden diese Mittel in hohem Maße und z. T. missbräuchlich angewendet.

3. Konfliktbewältigung

Ausgehend von der Annahme, dass der ermittelte quantitative Befund des problematischen Arzneimittelkonsums als Reaktion auf belastende Problembereiche verstanden werden muss, erbrachte die Analyse des Konflikt- und Problemverhaltens für die vorliegende Fragestellung

weiterführende Erkenntnisse. Gerade hier zeigte sich ein Anpassungsprozess an traditionelle Weiblichkeitsnormen und bestätigten sich die theoretischen Überlegungen von Gilligan und Brown zur Angst vor Beziehungsverlust, denn die Mehrzahl der Mädchen zeigte ein deutliches Konfliktvermeidungsverhalten. Sie brachten deutlich erkennbar ein Harmoniestreben zum Ausdruck, fühlten sich durch Auseinandersetzungen und Beziehungskonflikte bedroht und gaben an, Probleme und Konflikte zu umgehen oder den Kompromiss zu suchen. Dieses Verhalten stellte sich aber erst während der Adoleszenz ein. Im Alter von 8 – 10 Jahren berichteten diese Mädchen von einer Konfliktfähigkeit, die sie im Verlauf der Entwicklung verloren haben. Deutlich wurde durch diese Untersuchung die Beobachtung bestätigt, dass sich mit der Pubertät die Weiblichkeitsnormen in bezug auf die Bewältigung von Konflikten verändern.

Die hier ermittelte, gesundheitlich bedenkliche Lage adoleszenter Mädchen lässt den Schluss zu, dass unter den beschriebenen Bedingungen unbewältigte Konflikte in Form von Krankheiten ausagiert werden. Alle vierzehn interviewten Mädchen litten stärker oder schwächer unter Schmerzen. Neben geringen Beschwerden, vor allem Bauch- und Kopfschmerzen zeigten sich bei einem Drittel medizinisch definierte Krankheiten. Hier kann aufgrund der Analyse ihrer spezifischen Lebenslagen davon ausgegangen werden, dass sie die Krankheit im Sinne einer Bewältigungsstrategie benötigen und nutzen. Ihnen ist die Funktion der Krankheit als Strategie der Konfliktlösung allerdings selbst nicht bewusst.

Ein Drittel der im Interview befragten Mädchen machte deutlich, dass die Krankheit eine wichtige Funktion in ihrem Leben einnimmt. Für diese Gruppe stellte die Krankheit eine Form der Konfliktlösung dar. Sie fühlen sich nicht in der Lage, die Probleme und Konflikte offen anzugehen. Indem der Körper ihnen Beschwerden „anbietet“, vermeiden sie die aktive Auseinandersetzung mit ihren Ängsten und Schwierigkeiten.

4. Arzneimittelkonsum

Mit welcher Zielsetzung verfolgen adolescente Mädchen einen problematischen Arzneimittelkonsum? Verschafft er ihnen einen Krankheitsgewinn und wird darüber als „Problem- und Konfliktlöser“ eingesetzt oder gebrauchen die Mädchen Medikamente als Stützfunktion, wenn personale und soziale Unterstützung versagt bleibt?

Ebenso wie die Krankheit in den Dienst der Lösung von Problemen gestellt werden kann, so kann auch der Arzneimittelkonsum eine solchen Funktion einnehmen.

Konflikthafte Lebenssituationen lösen, wenn sie zu einer Überforderung werden, psychosomatische Beschwerden aus. Diese werden je nach Ressourcenlage und Bildungsstand der Mädchen medikamentös beeinflusst. Insofern wird einerseits die Krankheit in den Dienst der Konfliktbearbeitung gestellt, und andererseits – und damit unmittelbar verknüpft – das Medikament. Dieser Zusammenhang ist den Mädchen wiederum nicht bewusst.

Ein hoher Prozentsatz – 22,4% - der befragten Jugendlichen konsumiert Arzneimittel. Geschlechtsspezifisch sind es die Mädchen, die häufiger und mehr konsumieren. Entsprechend dem Altersanstieg erhöht sich der Arzneimittelkonsum. Auch schulspezifisch konnten Unterschiede hinsichtlich der Art und der Häufigkeit der Mittel festgestellt werden. Gymnasiastinnen nehmen vermehrt sog. Psycho-Mittel, die neben Analgetika mit psychoaktiver Wirkung auch Anorektika, Laxantien und Beruhigungsmittel umfassen. Die Realschülerinnen konsumieren häufig Schmerz- und Menstruationsmittel. Diese Schülerinnen konsumieren auch missbräuchlich, d. h. über real existierende Schmerz- und Beschwerdezustände hinaus. Dieses

Ergebnis kann deutlich für die konsumierten Menstruationsmittel konstatiert werden, die täglich oder mehrmals in der Woche eingenommen werden.

Im Rahmen der qualitativen Erhebung berichteten alle vierzehn befragten Mädchen in unterschiedlicher Art und Häufigkeit über die Anwendung von Arzneimitteln. Neben Antitussiva, Laxantien, Herz-, Kreislauf- und Beruhigungsmitteln werden vor allem Schmerzmittel angeführt.

Nach der Form und der Häufigkeit des Konsums lassen sich die Mädchen in zwei Gruppen einteilen. Etwa ein Drittel der Mädchen (Medikamentengruppe) konsumiert täglich oder 1 – 2 mal wöchentlich Schmerz- und andere Mittel. Die andere Gruppe konsumiert die gleichen Mittel aber nicht in dieser Häufigkeit. Der Medikamentengruppe können zwei Haupt- und zwei Realschülerinnen sowie eine Gymnasiastin zugeordnet werden.

Natürlich sind Medikamente zunächst ‚Heilmittel‘, die zur Heilung von Krankheiten und Beschwerden Anwendung finden. Die nicht-medikamentöse Gruppe konsumiert in diesem Bewusstsein und setzt das Medikament zumeist in Verbindung einer ärztlichen Indikation ein.

Arzneimittel können weiterhin ‚systemstabilisierende Funktion‘ einnehmen: Führen Anspannung und Überforderung zu psychosomatischen Symptomen, werden diese von einzelnen Mädchen der Medikamentengruppe mit Arzneimitteln gelindert. Es besteht nachdem Ausschalten des Symptoms keine Notwendigkeit mehr, die Ursache zu ergründen, weil die verwendeten Arzneimittel den Leidensdruck gering halten. So wird die problematische Lebenssituation, die Mädchen nicht lösen können, durch den verstärkten Arzneimittelkonsum aufrechterhalten.

Die dritte erarbeitete Funktion ist die ‚Stützfunktion‘: Das Medikament wird symbolisch mit einer bestimmten Funktion belegt. Die konsumierten Arzneimittel versprechen Schutz vor ungewollten unangenehmen und überfordernden Gefühlen, die durch das medikamentöse Ausschalten des Symptoms nicht wahrgenommen werden müssen. Dabei muss das Symptom nicht selbst Anlass für den Konsum sein, sondern bereits die Erwartungsangst vor einem nicht kontrollierbaren Auftreten von Schmerzen und Beschwerden führt zum Konsum. Diese ‚Stützfunktion‘ konnte besonders in Zusammenhang der Menstruation festgestellt werden. In beiden Untersuchungsteilen zeigt sich gerade im menstruellen Bereich die subjektive Notwendigkeit und Bereitschaft Schmerzmittel häufig zu konsumieren und permanent bei sich zu tragen. In diesem Zusammenhang werden auch Kontrazeptiva mit unterschiedlichen Funktionen belegt, die über die Funktion der Schwangerschaftsverhütung deutlich hinausgehen. Es ließen sich die Funktionen Verhütung, Beschwerdenlinderung, Sicherheit und Verlässlichkeit isolieren.

Fazit

Frauen und Mädchen fühlen sich oft minderwertig und ihr eigenes Selbstwertgefühl ist häufig gering ausgebildet. Sie leiden unter depressiven Verstimmungen und nutzen die ihnen offenstehenden Chancen auf dem Arbeitsmarkt sehr defensiv. Dies zeigt sich insbesondere bei den interviewten Gymnasiastinnen, die sich fast alle in den Identitätsstatus ‚traditionell übernommen‘ (Mädchen mit diesem Identitätsstatus übernehmen die Werte und Vorstellungen des traditionell ausgerichteten Weiblichkeitsbildes, indem sie in der Regel das Rollenverhalten ihrer Mütter unreflektiert übernehmen) einstufen lassen. Diese Mädchen streben einen hochqualifizierten Schul- oder sogar Studienabschluss mit der Perspektive an, sich später wegen der Familieplanung aus dem Berufsleben ganz oder teilweise zurückzuziehen. Dieser Identitätsstatus korreliert mit einem hohen Maß an körperlichem und seelischem Wohlbefinden.

Insofern lässt sich für diese Gruppe der Schluss ziehen, dass sie zunächst den Weg des geringsten Widerstandes suchen. Gleichzeitig zeigt sich in dieser Mädchengruppe in den Gesprächen und über die äußere Erscheinung eine Diskrepanz zwischen Einstellungen und tatsächlichem Verhalten. Die Mädchen zeigen ein deutlich sexualisiertes Äußeres und vermitteln das Bild von selbstbewussten jungen Frauen, die im Kern bereit sind, den neuen Weiblichkeitsbildern zu folgen. Sie scheinen deutlich vor Augen zu haben, dass traditionelle Weiblichkeitssetzungen nur schwer abzustreifen sind, und für sie der Weg in eine selbstbestimmte Identität eine konfliktreiche und vielleicht nicht zu lösende Aufgabe darstellt.

Auf der Basis der Untersuchungen über die steigende Zahl von Mädchen, die vordergründig den progressiven Vorstellungen der neuen Weiblichkeit zuneigen, aber dann doch zum großen Teil die tradierte Lebensperspektive wählen, wurde die Körpermanipulation als Explorationsbedürfnis der Mädchen verstanden und die Entscheidung, in bekannte traditionelle Lebensformen zu gehen, als „emotionales Krisenmanagement“ (Ahbe, 1995 nach Fuhrer 2001; 13) gedeutet.

