Eine Geschichte von Misserfolgen

Zum gleichzeitigen Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen bei Jugendlichen

Inauguraldissertation der Philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern zur Erlangung der Doktorwürde vorgelegt von

Andrea Bütikofer

Ersigen (BE) und Schwarzenberg (LU)

2010

Originaldokument gespeichert auf dem Webserver der Universitätsbibliothek Bern

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 2.5 Schweiz Lizenzvertrag lizenziert. Um die Lizenz anzusehen, gehen Sie bitte zu http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ch/ oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

Von der Philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern auf Antrag von Prof. Dr. Françoise D. Alsaker und Prof. Dr. Hansjörg Znoj angenommen.

Bern, den 18. März 2010 Der Dekan: Prof. Dr. Roland Seiler

Urheberrechtlicher Hinweis
Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 2.5 Schweiz.
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ch/

Sie dürfen:

dieses Werk vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen
Zu den folgenden Bedingungen:

Namensnennung. Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen (wodurch aber nicht der Eindruck entstehen darf, Sie oder die Nutzung des Werkes durch Sie würden entlohnt).

Keine kommerzielle Nutzung. Dieses Werk darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden.

Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt, mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ch/legalcode.de

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird das gemeinsame Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen bei Jugendlichen untersucht. Anlass zur Studie gab insbesondere die in der einschlägigen Fachliteratur dokumentierte Beobachtung, dass depressive Symptome bei antisozialen Jugendlichen zwar überzufällig häufig vorkommen, aber kaum je diagnostiziert und behandelt werden. Deshalb interessierte einerseits die Frage, wie sich die Jugendlichen charakterisieren lassen, die sowohl antisozial als auch depressiv sind, und andererseits inwiefern sie sich allenfalls von den antisozialen Jugendlichen (ohne depressive Symptome) unterscheiden.

Die theoretische Aufarbeitung des Themas beinhaltet die Darstellung der älteren und neueren Konzeptualisierungen und Erklärungsmodelle des gemeinsamen Auftretens der beiden Problembereiche und kommt im Wesentlichen zum Ergebnis, dass das Failure-Modell nach wie vor eines der aussagekräftigsten Modelle ist, das auch empirischen Überprüfungen standgehalten hat. Daraus wurden einige Hypothesen abgeleitet und überprüft.

Die empirische Grundlage der vorliegenden Arbeit besteht im vollständigen Datensatz der Studie SMASH-02, einer im Jahr 2002 in der Schweiz durchgeführten repräsentativen Fragebogenstudie zu Gesundheit und Lebensstil von Jugendlichen im Alter zwischen 16 und 20 Jahren (N = 7‘548).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass Jugendliche, die sowohl antisozial als auch depressiv sind, etwas jünger sind als diejenigen der Vergleichsgruppen, überzufällig selten in weiterführenden Schulen (z.B. Gymnasium) sind und überzufällig häufig aus Familien mit getrennten / geschiedenen Eltern kommen. Darüber hinaus sind drei Merkmale der kombiniert antisozial-depressiven Gruppe bemerkenswert: Erstens zeichnen sich diese Jugendlichen durch eine Kumulation von Problemen aus. Darunter gibt es zweitens Probleme, die besonders schwerwiegend erscheinen (z.B. Konsum illegaler Substanzen, ausgeprägte Suizidalität, frühe Schwangerschaften und Erfahrungen von Prostitution und Viktimisierung). Drittens berichten diese Jugendlichen den grössten Bedarf an Unterstützung, über die sie aufgrund ihres am wenigsten tragfähigen Netzwerks nicht verfügen. Beim Vergleich der kombiniert antisozial-depressiven Jugendlichen mit den ausschliesslich antisozialen Jugendlichen wird deutlich, dass man den kombinierten Jugendlichen nicht gerecht wird, wenn man sie als antisoziale Jugendliche behandelt (z.B. hinsichtlich Suizidalität).

Schliesslich wird nachgewiesen, dass der Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen – wie im Failure-Modell postuliert – sowohl durch soziale als auch durch schulische Misserfolge vermittelt wird.

Insgesamt kommt die vorliegende Studie zum Schluss, dass die Kombination von antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik eine empfindliche Störung der sozialen und schulischen Entwicklung darstellt, die Intervention und Prävention sowohl auf individueller als auch auf systemischer Ebene dringend notwendig erscheinen lassen.