Unter Heranziehung intrapsychischer Aspekte wird noch einmal auf den besonderen Pubertätskonflikt der Mädchen verwiesen: Die neuen Weiblichkeitsbilder lassen den Mädchen, da es noch zu wenige Vorbilder für diese Lebensform gibt nur die Möglichkeit, sich an männlichen Vorbildern, die auf Beziehungsautonomie gründen, zu orientieren. Dies aber bedeutet für Mädchen, einen elementaren Persönlichkeitsbereich, dem Streben nach Bindung und Beziehung, abspalten zu müssen, wenn die Spannung zu groß wird.

Die Verarbeitung eines empfundenen und geäußerten Anpassungszwangs an gesellschaftlich determinierte Weiblichkeitsnormen führt bei den Mädchen zu unterschiedlichen Selbstkonzepten, die im Rahmen von Marcias Identitätsstadien kategorisiert wurden. Die Annahme, empfundener Weiblichkeitszwang führe automatisch zu Konflikten mit der eigenen Weiblichkeit und wirke sich pathologisch aus, kann hier nicht bestätigt werden. Festzuhalten ist aber, dass ein diffuser Identitätsstatus mit Beschwerden und Arzneimittelkonsum korreliert, ein übernommener Status aber nicht. Eindeutig ist auch, dass die Mädchen, die eine positive Einstellung zum traditionellen Familienbild haben und ihr Leben perspektivisch auf die Planung einer Familie ausrichten, zu diesem Zeitpunkt ihrer Entwicklung wenig bis keine Beschwerden haben und kaum Medikamente nehmen.

Die erhöhten Werte im spezifisch weiblichen Beschwerdebereich Bauchschmerzen, die durch den ermittelten hohen Arzneimittelkonsum gerade im Bereich der Menstruations- und Schmerzmittel bestätigt werden konnten, verweisen auf Problembereiche, die vermutlich mit der Ausbildung von Weiblichkeit in Zusammenhang gebracht werden können. Diese Annahme verstärkt sich, weil insbesondere die Gruppen, die erhöht und missbräuchlich Arzneimittel anwenden, sich auch als die Gruppen mit den höchsten Bauchschmerz- und Konsumwerten für Menstruationsmittel herausstellen. Auch die Tatsache, dass es sich insbesondere um die mittleren Leistungsschichten handelt, die gerade hier Probleme ausbilden, verweist unter Heranziehung der familiären und schulspezifischen Ergebnisse sowie auf die dargestellten gesellschaftlichen Parameter auf eine schwierige weibliche Identitätsfindung, die somit deutlich mit einem erhöhten Arzneimittelkonsum in Verbindung gebracht werden kann.

Die Realschülerinnen müssen hier mit einem erhöhten missbräuchlichen Arzneimittelkonsum herausgestellt werden. Sie lassen sich durch die Variablen ‚depressive Verstimmung‘ und ‚Leistung‘ in zwei Gruppen aufteilen, deren Gemeinsamkeit in einem hohen Schmerzmittelkonsum liegt. Es konnte besonders hier gezeigt werden, dass erhöhter Arzneimittelkonsum

mit einer schwierigen Ausgestaltung weiblicher Identität in Verbindung gebracht werden muss. Die traditionelle Anpassung an Weiblichkeitsnormen, die sich im ermittelten Konfliktvermeidungsverhalten aller vierzehn interviewten Mädchen ausdrückt, und die negative Einstellung zur Menstruation münden bei einem Drittel der Mädchen in Krankheit und Schmerzen und schließlich in einem missbräuchlichen Arzneimittelkonsum.

Andererseits zeigen sich deutliche Bestrebungen gerade bei den Mädchen, die sich in der Gruppe der Leist.-Med.-Gruppe wiederfinden, traditionelle Vorstellungen von Weiblichkeit zu überwinden. Diese Mädchengruppe vollzieht einen Wandel im Familienbild und strebt ein höheres Niveau des Bildungsstatus an. Deutlich wird, dass insbesondere die Realschülerinnen Trägerinnen des neuen Weiblichkeitsbildes sind. Sie müssen sich in ihrer Leistungsbereitschaft zwischen alten Widerständen und neuen, noch nicht etablierten Normen zurechtfinden, was bei einem Großteil der befragten Mädchen zu einem missbräuchlichen Arzneimittelkonsum und einem erhöhten Beschwerdeaufkommen führt.

Es ist insgesamt erkennbar, dass eine selbstbestimmte Lebensweise der Mädchen, die sich unter den Bedingungen traditioneller, aber auch moderner Weiblichkeitsbilder und sich rasch verändernder gesellschaftlicher Parameter entwickelt, um einen hohen Preis erkaufte wird.

Anmerkungen

1 Arzneimittelkonsum: Bedeutung und Funktion

¹ Basis für die Verbrauchsmessung in arzneimittlepidemiologischen Studien ist die Defined daily dose (DDD) die ebenfalls als definierte Tagesdosis (DTD) bezeichnet wird. Bei der DDD handelt es sich um eine rechnerische Größe, die nicht notwendigerweise die empfohlenen Dosierungen oder die tatsächlich angewendeten Dosierungen (prescribed daily dose, PDD) eines Arzneimittels wiedergibt. Angegeben werden entweder die DDD/1000 Einwohner/Tag oder die DDD/Gesamtbevölkerung/Jahr. Die DDD einzelner Arzneimittel können addiert werden, so dass auch der Verbrauch für ganze Arzneimittelgruppen berechnet und verglichen werden kann, z. B. für Analgetika (Fricke, U., Günther, J., 2001, Methodik der ATC-Klassifikation und DDD-Festlegung für den deutschen Arzneimittelmarkt, WIDO, Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn, S. 33f., vgl. auch Poser u. Poser a. O., S. 42f).

² Zu ihnen zählen u. a.:

Morphin: Hauptalkaloid des Opiums. Die Substanz ist ein fast reiner μ -Rezeptoragonist¹, hat aber opioidunabhängige Nebenwirkungen. Morphin ist die Standardsubstanz unter den klassischen Opioiden; es wird bis heute in großem Umfang als Schmerzmittel eingesetzt. Die Wirkungsdauer einer Einzeldosis beträgt 4 – 8 Stunden. Typische unerwünschte Wirkungen sind Sedierung, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen und Obstipation.¹

Kodein: In Deutschland als rezeptpflichtiges, aber nicht BtM-rezeptpflichtiges Arzneimittel zur Behandlung von Husten und Schmerzen zugelassen. Die Substanz ist offiziell, d. h. der Apotheker kann auch Rezepturen nach Anweisung des Arztes selbst herstellen (Flüssigkeiten bis zu einer Maximalkonzentration von 2,5%. Aufgrund von unerwünschten Wirkungen wird Kodein so gut wie nie i. v. injiziert, sondern ausschließlich oral verabreicht. Primärer Kodeinmissbrauch und –abhängigkeit kommen gelegentlich vor, vor allem bei Beschäftigten im Medizinbereich. Kodein wird aber vor allem von Heroinabhängigen zur Substitution eingenommen. Diese sog. „graue Substitution“¹ ist ungesetzlich, aber verbreitet. In geringem Umfang wird sie auch von Arzneimittelabhängigen missbraucht.¹

Pethidin: Morphinähnliches, synthetisches Opioid, das unter dem Namen Dolantin seit Jahrzehnten in Deutschland auf dem Arzneimittelmarkt ist. 50 – 100 mg Dolantin erzeugen eine ähnliche Schmerzlinderung wie 10 mg Morphin. Die Substanz ist zur Zeit als Betäubungsmittel verschreibungsfähig.

Tilidin u. Naloxon: Morphinähnlich wirksames Opioid. Es war früher als Monosubstanz auf dem Markt (Valeron), heute ist es nur noch als Kombinationspräparat (Valeron N enthält Tildin und Naloxon) verfügbar. Der Opioidantagonist Naloxon wurde hinzugefügt, um den intravenösen Missbrauch des Tilidins zu verhindern: Bei Injektion des Mischpräparats wird durch das Naloxon für einige Minuten bis Stunden jeder Opioideffekt aufgehoben, was bei Abhängigen zu einem heftigen Entzugssyndrom führt. Dagegen wird das oral angewendete Naloxon während der ersten „Leberpassage“

komplett inaktiviert, so dass nur das Tilidin und seine Metaboliten zur Wirkung kommen, die oral gut analgetisch wirksam sind.¹

Tramadol: gehört zu den atypischen Opioiden, weil es eine morphinähnliche analgetische Wirkung hat und an Opioidrezeptoren bindet. Es unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von den klassischen Opioiden, z. B. ist seine maximale analgetische Wirkung nicht so intensiv, und es besteht bei hohen Dosen keine Gefahr von Atemstillstand, sondern nur die einer Atemdepression.

Das Abhängigkeitspotential der atypischen Opioide ist geringer als das der klassischen.¹ Der Entzug von Stoffen dieser Wirkstoffklasse ist weniger problematisch als der von klassischen Opioiden, obwohl die Abbrüche durch die Patienten auch hier nicht selten sind.

Tramadol unterliegt weder dem Betäubungsmittelgesetz noch den internationalen Suchtstoffabkommen. Die pharmakologische Einordnung von Tramadol ist nicht ganz gesichert, es scheint sowohl über Opioidrezeptoren wie auch über andere Mechanismen zu wirken. Es bindet an μ - und δ -Rezeptoren mit gleicher Affinität.

Im Tierversuch kann mit Tramadol eine schwache Abhängigkeit vom Opioidtyp erzeugt werden. Versuchspersonen mit Opioidabusus in der Vorgeschichte erleben die Injektion extrem hoher Tramaldosen (300 mg) als morphinähnlich; niedrige Dosen, wie sie in der Schmerztherapie üblich sind, werden nicht von Placebo unterschieden.¹ In der Literatur werden ganz vereinzelt Fälle von Abusus oder Abhängigkeit mitgeteilt, bisher überwiegend „Umsteiger“ von anderen Substanzen. Die Substanz Tramadol wird als schwacher Suchtstoff betrachtet, der vor allem bei bereits Suchtkranken zu Abusus und Abhängigkeit führen kann. Nur in ganz seltenen Ausnahmefällen erzeugt die Substanz eine Opioidabhängigkeit.

³ Die Psychostimulanzien des Amphetamin-Typs machen unterschiedlich stark psychisch abhängig. Körperlich machen sie kaum abhängig. Nach dem Entzug tritt oft eine seelische und körperliche Depression auf. Ihr Missbrauchspotential wird als mittel bis hoch eingeschätzt. Zu dieser Gruppe zählt auch das Coffein, dessen Missbrauchspotential z. B. in Schmerzmittelkombinationen nicht zu unterschätzen ist. Zum gleichen Abhängigkeitstyp gehören die Appetitzügler aus der Gruppe der Amphetamine und Ephedrine (Glaeske, Sucht, S. 73).

⁴ vgl. dazu Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hg.: Medikamente: Verbrauch, Missbrauch, Abhängigkeit. Heft 19, Hamm 1976; Wacker, H. & Dubach, U. C.: Gewohnheiten bei der Einnahme von phenacethinhaltenen Analgetika. In: Z. Präventivmedizin 1970, Nr. 15; Poser, W., Poser, S. & Echternkamp, Missbrauch bromhaltiger Schlaf- und Beruhigungsmittel. In Dt. Med. Wschr. 1974, Nr. 99.

2 Weibliche Identität

¹ vgl. Horstkemper, M., Schule, Geschlecht und Selbstvertrauen. Eine Längsschnittstudie über Mädchensozialisation in der Schule. Weinheim, München, 1988. dies., Zwischen Aufbruch und Selbstbescheidung – Berufs- und Lebensentwürfe von Schülerinnen. In: Horstkemper, M./Wager-Winterhager, L. (Hg.), Mädchen und Jungen – Männer und Frauen in der Schule. In: Die Deutsche Schule, 1. Beiheft, S. 18f.

² 1983 führten Person und Ovesey den Begriff der „Geschlechtsrollenidentität (gender role identity) ein, die mit dem psychischen Selbstbild der eigenen Männlichkeit oder Weiblichkeit zu tun hat, gemessen an gesellschaftlichen Normen für männliches und

weibliches Verhalten. „Geschlechtsrollenidentität“ bezieht sich auf ein vom Geschlecht abhängiges Selbst, welches durch biologische, soziologische und psychologische Facetten in vielfältiger Weise bestimmt ist. Geschlechtsrollenidentität impliziert eine innere Selbstbewertung der Männlichkeit oder Weiblichkeit; sie ist so eher ein kontinuierlicher als ein abgeschlossener Prozess. In: Schwartz, A. E., (1992), Einige Bemerkungen zur Entwicklung der weiblichen Geschlechtsrollenidentität. In: Schwartz, A. a. (1992), Psychoanalyse der Frau jenseits von Freud, Berlin, S. 66

³ Transitionen = schwierige Übergänge, s. Hurrelmann Gesundheitssoziologie, S. 55

3 Methodik und Durchführung

¹ Bremer Institut für Drogenforschung, Universität Bremen. Vgl. dazu Bremer Freizeit- und Gesundheitsstudie, 1999, Ergebnisreader Teil A

² Als Status bezeichnet man die mit einer Position (als Sohn/Tochter, Schüler, Auszubildender) verbundenen Erwartungen des Betreffenden in Bezug auf seine Selbständigkeit, sein Mitspracherecht, die gebührende Anerkennung, die Verantwortung und Entscheidungsfreiheit etc.. Statuskonflikte entstehen, wenn der Jugendliche z. B. mehr Rechte verlangt, solche Ansprüche nicht ihren Möglichkeiten entsprechen und nicht mehr mit den Erwartungen ihrer Umwelt übereinstimmen. In: Metz, I., Pubertät und Adoleszenz 1, 1997)

³ Dabei beziehe ich mich auf die drei von Blumer (Blumer, 1969/1973, 30) formulierten Prämissen:

a. „Menschen handeln „Dingen“ gegenüber auf der Grundlage der Bedeutungen, die diese Dinge für sie haben

Dinge (damit sind physische Objekte, andere Personen, Einstellungen oder abstrakte Ideen gemeint) in der Umwelt einer Person fungieren mit all ihren Eigenheiten als Auslöser für bestimmte Handlungen (oder Unterlassungen), aber diese Auslöser werden von den Handelnden mitkonstituiert: durch ihre Aufmerksamkeit, ihre Zuwendungen, ihre eigenen Aktivitäten in der Umwelt sowie den von ihnen provozierten Aktivitäten anderer Personen.

Dieser Gesamtkontext generiert eine Ordnung in Form von Bedeutungen als Orientierungshilfe für sinnhaftes Handeln. Daher muss für das Verständnis sozialer Phänomene dieser Bedeutungsgehalt erfasst werden. Dies gelingt nicht über eine distanzierende beobachtende Haltung, sondern über das Eintreten in Kommunikationsbeziehungen mit der Funktion, diesen Bedeutungsgehalt zu rekonstruieren. Dazu gehört natürlich die Rekonstruktion der Bedeutungs-genese, mit der sich die zwei weiteren Prämissen Blumers beschäftigen:

b. Die Bedeutung solcher Dinge entsteht oder ist abgeleitet aus der sozialen Interaktion, die Menschen mit anderen Mitmenschen eingehen.

Bedeutungen sind in einem Objekt niemals automatisch mitgegeben und daher nicht aus der Beobachtung eines Objektes herleitbar. Menschen erlernen den

Umgang mit physischen Objekten, Personen oder Ideen dadurch, dass sie beobachten, was andere mit diesen Dingen verbinden und sich diesen gegenüber verhalten. So ist der Gebrauch des Du-Wortes, die Verwendung alltäglicher Gebrauchsgegenstände, oder der Umgang mit Vorstellungen über Chancengleichheit beispielsweise abhängig von spezifischen Kulturen und Subkulturen, aber auch von konkreten Handlungssituationen.

Bedeutungen sind daher soziale Produkte aus Interaktionen und enthalten neben individuellen Komponenten immer Elemente, die über die einzelne Person hinausgehen.

Solche symbolisch generalisierte Ausdrucksform machen Handeln koordinierbar, indem die Interaktionsbeteiligten sich innerhalb bestimmter Handlungskontexte auf gemeinsame Bedeutungen verlassen können, die durch Erwartungssicherheit und Handlungsfähigkeit im Interaktions-zusammenhang gewährleisten. Die Reaktionen auf solche Handlungen lassen die Kommunikation in den gesellschaftlichen Prozess eingehen und produzieren solcherart sozialen Sinn, der sich in Handlungsbedingungen objektiviert. Aber diese gemeinsam geteilten Bedeutungen, die Symbole und auch der interaktiv generierte Sinn sind nicht dauerhaft fixiert, sondern unterliegen einem permanenten Wandel:

- c. Diese Bedeutungen werden in einem interpretativen Prozess, den die Personen in ihrer Auseinandersetzung mit den ihr begegnenden Dingen **eingehen, benutzt, gehandhabt und abgeändert**:

Bedeutungen und Handlungen werden hinsichtlich der sozialen Interaktionssituation interpretiert und flexibel gehandhabt. Es gibt zwar die gemeinsame Sprache, doch wird sie bei jedem Kontakt zwischen Personen anders eingesetzt. Das jeweils Neue in der Rekonstruktion entsteht durch die Reaktion des Einzelnen auf die Gruppe, deren Mitglied er ist, meint Mead.

Die kommunizierenden Personen produzieren aber zusätzlich immer neue Interaktionsbedingungen für ihre soziale Umwelt und erschaffen dadurch eine veränderte Situation mit anderen Anforderungen für alle Beteiligten → Sozialer Wandel nämlich, der allgegenwärtig und nicht zu vernachlässigender Bestandteil des sozialen Prozesses ist.

4 Qualitative Datenauswertung

¹ Die Pathologisierung des weiblichen Körpers und der Menstruation lässt sich bis ins 20. Jhd. belegen (Hohage, 1998, 222). Am Ende des 20. Jhdts. will man sich damit aber nicht mehr zufrieden geben. Bereits 1979 hat Arnholdt (1979, Hohage, 222) in seiner Untersuchung auf die hohen wirtschaftlichen Verluste hingewiesen, die durch menstruationsbedingtes Krankheitsfehlen von Frauen entstehen: So sollen menstruelle Probleme die englische Wirtschaft 3%, die amerikanische sogar 8% der gesamten

Löhne gekostet haben. Ein solches Argument dient nicht nur der Legitimation der geringeren Löhne von Frauen, sondern rechtfertigt den hohen Einsatz von Medikamenten, die die Aufgabe haben die Funktionstüchtigkeit von Frauen zu erhalten. Schlehe geht da schon einen Schritt weiter und plädiert „für eine vollständige Abschaffung der Menstruation durch hormonelle Behandlung oder andere medizinische eingriffe ... um der weiblichen „Gleichberechtigung“ willen. Eine künstliche Unterdrückung der Blutung soll die Frau dem Mann ähnlicher machen ... und ihr damit erst langfristig wirklich Emanzipation ermöglichen“ (Schlehe, 1987,ebd., 224).