Vorwort

Challenges are what make life interesting;
overcoming them is what makes life meaningful.
Joshua J. Marine

Die vorliegende Arbeit war in verschiedener Hinsicht eine Herausforderung, die mein Leben nicht nur bereichert – manchmal auch behindert – hat, sondern die zu bewältigen für mich auch lohnenswert war.

Mit dieser Arbeit wurde mir einmal mehr bewusst, um welches Privileg es sich handelt, derartige Herausforderungen auswählen, gleichzeitig auf die eigenen dazu notwendigen Kompetenzen vertrauen und sich auf ein soziales Netzwerk verlassen zu können, das einem bei der Bewältigung dieser Herausforderung unterstützt. Dafür bin ich dankbar.

Die Arbeit ist darum denjenigen Menschen gewidmet – um die es in der vorliegenden Arbeit geht –, deren Leben sich nicht durch die erfolgreiche Bewältigung von selbst ausgewählten Herausforderungen kennzeichnet, sondern durch eine *Geschichte von Misserfolgen* sozialer und akademischer Art. Menschen, denen es teilweise an Kompetenzen oder an Vertrauen in diese mangelt, Misserfolge zu verhindern oder diese mit Unterstützung eines sozialen Netzwerks zu bewältigen.

Ich möchte all jenen Personen herzlich danken, die mich in dieser Zeit auf die eine oder andere Weise unterstützt haben: Françoise Alsaker, Esther Abplanalp, Nesa Biert, Andrea Binggeli, Pascal Engler, Ursula Greuter, Rita Hiltbrunner, Heidi Lehmann, Karin Niedermann, Edith Maud Piller, Manfred Schmitt, Marie-Theres Schönbächler, Shirin Sotoudeh, Flavia Tramanzoli, Monika Wyss, Andrea Zimmermann, Michael Zwilling und dem ganzen SMASH-Team, insb. Annemarie Tschumper, André Jeannin, Françoise Narring und Pierre-André Michaud.

Ein ganz spezieller Dank gilt meinen Eltern, Theres und Manfred Bütikofer, meinem Mann Werner Wicki und unseren beiden Töchtern Hannah und Mia. Wegen euch wäre diese Herausforderung nicht nötig gewesen, schön aber, dass ich sie mit euch annehmen durfte.