1 Literatur

- Apter, T., 1990, *Altered Loves. Mothers and Daughters during Adolescence*. Herfordshire, New York. In: Flaake, K./ King, V., 1995
- Ahbe, T., Glücksmann, C. & Mitscherlich, B., 1995, Identitätsentwicklung junger Erwachsener in Ostdeutschland. In: Fuhrer, U., Born, A., 2001, *Bewältigung, Wohlbefinden und Identitätsstatus Ost- und Westdeutscher sieben Jahre nach der Wende*, Magdeburger Arbeiten zur Psychologie, Bd. 3 Heft 2
- Badura, B. & Pfaff, H., 1996, Stress, ein Modernisierungsrisiko? Mikro- und Makroaspekte soziologischer Belastungsforschung im Übergang zur postindustriellen Zivilisation, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 41, 619-643
In: Hurrelmann, 2000
- Barthelmes, J., Sander, E., 1997, *Medien in Familie und Peer Group*, München, Verlag Deutsches Jugendinstitut
- Beauvoir, S. de, 1968, *Das andere Geschlecht*, Reinbeck
- Beck, A. T., 1967, *Depression, Clinical, Experimental and Theoretical aspects*, New York. In: Steinhausen, 1990
- Beck, D., 1985, *Krankheit als Selbstheilung*, Frankfurt /M.
- Beck, R. M., 1999, *Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis. Mädchen zwischen patriarchalen Zuschreibungen und feministischen Ansprüchen*, Bd. 51/ 1. Aufl., Köln, 53 - 65
- Beck, U./ Beck-Gernsheim, E., 1990, *Das ganz normale Chaos der Liebe*, Frankfurt/M
- Benjamin, J., 1999, *Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht*, Frankfurt/M.
- Bentley, K. C., Head, T. W., 1987, The additive analgesic efficacy of acetaminophen, 1000 mg, and codeine, 60 mg, in dental pain, *Clin. Pharmacol. Ther.* 42, S. 634: In Poser/ Poser, 1996
- Bernfeld, S., 1935, *Über die männliche Autorität*. In: Düring, 1993
- Bitzan, M., 1995, *Jugendhilfeplanung und Mädchenarbeit*. In: *Sozial Extra*, Jg. 19, Heft 10, 14. In: Beck, 1999
- Blennow, G. Romeljö, A., Leifmann, H., Leifmann A. & Karlsson, G.: *Sedatives and Hypnotics in Stockholm: Social Factors and Kinds of Use*. *American Journal of Public Health* 84 (2) (242 -246), Schweden, 1994. In: Maffli, E., *Efionayi-Mäder*, 1996

- Blos, P., 1995, Adoleszenz. Eine psychoanalytische Interpretation, Stuttgart
- Bopp, Annette, 2001, Handbuch Medikamente: vom Arzt verordnet – für Sie bewertet, Stiftung Warentest, Berlin
- Brown, L., Gilligan, C., 1994, Die verlorene Stimme, München
- Brüggemann, R.: Pharmawerbung: Bilder einer Drogenideologie. In: Kolip, P. Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter, Opladen 1997
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), 2001, Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Schriftenreihe Band 209, Berlin (Frauengesundheitsbericht 2001)
- Burmester, J. (Hrsg.), 1994, Schlucken und ducken, Geesthacht
- Chaaseguet-Smirgel, J, 1979, Die weiblichen Schuldgefühle. In: dies. (Hg.): Psychoanalyse der weiblichen Sexualität. In: Flaake/ King, 1995
- Chodorow, N., 1985, Das Erbe der Mütter, Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter, München. In: Düring, 1993
- Cooperstock, R., Women an Psychotropic Drugs, S. 83 – 112. In: Mclennan, A., Hg.: Women: Their Use of Alcohol an other legal Drugs. Toronto, ARF. In: Vogt, 1985
- Cramon-Daiber, B.,1984, Was wollen Frauen lernen?: zur selbstbestimmten Entfaltung weiblicher Kompetenzen, Frankfurt/M.. In: Sobiech, G., Ich hatte das Gefühl, irgendetwas ist jetzt vorbei!. In: Palzikill, B./ Scheffel, H./ Sobiech, G. (Hrsg.) (1991), Bewegungsträume. Frauen-Körper-Sport, München, 47 - 61
- Denzin, K., N.,1989, The Research Act, New Jersey
- Dethlefsen, T./ Dahlke, R., 1985, Krankheit als Weg, München
- Deutsch, H., 1948, Psychologie der Frau, Bern. In: Flaake/ King, 1993, 103-125
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2003, Jahrbuch Sucht 2003, Geesthacht
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2003, Jahrbuch Sucht 2003, Geesthacht
- Deutsche Shell (Hrsg.), 2002, Jugend 2002 – 14. Shell Jugendstudie, Frankfurt/M.
- Diezinger, A./ Marquardt, R./ Bilden, H./ Dahlke, K., 1983, Zukunft mit beschränkten Möglichkeiten. Entwicklungsprozesse arbeitsloser Mädchen, München. In: Schwarz, 1997
- Düring, S., 1993, Zwischen Aufbruch und Verharren, Autonomie und Liebessehnsucht, Hamburg
- Ellinger-Weber, S., 1989, Psychopharmaka im Alltag, Hamburg

- Enders-Drägässer, U., 1994, Geschlechtsspezifische Lebenslagen von Mädchen und Jungen. In: Glücks E./ Ottemeier-Glücks, S. G. (Hg.), Geschlechtsbezogene Pädagogik, Münster (Votum), 43-61. In: Franzkowiak/ Helfferich/ Weise, 1998
- Engel U. & Hurrelmann, K., 1993, Was Jugendliche wagen. Eine Längsschnittstudie über Drogenkonsum, Stressreaktionen und Delinquenz, Weinheim. In: Kolip, 1997
- Erdheim, M. (1996), Die Symbolisierungsfähigkeit in der Adoleszenz, In: Dracklé, D., Jung und wild, Berlin, 203 - 223
- Esser, G/ Schmidt, M. H., 1987, Epidemiologie und Verlauf kinderpsychiatrischer Störungen im Schulalter – Ergebnisse einer Längsschnittstudie, Nervenheilkunde 6, 27 - 35
- Fattinger, B; Pillichshammer, D.,1999, Jugendliche und Drogen. In: Werner Stangl, Entwicklung im Jugendalter, Linz
- Fend, H./ Schröer, S., Depressive Verstimmungen in der Adoleszenz – Verbreitungsgrad und Determinanten in einer Normalpopulation. In: Steinhausen, 1990, 58-85
- Ferber v., L/ Ihle, P./ Köster, I./ Krappweis, J.,1992, Abhängigkeit im Spiegel der Verwaltungsdaten einer Ortskrankenkasse aus dem Jahre 1988 unter besonderer Berücksichtigung der Abhängigkeit bei ärztlich verordneten Medikamenten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren ‘Medikamentenabhängigkeit’, Bd. 34, Freiburg im Breisgau
- Ferber, L. v., 1994, Arzneimittel mit Abhängigkeitspotential. Nutzerprävalenz, Verordnungsmuster, Verordnungsverläufe mit Abhängigkeit. In: Ferber, L. v. (Hg.): Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen und ihre ärztliche Behandlung. Epidemiologische Grundlagen eines Qualitätsmonitoring. Leipzig/Köln: ISAB, S. 336-381. In: Frauengesundheitsbericht 2001
- Flaake, K., 1989, Geschlechterverhältnisse, geschlechtsspezifische Identität und Adoleszenz. Unveröffentlichtes Manuskript. In: Düring, 1993
- Flaake, K. 2001, Körper, Sexualität und Geschlecht, Gießen
- Flaake, K./ King, V., 1995, Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen, Frankfurt
- Flick, U., 2000, Qualitative Forschung, Hamburg
- Franke, A./ Mohn, K./ Sitzler, F./ Welbrink, A./ Witte, M., 2001, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen, Weinheim und München
- Franke, M., Bedeutung der Selbstmedikation- Gesundheitspolitische Aspekte. In: Hahn, K.-J. (Hrsg.), 1981, Nutzen und Risiken der Selbstmedikation, Erlangen , 19 - 21
- Franzkowiak, P./ Helfferich, C./ Weise, E./ 1998, Geschlechtsbezogene Suchtprävention, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Köln
- „Frauengesundheitsbericht 2001“ s. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.)

- Freud, Sigmund (1916-17a): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, G.W., Bd.11, Frankfurt
- Froschauer U./ Lueger, M., 1998, Das qualitative Interview zur Analyse sozialer Systeme, Wien
- Füller, I., Medikamentenkonsum bei Frauen. In Burmester, J., 1994, Schlucken und ducken, Geesthacht
- Fuhrer, U./ Born, A., 2001, Bewältigung, Wohlbefinden und Identitätsstatus Ost- und Westdeutscher sieben Jahre nach der Wende, Magdeburger Arbeiten zur Psychologie, Bd. 3, Heft 2
- Gerhardt, U., 1986, Verstehende Strukturanalyse. Die Konstruktion von Idealtypen bei der Auswertung qualitativer Forschungsmaterialien. In: Schwarz, 1997
- Gilligan, C., 1999, Die andere Stimme, München
- Glaeske, G., 1989, Fragwürdige Entscheidungshilfe - Ärztliches Verordnungsverhalten und Arzneimittelwerbung. In: Ellinger-Weber, 1989
- Glaeske, G., 1992, Der Stellenwert des Arzneimittelmissbrauchs in unserer Gesellschaft. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 'Medikamentenabhängigkeit', Bd. 34, Freiburg im Breisgau
- Glaeske, G., Günther, J, Keller, S., 1997, Nebenwirkung: Sucht, München
- Glaeske, G./ Janhsen, K., 2002, GEK-Arzneimittel-Report 2001, Bremen, Schwäbisch Gmünd
- Glaeske, G., 2003, Arzneimittelanwendungsforschung, Schmerzmittelverbrauch in Deutschland – überwiegend auf Selbstmedikation zurückzuführen. In: ZPH –Info – Arzneimittel, Zentrum für Public Health, Universität Bremen, Bremen
- Glaeske, G., 2003, Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: Jahrbuch Sucht 2003, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Geesthacht 2003
- Gutscher, H./ Hornung, R./ May, U. / Schär, M.,1986, Medikamentenkonsum und Medikationsrisiken, Bern/Stuttgart/Toronto. In: Maffli/ Efnonyi-Mäder, 1996
- Haase, H., Die Preisgabe: Überlegungen zur Bedeutung der Menstruation in der Mutter-Tochter-Beziehung. In: Flaake/ King, 1995, 166-183
- Hagemann-White, C., 1993, Berufsfindung und Lebensperspektive in der weiblichen Adoleszenz. In: Flaake/ King, 1995, 65-83
- Haüßer, K., 1997, Identitätsentwicklung vom Phasenuniversalismus zur Erfahrungsverarbeitung. In: Keupp/ Höfer, 1997, 120-134

- Havighurst, R. J., 1972, *Developmental tasks and education*, New York.
In: Hurrelmann, 1999
- Helfferrich, C., 1994, *Jugend, Körper und Geschlecht – Die Suche nach sexueller Identität*, Opladen
- Helsper, W., 1991, *Das imaginäre Selbst der Adoleszenz: Der Jugendliche zwischen Selbstentfaltung und dem Ende des Selbst*. In: Helsper, W. (Hg.), *Jugend zwischen Moderne und Postmoderne*, Leverkusen
- Hering, S., Maierhof, G., 1991, *Die unpässliche Frau – Sozialgeschichte der Menstruation und Hygiene 1860 – 1985*, Berlin
- Herzka, H. S., 1990, *Das dialogische Konzept der Psychopathologie in der Adoleszenz*. In: Steinhausen, 1990, 23 - 33
- Hoffmann-Riem, C., 1980, *Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. Der Datengewinn*. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 32, 339 – 372.
In: Flick, 2000
- Hohage, K., 1998, *Menstruation: eine explorative Studie zur Geschichte und Bedeutung eines Tabus*, Hamburg
- Hopf, C., 1991, *Qualitative Interviews in der Sozialforschung*. In Flick, 2000
- Hontschik, B., 1987, *Theorie und Praxis der Appendektomie*, Köln. In: King, V., *Geburtswehen der Weiblichkeit – verkehrte Entbindung*. In: Flaake / King, 1995
- Horney, K., 1932, *The dread of women*, *International Journal of Psychoanalysis* 13.
In: Mendell, A., 1997, *Erfolgsstrategien für Frauen im Beruf*, München
- Horney, K., 1994, *Die Psychologie der Frau*, Frankfurt
- Horstkemper, M., 1990, *Zwischen Aufbruch und Selbstbescheidung – Berufs- und Lebensentwürfe von Schülerinnen*. In: Horstkemper/Wager-Winterhager, 1990
- Horstkemper, M./Wager-Winterhager, L. (Hg.), 1990, *Mädchen und Jungen – Männer und Frauen in der Schule*. In: *Die Deutsche Schule*, 1. Beiheft
- Hurrelmann, K./ Vogt, I., 1985, *Warum Kinder und Jugendliche zu Drogen greifen?*
In: *Deutsche Jugend* 33, Heft 1, 30 – 39
- Hurrelmann, K., 1988, *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren*, Weinheim
- Hurrelmann, K./ Hesse, S., 1991, *Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung im Jugendalter*. In: *SUCHT* 37, 240-252
- Hurrelmann, K., 1994, *Sozialisation und Gesundheit*, Weinheim, München
- Hurrelmann, K., 1999, *Lebensphase Jugend*, Weinheim und München

- Hurrelmann, K., 2000, Gesundheitssoziologie, Weinheim, München
- Illich, I., 1995, Die Nemesis der Medizin, München
- Kaplan, L. J., 1989, Abschied von der Kindheit. Eine Studie über die Adoleszenz, Stuttgart,
- Kerek-Bodden, H./ Klose, J., 1994, Die Entwicklung der Fallzahlen bei niedergelassenen Ärzten 1980-1993, Köln
- Keup, W. 1993, Missbrauchsmuster bei Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen. Frühwarnsystem –Daten für die Bundesrepublik Deutschland 1976 – 1990, Freiburg. In: Poser/ Poser, 1996
- Keupp, H./ Höfer, R. (Hrsg.), 1997, Identität heute, Frankfurt
- King, V., 1993, Geburtswehen der Weiblichkeit – verkehrte Entbindung. In: Flaake/ King, 1993, 103-125
- Kluge, N./Schmidt-Tannwald, I., 1995, Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. Eine Wiederholungsbefragung im Auftrag der BZGA, Köln. In: Schwarz, 1998
- Kohn, M. L., 1981, Persönlichkeit, Beruf und soziale Schichtung. In: Hurrelmann, 1999
- Kolip, P., 1993, Freundschaften im Jugendalter: Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung, Weinheim, München
- Kolip, P./ Hurrelmann, K./ Schnabel, P.-E., 1995, Jugend und Gesundheit, Weinheim, München
- Kolip, P., 1997, Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter, Opladen
- Kraus, W./ Mitzerschlich, B, 1997, Abschied vom Großprojekt. In: Keupp/ Höfer, 1999 Frankfurt
- Kupfer, J./ Felder, H. /Brähler, E., 1992, Zur Genese geschlechtsspezifischer Somatisierung. In: Kolip, 1997
- Kroger, J., 1996, Identity in adolescence: the balance between self and other, London. In: Kraus/ Mitzerschlich, 1997
- Läer, C, 1997, Analyse des Gebrauchs schwach wirksamer Analgetika in der Bundesrepublik (West) von 1984 – 1991, Dissertation, Berlin: Humboldt-Universität. In: Frauengesundheitsbericht 2001
- Lazarus, R., S./ Folkman, S., 1984, Stress, Appraisal and Coping, New York
- Lemmermöhle-Thüsing, D., 1990, Meine Zukunft? Na, ja heiraten, Kinder haben und trotzdem berufstätig bleiben. Aber das ist ja fast unmöglich. In: Hagemann-White, 1993

- Litwin, D., 1992, Autonomie: Ein Konflikt für Frauen. In: Schwartz, A. E., Psychoanalyse der Frau jenseits von Freud, Berlin, 194 - 225
- Lösel F./ Bender, D., 1991, Jugend und Gesundheit. In: Haisch, J., Zeitler, H.-P. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung, Heidelberg, 65-86
- Luca, R., 1993, Zwischen Ohnmacht und Allmacht. Unterschiede im Erleben medialer Gewalt von Mädchen und Jungen, Frankfurt/M.
- Lüscher, K./ Schultheis, F./ Wehrspau, M. (Hg.), 1988, Die „postmoderne“ Familie. Familiäre Strategien und Familienpolitik im Übergang. In: Hurrelmann, 1999
- Maffli, E., Efnonyi-Mäder, D.: Medikamentenabhängigkeit in der Schweiz, Bedingungsfaktoren für Medikamentenmissbrauch und –abhängigkeit, Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme (SFA, ISPA), Lausanne 1996
- Mahr, E., 1985, Menstruationserleben. Eine medizin-psychologische Untersuchung, Weinheim/Basel. In: Flaake, 2001
- Marcia, J. E./, Waterman, A.S./ Matteson, D. R./ Archer, S. L./ Orlofsky, J.L., 1993, Ego Identity – A Handbook for Psychosocial Research, New York, Berlin
- Marcia, J. E., Friedmann, M., 1970, Ego Identity status in college women, Journal of Personality, 38, 249 – 262. In Marcia et. al, 1993
- Mayring, P., 2003, Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim u. Basel
- Melchinger, H. U., Schnabel, R., Wyns, B., 1992, Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential. Schriftenreihe des Bundesministers für Gesundheit, Bd. 13. Baden-Baden. In: Ellinger-Weber, 1989
- Mendell, A., 1997, Erfolgsstrategien für Frauen im Beruf, München
- Meshikes, A. N., Duthie, J. S., 1991, case report. Brit. med. J. 303, 478. In: Poser/ Poser, 1996
- Metz-Göckel, S., Nyssen, E., , Frauen leben Widersprüche. Zwischenbilanz der Frauenforschung, Weinheim/Basel. In: Flaake/ King, 1995
- Milhorn, T., 1990, Chemical Dependence, Diagnosis, Treatment and Prevention. In: Poser/ Poser, 1996
- Miller, J. B., 1984, Die Stärke weiblicher Schwäche. Zusammenhang einem neuen Verständnis der Frau. In: Litwin, 1992
- Müller, B., 1989, Rituale und Stile in Jugendkultur und Jugendarbeit. In: deutsche Jugend, 4, 37, 313-322. In: Franzkowiak/ Helfferich/ Weise, 1998

- Müller, R./ Abbet, J. P., 1991, Veränderungen im Konsum legaler und illegaler Drogen, SFA, Lausanne
- Nette, A., 1989, Konzept und erste Erfahrungen der Informationsstelle Frauen-Alltag-Medikamente. In: Ellinger-Weber, 1989, 180 - 194
- Neutel, C. I., 1991, Do woman take psychotropic Drugs,. Unveröffentlichtes Manuskript. Annual Meeting der ISPE (International Society of Pharmacoepidemiology). In: Ferber, 1994
- Nordlohne, E./ Hurrelmann, K./ Holler, B., 1989, Schulstress, Gesundheitsprobleme und Arzneimittelkonsum, Prävention 2/1989, 12. Jahrgang
- Nordlohne, E./ Hurrelmann, K./ Holler, B., 1990, Jugendspezifische Belastungen und die Rolle des Arzneimittelkonsums. In: Steinhausen, 1990, 87- 103
- Nordlohne, E., 1992, Die Kosten jugendlicher Problembewältigung, Weinheim
- Oerter, R., 1982, Entwicklungspsychologie: ein Lehrbuch, München
- Oevermann, U. u. a., Beobachtungen zur Struktur der sozialisatorischen Interaktion. Theoretische und methodologische Fragen der Sozialisationsforschung. In: Anwarter, M., Kirsch, E., Schröter, K. (Hg.), Seminar: Kommunikation, Interaktion, Identität. In: Schwarz, 1997
- Olfson, M. & Pincus, H. A.: Use of Benzodiazepines in the Community, Archives of Internal Medicine 154 (1235 – 1240), USA, 1994. In: Maffli/ Efonayi-Mäder, 1996
- Olivier, C., 1989, Jokastes Kinder, München
- Overbeck, G., 1984, Krankheit als Anpassung, Frankfurt
- Parsons, T., 1981, Sozialstruktur und Persönlichkeit. In: Hurrelmann, 2000
- Pearlin, L, 1987, The stress process and strategies of intervention. In: Hurrelmann, 2000
- Poser W./ Poser, S., 1996, Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit, Stuttgart
- Proluda-Korte, E., S., 1993, Identität im Fluß. Zur Psychoanalyse weiblicher Adoleszenz im Spiegel des Menstruationserlebens. In: Flaake/ King, 1995, 147-165
- Quensel, S., 1985, Mit Drogen leben, Frankfurt /New York
- Quensel, S.. 1989, Wirkungen und Risiken des Cannabisgebrauchs. In: Scheerer /Vogt, 1989, 379-396
- Quensel, S, Kolte, B., 1999, Erste Ergebnisse der Bremer Freizeit- und Gesundheitsstudie im Forschungsprojekt DDRAM, <http://www.bisdro.uni-bremen.de/ddram/ersteergebnisse.htm>
- Quensel, S., 2000, Medikamente brauchen, Cannabis, Rauchen: Die Rolle des Pharmakonsums bei 14-jährigen Schülerinnen und Schülern in Bremen.