Bern, im Oktober 2009 Andrea Bütikofer

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Literaturüberblick 9

1.1 Phänomenologie des gleichzeitigen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik 10

1.1.1 Formen und Ausprägung des gleichzeitigen Auftretens 10

1.1.2 Prävalenz 11

1.1.3 Geschlechts- und Altersdifferenzen 13

1.1.4 Abfolge 16

1.1.5 Korrelate 18

1.2 Erklärungsmodelle 20

1.2.1 Artefakt-Hypothesen 20

1.2.2 Allgemeine Überlegungen zum Phänomen Komorbidität 22

1.2.3 Kausale Erklärungsmodelle 23

1.2.4 Erklärungsmodell gemeinsamer Risikofaktoren und -mechanismen 35

1.3 Fazit 49

1.4 Fragestellungen und Hypothesen 53

1.4.1 Phänomenologie des gemeinsamen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik 53

1.4.2 Soziale Beziehungen als Mediatoren 56

1.4.3 Gesamtmodell – Failure-Modell 58

2. Methode 59

2.1 Stichprobe 59

2.2 Durchführung 59

2.3 Instrumente 60

2.3.1 Antisoziales Verhalten 60

2.3.2 Depressive Tendenzen 63

2.3.3 Komorbidität oder kombiniertes Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen 64

2.3.4 Physische und psychische Gesundheit 64

2.3.5 Schulischer Erfolg und Absenzen 66

2.3.6 Soziale Beziehungen 67

2.3.7 Legaler und illegaler Substanzkonsum 68

2.3.8 Sexualverhalten 70

2.3.9 Viktimisierungserfahrungen 71

2.4 Auswertungsmethoden 72

3. Resultate ... 75

3.1 Phänomenologie des gemeinsamen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik 75

3.1.1 Soziodemografische Merkmale ... 77

3.1.2 Physische und psychische Gesundheit ... 81

3.1.3 Soziale Beziehungen ... 86

3.1.4 Schule – Arbeit ... 92

3.1.6 Sport und Risikosuche ... 105

3.1.7 Sexualität ... 106

3.1.8 Viktimisierung ... 109

3.1.9 Antisoziale versus antisozial-depressive Jugendliche ... 112

3.1.10 Anzahl Typen antisozialen Verhaltens ... 127

3.2 Soziale Beziehungen als Mediatoren 129

3.2.1 Wahrgenommene Qualität der Peer-Beziehungen ... 129

3.2.2 Wahrgenommene Qualität der Eltern-Beziehung ... 130

3.2.3 Viktimisierungserfahrungen ... 134

3.2.4 Typen antisozialen Verhaltens (und soziale Zurückweisung) ... 137

3.3 Gesamtmodell – Failure-Modell 141

4. Diskussion ... 144

4.1 Phänomenologie des gemeinsamen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik 144

4.2 Soziale Beziehungen 147

4.3 Failure-Modell 149

4.4 Implikationen für die Praxis 151

4.5 Einschränkungen der Studie 153

4.6 Schlussfolgerung 154

Literaturverzeichnis ... 156

Abbildungsverzeichnis ... 164

Tabellenverzeichnis ... 166

Anhang ... 171

1. Einleitung und Literaturüberblick

Wenn Jugendliche durch externalisierendes Problemverhalten auffällig werden (z.B. indem sie delinquent werden), wird oft übersehen, dass sie auch unter internalisierenden Störungen leiden können (z.B. Domalanta Domalanta, Risser, Roberts, & Hale Risser, 2003; Pliszka, Sherman, Barrow, & Irick, 2000). Das führt beispielsweise dazu, dass eine grosse Anzahl Jugendlicher, die in Vollzugsanstalten inhaftiert sind, zwar unter einer klinisch relevanten Depression leidet, diese aber weder diagnostiziert noch behandelt wird (z.B. Domalanta Domalanta et al., 2003). Bis anhin gibt es wenig Wissen darüber, weshalb komorbide Problemverhaltensweisen bei antisozialen Jugendlichen selten diagnostiziert und behandelt werden. Goldstein, Arnold et al. (2003) berichten beispielsweise, dass selbst bei qualifiziertem Gefängnispersonal die Gefahr besteht, die emotionale Befindlichkeit, insbesondere bei delinquenten Mädchen zu übersehen, weil diese oft als hart und zäh eingeschätzt und als Querulanten abgestempelt werden. Jedoch scheinen nicht nur von aussen den entsprechenden Jugendlichen ihre depressiven Probleme nicht attestiert zu werden, auch die Jugendlichen selbst schätzen sich nicht als depressiv ein. So konnten beispielsweise Chiles et al. (1980) zeigen, dass die von ihnen untersuchten delinquenten Jugendlichen, die auch klinisch relevant depressiv waren (23%, diagnostiziert nach den Kriterien des Beck Depression Inventory, BDI, Chiles et al., 1980, 1180), sich selbst nicht signifikant depressiver einschätzten als diejenigen, bei denen keine Depression festgestellt wurde.

Verschiedene Ursachen mögen dazu geführt haben, dass das Phänomen des gleichzeitigen Auftretens oder der Komorbidität von externalisierendem und internalisierendem Problemverhalten bis heute wenig untersucht wurde. Ein Grund dafür dürfte die Tatsache sein, dass man bis vor ungefähr drei Jahrzehnten davon ausgegangen ist, dass Depression – so wie man sie unter diesem Begriff für Erwachsene bereits seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts definiert hatte (Berrios, 1996) – bei Kindern und Jugendlichen nicht oder nur selten in Erscheinung tritt (Essau, 2002).

Mit Hilfe insbesondere klinischer Studien hat man sich zu Beginn der 1980er Jahre nicht nur mit dem Phänomen der Depression bei Kindern und Jugendlichen zu beschäftigen begonnen, sondern auch mit der Komorbidität von Depression und externalisierendem Problemverhalten, wie z.B. der Störung des Sozialverhaltens (*conduct disorder*). Puig-Antich (1982) berichtet von Studien (z.B. Chiles, et al., 1980), bei welchen eine überzufällige Häufung von gleichzeitig externalisierendem (meist antisozialem Verhalten, Störungen des Sozialverhaltens oder Delinquenz) und internalisierendem Problemverhalten (meist Major Depression – klinische Depression) beobachtet werden konnte. Einschränkend weist er darauf hin, dass es sich bei den meisten dieser Studien um klinische oder anderswie selektionierte Stichproben handelt. Obwohl über die zeitliche Abfolge der beiden Störungsformen damals bereits spekuliert

wurde, erlaubten die methodischen Vorgehensweisen – meist Querschnittsuntersuchungen – kaum Schlüsse hinsichtlich Entwicklung. Ausserdem fehlten Befunde, die über das Phänomen der Komorbidität bei nicht klinischen Populationen zuverlässige Aussagen zuliessen. Diese begrenzte empirische Befundlage scheint sich bis heute nicht wesentlich verbessert zu haben. Avenevoli, Stolar, Li, Dierker und Merikangas (2001) berichten, dass die Erscheinungsformen der psychopathologischen Komorbidität, insbesondere bei Jugendlichen, kaum erforscht seien.

In der vorliegenden Arbeit soll es um *das Erscheinungsbild und mögliche Erklärungsmodelle des gleichzeitigen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen* gehen. Dabei kann sich das gleichzeitige Auftreten auf sehr unterschiedliche Typen des zeitlichen Zusammenhangs beziehen (vgl. Angold, Costello, & Erkanli, 1999). Betrachtet werden antisoziales Verhalten und depressive Symptome, sowohl wenn sie innerhalb eines bestimmten Zeitraums (z.B. einer Untersuchung) bei einer Person gleichzeitig gegenwärtig oder überlappend auftreten (c*oncurrent comorbidity*), als auch wenn sie zeitlich gesehen nacheinander auftreten (s*uccessive comorbidity*) (vgl. Angold et al., 1999, 59). Die Begrifflichkeit des gleichzeitigen Auftretens umfasst in der vorliegenden Arbeit alle möglichen Formen des zeitlichen Zusammenhangs *individueller* (z.B. in Abgrenzung zu *familiärer*) Komorbidität (vgl. Angold et al., 1999, 59). Wann immer ich mich auf Arbeiten anderer Forschenden beziehe, werde ich ihre Terminologie übernehmen. Wo es zum Verständnis unerlässlich ist, werde ich beschreiben, wie die entsprechenden Forschenden den Begriff definieren oder wie sie diesen allenfalls operationalisiert haben. Dies gilt auch für alle anderen nachfolgend eingeführten Begriffe.

1.1 Phänomenologie des gleichzeitigen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik

Nachfolgend wird das Phänomen des gleichzeitigen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiven Phänomenen entlang der folgenden Fragestellungen dargestellt: Welche Formen antisozialen Verhaltens und depressiver Symptome (*Formen und Ausprägung*), treten wie häufig (*Prävalenz*), in welcher zeitlichen Reihenfolge (*Abfolge*), bei wem (*Geschlecht, Alter*) und mit welchen anderen (Problem-)Verhaltensweisen kombiniert (*Korrelate*) auf.

1.1.1 Formen und Ausprägung des gleichzeitigen Auftretens

Wenn im Zusammenhang mit dem gleichzeitigen Auftreten von antisozialem Verhalten die Rede ist, geht es in der Regel um die Störung des Sozialverhaltens (Conduct Disorder – CD, DSM-IV-TR: 312.8, vgl. Sass, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003, 127f.), normbrechendes Verhalten, Delinquenz oder aggressives Verhalten, etwas seltener auch um oppositionelles Trotzverhalten (Oppositional Defiant Disorder – ODD, DSM-IV-TR: 313.81, vgl. Sass, et al.,

2003, 134). Zu den – in diesem Zusammenhang – untersuchten depressiven Phänomenen gehört ein breites Spektrum depressiver Symptomatik, von der klinisch relevanten Depression (Major Depression – MD, DSM-IV-TR: 296.xx, vgl. Sass, et al., 2003, 398) über die Dysthymia (DSM-IV-TR: 300.4, vgl. Sass, et al., 2003, 427) hin zu Depressivität, also einer depressiven Symptomatik, die nicht zwingend ein klinisches Ausmass annehmen muss.