In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 23 Nr.2, 33 – 44

RGG 2– Die Religion in Geschichte und Gegenwart, Gallig, K. (Hrsg.), 1986, Tübingen

Remien, J., 1994, Bestimmung der Arzneimittelabhängigkeit, Bergisch Gladbach

Remscheidt, H., 1990, Grundsätze zur Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher. In Haisch/ Zeitler (Hrsg.) 1991, Gesundheitspsychologie. Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung, Heidelberg 65-86

Rheingold, Institut für qualitative Markt- und Medienanalysen, 1998, ‚Future Woman‘, Köln

Riemann, F., 1992. Grundformen der Angst, München, Basel

Rosenthal, G., 1995, Erlebte und erzählte Lebensgeschichte, Frankfurt/New York

Scheerer, S./ Vogt, I. (Hrsg.), 1989, Drogen und Drogenpolitik, Frankfurt/M., New York

Schlehe, J., 1987, Das Blut der fremden Frauen. Menstruation in der anderen und in der eigenen Kultur, Frankfurt. In: Hohage, 1998

Schmidt, H., 1999, Die Einnahme von Medikamenten bei Jugendlichen. In: Jacqat, B. J., Francois, Y., Konsum psychoaktiver Substanzen bei Schülern in der Schweiz, SFA – Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne

Schmid-Tannwald, I./ Kluge, N. 1998, Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihren Eltern. Eine repräsentative Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. In: Flaake, 2001

Schmid-Tannwald, I./Urdze, A., 1983, Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. In: Schwarz, 1997

Schneewind, K. A., 1991, Familienpsychologie, Stuttgart. In: Hurrelmann, 1999

Schübler, M./ Bode, K., 1992, Geprüfte Mädchen – Ganze Frauen, Zürich, Dortmund

Schütze, F., 1977, Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung kommunaler Machtstrukturen, Bielefeld. In: Froschauer/ Lueger, 1998

Schwarz, A., 1997, Mädchen auf ihrem Weg zu einer selbstbestimmten Sexualität, Frankfurt

Schwarz, A., 2000, Mädchen und Arbeit – Verdeckte Aspekte und Potentiale, Dokumentation der Fachtagung „... eigentlich ein Schatz“, Stuttgart,

Seiffge-Krenke, I., 1995, Psychische Störungen im Jugendalter. In: Kolip/ Hurrelmann/ Schnabel, 1995, 177-203

Seitz, R., 1994, „Ich wünsche mir, dass mir jemand sagt, was ich machen soll ... „ – Weibliche Identitätsarbeit und gesellschaftliche Individualisierung. In: Haller, V.

(Hrsg.), Mädchen zwischen Tradition und Moderne, Interdisziplinäre Tagung zur Vergleichenden Sozialisationsforschung, Innsbruck: Österreichischer Studien-Verlag

Shell-Jugendstudie 2002 s. Deutsche Shell (Hrsg.)

Sherfy, M., J., 1974, Die Potenz der Frau, Köln. In: Waldeck, 1995

Sichrovsky, P., 1984, Krankheit auf Rezept, Köln

Simon, R., Palazetti, M., /1997, Jahresstatistik 1996 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland. SEDOS-Berichte Bd.3, Hamm, S. 22. In: Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland: In Ellinger-Weber, 1989

Stauber, B., 1999, Starke Mädchen – kein Problem. In: Beck, 1999

StBA – Statistisches Bundesamt, 1998, Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung für Deutschland, Stuttgart. In: Frauengesundheitsbericht 2001

Steinhausen, H.-C. (Hrsg.), 1990, Das Jugendalter, Stuttgart

Tap, P., 1980, „Introduction“, in: ders. (Hg.), Identité individuelle et personnalisation, Toulouse. In Kraus, Mitzscherlich 1997

Techniker Krankenkasse, 1997, Tumorschmerzen. Eine Information für Patienten und Angehörige, 1. Auflage. In: Frauengesundheitsbericht 2001

Thomasius, R., 1991, Drogenkonsum und Abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick zum Forschungsstand. In: Sucht 37, 4-19

Torok, M., 1974, Die Bedeutung des Penisneides bei der Frau. In: Waldeck, 1995

Vogt, I., 1985, Für alle Leiden gibt es eine Pille, Opladen

Voss, R., 1983, Pillen für den Störenfried, Hamm. In: Vogt, 1985

Voss, R., 1992, Medikamente - Kind - Kontext. Aktuelle Aspekte des Medikamentenmissbrauchs im Kindes- und Jugendalter. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 'Medikamentenabhängigkeit', Bd. 34, Freiburg im Breisgau

Wagner-Winterhager, L, 1990, Bericht über den Teil 1: Jugendforschung als Zeitdiagnose. In: Bilanz für die Zukunft: Aufgaben, Konzepte und Forschung in der Erziehungswissenschaft, Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft 25, Weinheim, Basel

Walch-Heiden, E., 1992, Medikamentenkonsum von Frauen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 'Medikamentenabhängigkeit', Bd. 34, Freiburg im Breisgau, 291 - 297

Waldeck, R., 1993, Die Frau ohne Hände. In: Flaake/ King, 1995, 186-197

- Wanke, K., 1987, Zur Psychologie der Sucht. In: Kisker, K., P., et al., Psychiatrie der Gegenwart 3, Abhängigkeit und Sucht, Berlin. In: Poser/ Poser, 1996
- Weingarten, S./ Wellershoff, M, 1999, Die widerspenstigen Töchter, Köln
- Wellhöfer, P., R., 1990, Grundstudium Allgemeine Psychologie, Stuttgart,
- WIdO Wissenschaftliches Institut der AOK, 1998, GKV-Arzneimittelindex: Jahresauswertung 1997. Arzneiverordnungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1997 nach Altersgruppen, Bonn, S. 292. In: Frauengesundheitsbericht 2001
- Winnicott, D. W., 1974, Vom Spiel der Kreativität, Stuttgart. In: Waldeck, 1995
- Winter, R./ Neubauer, G., 1999, Ich sehe was, was Du nicht siehst! Jungenperspektive und Erwachsenensicht in Bezug auf Körper, Gesundheit, Sexualität und Sexualaufklärung von Jungen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), 1999, Wissenschaftliche Grundlagen, Teil 2 – Jugendliche, Band 13.2, Köln
- Witzel, A., 1985, Das problemzentrierte Interview. In: Flick, 2000
- Wolpe, A., 1988, Within School Walls. The role of discipline, Sexuality and the Curriculum, London. In: Hagemann-White, 1995

LIEBER SCHÜLER, LIEBE SCHÜLERIN

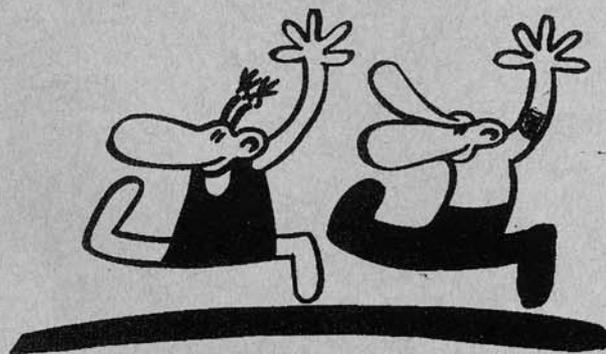
Mit diesem Fragebogen möchten wir erfahren, wie SchülerInnen Deines Alters leben. Die Befragung wird in Nienburg bei ca. 350 SchülerInnen durchgeführt. Vier weitere Länder haben sich an dieser Erhebung beteiligt.

Du brauchst Deinen Namen nicht auf den Fragebogen zu schreiben.

Niemand, den Du kennst, wird je erfahren, welche Antworten Du gegeben hast. Nur diejenigen, die diese Studie organisieren und auswerten, werden den Fragebogen lesen. Du kannst also ganz frei und offen alle Fragen beantworten.

Beantworte bitte die Fragen in der Reihenfolge, wie sie gestellt werden. Dies ist keine Prüfung, somit gibt es auch keine falschen Antworten.

Herzlichen Dank für Deine Mitarbeit!



Universität
Bremen

Überlege nicht lange und kreuze ganz einfach die passende Antwort an: ☒

Bei manchen Fragen sind mehrere Antworten möglich. Dies ist aber ausdrücklich vermerkt.

Möchtest Du Deine Antwort korrigieren, so streiche Dein Kreuz durch ~~☒~~ und mache ein neues, wo es Dir passt.

Benutze bitte keinen Bleistift, sondern einen Kugelschreiber oder Füller.

Allgemeines

1. Bist Du

- weiblich
- männlich

2. Wie alt bist Du?

Alter:

Die folgenden Fragen betreffen die Schule

3. Welche Schulart besuchst Du?

- Gymnasium
- Hauptschule
- Realschule

4. Musstest Du schon einmal eine Klasse wiederholen?

- ja, einmal
- ja, zweimal
- nein, noch nie



5. Wie schätzt Du Deine Leistungslage in der Schule ein?

- sehr gut
- gut
- mittelmäßig
- schlecht
- ich weiß es nicht

6. Ist Deine Versetzung zur Zeit gefährdet?

- ja
- nein
- vielleicht

7. Macht Dir die Schule Spaß?

- nie
- manchmal
- oft
- immer

8. Wie gut, glaubst Du, bist Du mit Deinen Leistungen in der Schule, verglichen mit anderen in Deinem Alter?

- weit über dem Durchschnitt/ hervorragend
- besser als der Durchschnitt
- durchschnittlich
- schlechter als der Durchschnitt
- weit unter dem Durchschnitt/ mangelhaft

9. Wenn Du an die letzten drei Monate denkst, kam es da mit Deinen Eltern manchmal oder öfter zu Meinungsverschiedenheiten, wegen Deiner Leistungen in der Schule?

- selten
- manchmal
- häufig
- nie
- ich weiß nicht

10. Interessieren sich Deine Eltern für Deine schulischen Probleme?

- selten
- manchmal
- häufig
- nie
- ich habe keine schulischen Probleme

11. Welches Verhältnis hast Du zu Deinem/r Klassenlehrer/Klassenlehrerin?

- gut
- mittelmäßig
- schlecht
- ich weiß es nicht

12. Würdest Du mit einem Deiner Lehrer/Lehrerinnen über Deine schulischen Probleme sprechen?

- ja
- nein
- ich habe keine schulischen Probleme

13. Fühlst Du Dich von Deinen Lehrern/Lehrerinnen gerecht beurteilt?

- ja
- nein
- ich weiß es nicht

14. Wieviel ganze Schultage hast Du im letzten Monat versäumt?

	keine	1-2 Tage	3-5 Tage	mehr als 5 Tage
wegen Krankheit				
weil Du geschwänzt hast				
weil Deine Eltern Urlaub hatten				
aus anderen Gründen				

15. Wie oft bist Du in diesem Schuljahr von Deinen Mitschülern geärgert oder gehänselt worden?

- Ich bin in diesem Schuljahr nicht geärgert worden
- Nur 1 oder 2 mal
- Ich werde andauernd geärgert
- Etwa einmal pro Woche
- Mehrmals pro Woche

16. Wie oft hast Du selbst in diesem Schuljahr Mitschüler geärgert oder dabei geholfen Mitschüler zu ärgern?

- Ich habe keine Mitschüler geärgert
- 1 oder 2 mal
- regelmäßig
- etwa einmal pro Woche
- mehrmals pro Woche

17. Habt Ihr im Unterricht über folgende Themen gesprochen?

	ja, zuviel	Ja, genug	ja, aber nicht genug	nein, nie	ich weiß nicht / erinnere mich nicht
Rauchen	<input type="checkbox"/>				
Alkohol	<input type="checkbox"/>				
Drogen	<input type="checkbox"/>				
Medikamente	<input type="checkbox"/>				
AIDS	<input type="checkbox"/>				

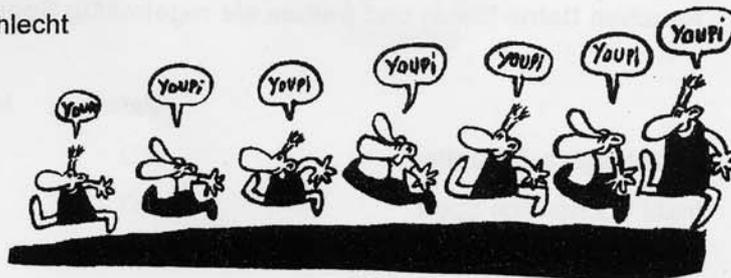
18. Was meinst Du, wirst Du tun, wenn Du 17 Jahre alt bist?

- ich werde weiter zur Schule gehen, um einen höheren Abschluss zu erreichen
- ich werde in eine Berufsschule gehen
- ich werde eine Berufsausbildung machen
- ich werde arbeiten
- ich werde arbeitslos sein
- ich weiß es nicht

Die folgenden Fragen betreffen Deine Gefühle, wie Du lebst und mit wem Du zusammen bist

19. In welcher Stimmung bist Du im allgemeinen?

- es geht mir total gut
- es geht mir ziemlich gut
- es geht mir nicht so gut
- es geht mir schlecht

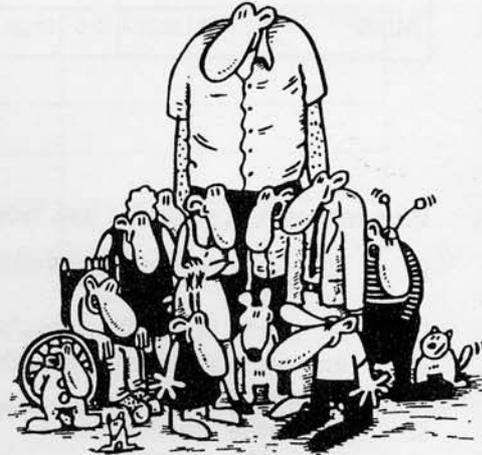


20. Sind Deine Eltern beide berufstätig?

- Ja, beide in Vollzeit (32 Std. pro Woche u. mehr)
- ja einer in Teil- und einer in Vollzeit
- nein, ein Elternteil ist Zuhause und ein Elternteil arbeitet
- nein, meine Eltern sind arbeitslos
- nein, ein Elternteil ist arbeitsunfähig, langfristig krank
- nein, einer bzw. beide Elternteile sind in Rente/Frührente

21. Wer lebt mit Dir Zuhause?

- mein Vater
- meine Mutter
- mein Stiefvater
- meine Stiefmutter
- Partner/in meines Vaters
- Partner/in meiner Mutter



22. Welches ist der höchste Schulabschluss Deines Vaters und Deiner Mutter?

	Vater	Mutter
Hauptschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Rauchen Deine Eltern und treiben sie regelmäßig Sport?

	Vater	Mutter
raucht täglich Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
treibt wöchentlich Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Welche gemeinsamen Mahlzeiten nehmt ihr mit der ganzen Familie täglich ein?

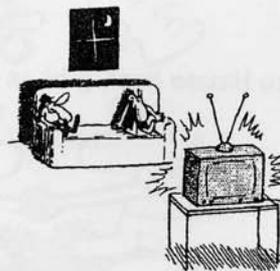
- Frühstück
- Mittagessen
- Nachmittagskaffee
- Abendessen

25. Welche Themen sind bei euch des öfteren Gesprächsthema:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Politik | <input type="checkbox"/> meine Zukunftspläne |
| <input type="checkbox"/> Arbeit der Eltern | <input type="checkbox"/> Schule |
| <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> Geld |
| <input type="checkbox"/> Mein Freund/ meine Freundin | |
| <input type="checkbox"/> Ordnung | <input type="checkbox"/> gar keine |

26. Langweilst Du Dich manchmal?

- sehr oft
- gelegentlich
- selten
- nie



27. Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Dich zu?

0 = stimmt nicht

1 = stimmt ein bisschen

2 = stimmt sehr oder oft

- a. Meine Eltern kümmern sich recht wenig um mich..... 0.....1.....2
- b. Meine Eltern lassen mich oft nicht das tun, was ich gerne möchte..... 0.....1.....2
nämlich: _____
- c. Meine Eltern finden manchmal Sachen gut, über die sie sich ein anderes Mal ärgern.....0.....1.....2
- d. Meine Eltern haben meistens etwas anderes zu tun, wenn ich mit ihnen zusammen sein möchte..... 0.....1.....2
- e. Meine Eltern interessieren sich sehr wenig dafür, was ich denke..... 0.....1.....2
- f. Meine Eltern würden nie zugeben, dass sie sich geirrt haben.....0.....1.....2
- g. Ich weiß oft nicht, wie ich es meinen Eltern recht machen soll.....0.....1.....2
- h. Meine Eltern dulden oft keinen Widerspruch.....0.....1.....2
- i. Ich kann mit meinen Eltern offen über meine Gefühle sprechen.....0.....1.....2
- j. Ich kann meine Gefühle in meiner Familie offen zeigen..... 0.....1.....2
- k. Wir sprechen in meiner Familie offen über Sexualität.....0.....1.....2

28. Wenn Du Probleme zu Hause hast, gibst es jemanden, zu dem Du gehen kannst?

- ja, immer
- ja, manchmal
- nein

29. **Mit welcher Person (Personen) kannst Du gut reden, wenn Dich etwas bedrückt?**

Mehrere Antworten möglich

- mit meiner Mutter
- mit meinem Vater
- mit meinem Bruder
- mit meiner Schwester
- mit meinem besten Freund/ meiner besten Freundin
- mit meinen Freunden
- mit meinem Lehrer/ meiner Lehrerin
- mit meinem Arzt/ meiner Ärztin
- mit meinen Großeltern
- mit anderen, nämlich
- ich spreche darüber mit niemandem

30. **Fällt es Dir leicht oder schwer, neue Freunde/Freundinnen zu finden?**

- leicht
- schwer



31. Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Dich zu?

0 = stimmt nicht

1 = stimmt ein bisschen

2 = stimmt sehr oder oft

- a. Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist, und dass die Situation nicht besser werden kann. 0..... 1.....2
- b. Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum ertrage..... 0..... 1.....2
- c. Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein..... 0..... 1.....2
- d. Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt..... 0..... 1.....2
- e. Ich habe immer Schuldgefühle..... 0..... 1.....2
- f. Ich hasse mich..... 0..... 1.....2
- g. ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren 0..... 1.....2
- h. Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen 0..... 1.....2
- i. Ich finde mich hässlich..... 0..... 1.....2
- j. Ich bin zu müde, um etwas zu tun..... 0..... 1.....2
- k. Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr..... 0..... 1.....2
- l. Ich habe keinen guten Freund/ gute Freundin..... 0..... 1.....2
- m. Ich fühle mich oft einsam..... 0..... 1.....2

Die folgenden Fragen betreffen Deine Gesundheit

32. Wie schätzt Du Deine Gesundheit ein?

- sehr gut
- gut
- nicht sehr gut

33. Wie oft sind bei Dir in den letzten 6 Monaten folgende Beschwerden aufgetreten?

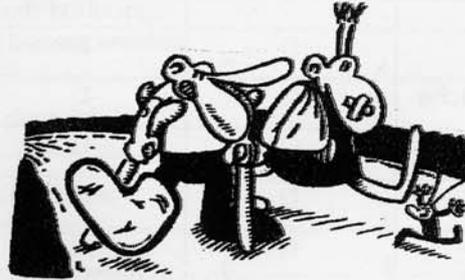
	häufig	manchmal	selten	nie
Händezittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität/ Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starkes Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrations-schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken- u. Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Wieviel Unfälle hattest Du im letzten Jahr, nach denen Du von einem Arzt oder einer Krankenschwester behandelt werden musstest.