Je nach Untersuchung und Stichprobe wird der Fokus mehr oder weniger auf den pathologischen Bereich gelegt. In der Regel handelt es sich – wie einleitend bereits angedeutet – bei den empirischen Untersuchungen entweder um klinische (z.B. mit Jugendlichen, die aufgrund einer CD oder MD in Behandlung sind) oder in anderer Weise selektionierte Stichproben (z.B. delinquente Jugendliche vor Gericht oder inhaftierte delinquente Jugendliche). In selteneren Fällen wurde die Stichprobe aus der Normalpopulation gewonnen.

Mehrheitlich wurde die Forschung zum gleichzeitigen Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiven Phänomenen an klinischen Stichproben oder anderswie selektionierten Stichproben durchgeführt. Dabei wurden in der Regel Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens und einer Major Depression oder delinquente Jugendliche mit einer Major Depression untersucht. Nur wenige Befunde beziehen sich auf Stichproben aus der Normalpopulation.

1.1.2 Prävalenz

Es gibt eine beträchtliche Zahl von Studien, die zeigen, dass antisoziales Verhalten und depressive Phänomene überzufällig häufig gemeinsam auftreten (z.B. Chiles, et al., 1980; Haapasalo & Hamalainen, 1996; Kopp & Beauchaine, 2007; Loeber & Keenan, 1994; Pliszka, et al., 2000; Puig-Antich, 1982; Vermeiren, De Clippele, & Deboutte, 2000). Dieser Befund konnte auch durch einige Studien bestätigt werden, die weder klinisch auffällige Jugendliche noch Jugendliche untersuchten, die mit dem Rechtssystem in Konflikt geraten waren (z.B. Loeber, Russo, Stouthamer-Loeber, & Lahey, 1994; Vermeiren, Deboutte, Ruchkin, & Schwab-Stone, 2002; Vermeiren, et al., 2003; Zoccolillo, 1992).

CD – MD. Angold et al. (1999) konnten in ihrer Meta-Analyse epidemiologischer Studien nachweisen, dass bei Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens (CD) die Wahrscheinlichkeit einer Major Depression (MD) signifikant erhöht ist (Odds Ratio, OR [Chancen- oder Quotenverhältnis] = 6.6). In einer Studie von Burket und Myers (1995) sind es 64% der wegen einer Störung des Sozialverhaltens in einer psychiatrischen Klinik hospitalisierten Jugendlichen, die auch eine Major Depression aufweisen. Je nach Art der Stichprobe variiert diese Zahl zwischen 5.3% (z.B. epidemiologische Studie von van Dulmen, et al., 2002) und 83% (vgl. Review von Angold & Costello, 1993).

MD – CD (bzw. Aggression). Geht man umgekehrt von Jugendlichen aus, die aufgrund einer Major Depression hospitalisiert oder in Behandlung sind, so zeigen Studien, dass ungefähr ein Viertel dieser Jugendlichen auch eine Störung des Sozialverhaltens aufweisen (z.B. Marriage, Fine, Moretti, & Haley, 1986; Puig-Antich, 1982). Gemäss Kusch und Petermann (1997) sind aggressive Kinder und Jugendliche häufiger depressiv als umgekehrt. Das heisst, primär depressive Kinder und Jugendliche sind seltener auch aggressiv. Yang, Chen und Soong (2001) finden einen signifikanten Zusammenhang zwischen Depressivität (und Ängstlichkeit) und Aggressivität (OR = 9.1). Dieser Zusammenhang ist jedoch nicht mehr signifikant, sobald für andere Komorbiditäten (insb. Aufmerksamkeitsprobleme und delinquentes Verhalten) kontrolliert wird (Yang et al., 2001; diese Studie basiert auf Eltern- und Lehrpersonenberichten, nicht aber auf Selbsteinschätzungen der Jugendlichen).

Delinquenz – MD. Eine grosse Zahl von Studien berichtet, dass delinquente Jugendliche durchwegs häufiger an psychischen Störungen leiden als die Allgemeinbevölkerung und dass die Mehrheit der delinquenten Jugendlichen mindestens eine weitere Störung aufweist (z.B. Domalanta Domalanta, et al., 2003; Doreleijers, Moser, Thijs, van England, & Beyaert, 2000; Goldstein, et al., 2003; Odgers, Burnette, Chauhan, Moretti, & Reppucci, 2005; Pliszka, et al., 2000; Vermeiren, 2003). Darunter finden sich am häufigsten affektive Störungen (insb. depressive Störungen), Substanzmissbrauch bzw. –abhängigkeit, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) und Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHD).