- keinen
- 1
- 2 - 3
- 4 und mehr

35. Wie oft bist Du im letzten Jahr in einem Kampf/ einer Schlägerei verletzt worden, so dass Du deswegen von einem Arzt oder einer Krankenschwester behandelt werden musstest?

- keinmal
- einmal
- 2-3 mal
- 4 mal oder mehr



36. Wie oft hast Du in den letzten 6 Monaten diese Mittel genommen?

	täglich	1-2 mal die Woche	selten	nie
Erkältungs- Grippemittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel gegen Allergien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel für die Lunge/ Bronchien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- Kreislaufmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungs-/ Schlafmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungsmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlankheitsmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsförderer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel gegen Magen- beschwerden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitaminpräparate.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel gegen Menstrua- tionsbeschwerden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Wie definierst Du Gesundheit?

Mehrere Antworten möglich

Ich fühle mich gesund, wenn ich

- Lust am Leben spüre
- Leistungsfähig bin
- keine Schmerzen habe
- mich wohlfühle
- nicht krank bin
- ab und zu mal Kopf – oder Bauchschmerzen habe
- mich müde und abgespannt fühle
- _____

38. Hast Du in den letzten 4 Wochen ein oder mehrere Medikamente gegen folgende Beschwerden eingenommen?

	nein, nie	ja, einmal	ja, mehrmals
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkältung/ Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zum Abnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Wer hat dir geraten, die Mittel zu nehmen?

Mehrere Antworten möglich

- Arzt/ Ärztin
- Eltern
- Freund/ Freundin
- Ich habe mich selbst beraten
- Apotheker
- Lehrer/ Lehrerin
- Werbung: Fernsehen
- Radio
- Zeitschriften



40. Hast Du jemals Medikamente (Valium etc.) als Beruhigungsmittel genommen?

- nein, nie
- ja, aber nicht länger als 3 Wochen
- ja, 3 Wochen oder länger

41. Glaubst Du, dass es zwischen der Lust am Leben und der Einnahme von Medikamenten einen Zusammenhang gibt?

- ja
- nein
- vielleicht
- ich weiß es nicht

42. Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Dich zu?

0 = stimmt nicht

1 = stimmt ein bisschen

2 = stimmt sehr oder oft

- a. Meine Eltern sind besonders fürsorglich zu mir, wenn ich krank bin..... 0..... 1..... 2
- b. Ich habe das Gefühl, Krankheit verschafft mir eine Entlastung oder eine Rückzugsmöglichkeit vom schulischen Stress..... 0..... 1..... 2
- c. Meine Lehrer und Freunde sind besonders aufmerksam, wenn ich krank bin 0..... 1..... 2
- d. Meine Eltern reagieren abweisend und ablehnend wenn ich krank bin..... 0..... 1..... 2

43. Meine Eltern nehmen meine Krankheit ernst

- wenn ich es ihnen sage
- wenn ich beim Arzt war
- wenn ich ein Medikament einnehme
- wenn meine Leistungen in der Schule schlechter werden

Die folgenden Fragen betreffen Deine Sexualität

44. **Warst Du schon einmal richtig verliebt?**

- ja
- nein
- ich weiß es nicht

45. **Hast Du schon einmal mit jemandem geschlafen (Geschlechtsverkehr)?**

- nein (gehe zu Frage 47)
- einmal
- einige Male
- regelmäßig
- häufiger

46. **Hast Du während der Zeit, in der Du Geschlechtsverkehr hattest, Kondome benutzt?**

- ja, immer
- meistens
- manchmal
- fast nie
- nie

Die folgenden Fragen betreffen das Trinken von Alkohol und das Rauchen

47. Hast Du jemals Zigaretten geraucht?

(auch wenn es bis jetzt nur eine Zigarette war)

- nein, ich habe nie geraucht
- ich habe ein- oder zweimal geraucht
- ich habe geraucht, aber damit vollkommen aufgehört
- gelegentlich
- ich rauche täglich



48. Wieviel Zigaretten rauchst Du im Durchschnitt täglich?

..... Zigaretten

49. Trinkst Du manchmal alkoholische Getränke (wie Bier, Wein, Sekt, Mix-Getränke, Spirituosen)?

- nein, ich trinke nie Alkohol
- ja, ich trinke manchmal Alkohol
- ja, bei besonderen Gelegenheiten
- ja, regelmäßig

50. Warst Du schon einmal betrunken?

- nein, nie
- ja, einmal
- ja, 2 – 3 mal
- ja, 4 – 10 mal
- ja, mehr als 10 mal

51. Glaubst Du, dass die folgenden Aktivitäten gefährlich sind?

Nur eine Antwort pro Zeile

	überhaupt nicht gefährlich	ein wenig gefährlich	sehr gefährlich	ich weiß nicht
Skifahren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol trinken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin nehmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsverkehr haben ohne Präservative zu benutzen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autofahren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabak rauchen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joints, Haschisch rauchen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit einem Flugzeug fliegen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy nehmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skateboard fahren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mopedfahren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen betreffen den Gebrauch von sog. Drogen

52. Wüsstest Du, wo Du einen Joint oder Ecstasy (Haschisch, Marihuana) erhalten könntest?

Joint

- ja, ohne Probleme
- vielleicht, wenn ich mich ein bisschen erkundige
- nein, kaum
- ich weiß nicht

Ecstasy

- ja, ohne Probleme
- vielleicht, wenn ich mich ein bisschen erkundige
- nein, kaum
- ich weiß nicht

53. Angenommen, jemand würde Dir einen Joint (Haschisch, Marihuana) oder Ecstasy anbieten, würdest Du annehmen?

Joint

- Ja
- ja, vielleicht
- nein

Ecstasy

- ja
- ja, vielleicht
- nein



54. Welche Wirkungen haben Deiner Meinung nach folgende Stoffe?

Mehrere Antworten für jede Zeile möglich

	Spaß	Schmerz	Entspannung	Abhängigkeit	Veränderung d. Stimmung	Halluzinationen Verwirrung	keine Wirkung	Ich weiß es nicht
Joint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					



Die folgenden Fragen betreffen Deine Freizeit

55. Wie verbringst Du im allgemeinen Deine freie Zeit?

Einige Aktivitäten sind unten aufgelistet. Bitte kreuze Deine Aktivitäten an und gib dabei an, wie häufig Du sie ausführst.

	jeden Tag	mehrmals in der Woche	wöchentlich	mehrmals im Monat	selten oder nie
habe Unterricht, Training (Sport, Musik, Theater, Tanz)	<input type="checkbox"/>				
Bin bei Freunden zu Hause	<input type="checkbox"/>				
lese ein Buch oder die Zeitung	<input type="checkbox"/>				
Mache Hausaufgaben	<input type="checkbox"/>				
spiele Computer-Spiele	<input type="checkbox"/>				
gehe in die Disco/Kneipe(Café)	<input type="checkbox"/>				
gehe ins Kino	<input type="checkbox"/>				
hänge auf der Straße rum	<input type="checkbox"/>				
fahre mit dem Moped zum Spaß herum	<input type="checkbox"/>				
treibe aktiv Sport	<input type="checkbox"/>				
gucke Fernsehen oder Video	<input type="checkbox"/>				
Mache Musik	<input type="checkbox"/>				
höre Musik	<input type="checkbox"/>				
spiele an Automaten/Spielautomaten	<input type="checkbox"/>				
etwa anderes, nämlich	<input type="checkbox"/>				
.....					

56. Über wie viel Geld kannst Du gewöhnlich pro Woche verfügen (inbegriffen Taschengeld und selbstverdientes Geld)?

..... DM

Interviewleitfaden

I. Persönlichkeit

- a. Wie siehst Du Deine Zukunft?
- b. Möchtest Du eine Familie haben?
- c. Wie sollte ein Mädchen sein?
- d. Wie siehst Du Dich selbst?
- e. Ordne die Attribute männlich oder weiblich zu:
 - intelligent
 - dick
 - draufgängerisch
 - erfolgsorientiert
 - verantwortungsbewusst
 - passiv
 - durchsetzungsstark
 - schön
 - aktiv
 - familienorientiert
 - weich
 - egoistisch
 - beziehungsstark
 - leiden unter gesellschaftlichen Zwängen
- f. Was ist für Dich weiblich?
- g. Was ist für Dich männlich?
- h. Was heißt für Dich – Erfolg im Leben zu haben?

- i. Welche persönliche Zuschreibung – männlich oder weiblich – verspricht mehr Erfolg im Leben?

II. Mutter

- a. Was vermittelt Dir Deine Mutter hinsichtlich Deiner Zukunft?
- b. Wie lebt Deine Mutter?
- c. Was regt Dich an Deiner Mutter auf?
- d. Welches Verhältnis hat Du zu Deiner Mutter?
- e. Kannst und willst Du Dich von ihr lösen?

III. Körper

- a. Wie findest Du Deinen Körper
- b. Setzt Du ihn bewusst ein?
- c. Wie gehen Jungen mit Dir und Deinem Körper um?

IV. Menstruation

- a. In welchem Alter hast Du Deine Menstruation bekommen, und wie war das für Dich?
- b. Hat Dich jemand darauf vorbereitet?
- c. Wie erlebt Deine Mutter ihre Menstruation?
- d. Was verbindest Du mit Deiner Menstruation? (Familie, Behinderung, Schmerz)?
- e. Nimmst Du die Pille?
- f. Bist Du schon beim Frauenarzt/ärztin gewesen?

V. Krankheit

- a. Warst du in letzter Zeit krank?
- b. Woran bist du erkrankt?
- c. Bist du zu einem Arzt gegangen?
- d. Wie reagieren deine Eltern auf Krank- oder Unwohlsein von dir?

VI. Medikamente

- a. Stell dir vor alle Medikamente würden plötzlich verschwinden. Wie wäre das für Dich?
- b. Wie häufig konsumierst Du Medikamente?
- c. Wo bekommst Du sie her?
- d. Schlankheitsmittel, Beruhigungsmittel, Alkohol usw.?