Betrachtet man delinquente Stichproben im Hinblick auf das Vorkommen von depressivem Verhalten, so stellt man fest, dass ca. ein Viertel der delinquenten Jugendlichen auch eine Major Depression oder Dysthymie aufweist (z.B. Chiles, et al., 1980; Riggs, Baker, Mikulich, Young, & Crowley, 1995). Gestützt auf epidemiologische Studien (z.B. aus den USA und Kanada) kann man davon ausgehen, dass mehr als 30% der inhaftierten Jugendlichen – im Vergleich zu gut 4% der Normalpopulation – eine Depression aufweisen (z.B. Odgers et al., 2005). Leas und Mellor (2000) fanden bei Jugendlichen einer Normalstichprobe im Alter von 17 bis 23 Jahren (darunter Universitätsstudierende und Mitglieder aus Jugendgruppen), dass diejenigen, die viel Delinquenz berichteten, auch viele depressive Symptome angaben (Leas & Mellor, 2000).

Wie bereits einleitend erwähnt, werden psychische Begleiterscheinungen antisozialen Verhaltens nur selten diagnostiziert und behandelt. Doreleijers et al. (2000) berichten, dass bei 65% der untersuchten delinquenten Jugendlichen im Alter von 12 bis 18 Jahren mindestens eine psychische Störung festgestellt werden musste, damit wiesen sie sechs- bis siebenmal mehr psychopathologische Störungen auf als eine gleichatrige Vergleichsstichprobe aus der Normalpopulation. Für die delinquenten Jugendlichen, die alle vor Gericht waren, wurden jedoch nur in der Hälfte der Fälle von den Richtern eine entsprechende diagnostische Beurtei-

lung angeordnet (Doreleijers et al., 2000). Ein ähnliches Ergebnis berichten Domalanta Domalanta et al. (2003): 60 % der 1'024 inhaftierten und von ihnen untersuchten Jugendlichen konnten sie eine oder mehrere psychiatrische Störungen attestieren. Nur ein kleiner Teil dieser Störungen wurde auch entsprechend diagnostiziert und behandelt; beispielsweise nur 20% der depressiven Jugendlichen und 10% der Jugendlichen mit einer anderen Störung (Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Angststörungen).

Gewalt – affektive Störungen. Schliesslich fasst Monahan (1997) zusammen, dass unabhängig von der Art der Stichprobe, gewalttätiges Verhalten mit psychischen Störungen in einem signifikanten Zusammenhang steht. Als Beleg dieser Annahme zieht er sowohl Studien mit erwachsenen Inhaftierten als auch solche aus der Normalpopulation hinzu. Erstere zeigen bei erwachsenen Inhaftierten ein drei- bis viermal erhöhtes Risiko für psychische Störungen, letztere berichten bei gewalttätigen Erwachsenen aus der Normalpopulation ein dreimal höheres Risiko für affektive Störungen und ein achtmal höheres Risiko für Substanzmissbrauch (Monahan, 1997).

Die Prävalenzraten des gleichzeitigen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiven Phänomenen variieren in Abhängigkeit der Stichprobe. Der Befund, dass antisoziale Verhaltensweisen und depressive Symptome überzufällig häufig auftreten, kann als gesichert betrachtet werden.

1.1.3 Geschlechts- und Altersdifferenzen

Ein Teil der empirischen Forschung zum gleichzeitigen Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiven Phänomenen hat sich auch mit der Frage beschäftigt, welche Jugendlichen sowohl antisozial als auch depressiv sind. In diesem Zusammenhang wurden insbesondere Geschlechts- und Altersunterschiede diskutiert.

Geschlechtsdifferenzen. Während die Befundlage betreffend Prävalenz des gemeinsamen Auftretens von antisozialem Verhalten und anderen psychischen Störungen als eher einheitlich bewertet werden kann, erscheinen die Ergebnisse betreffend Geschlechtsdifferenzen eher uneinheitlich. Manche Forschende wie beispielsweise Domalanta Domalanta et al. (2003) betrachten das Muster der Komorbidität von antisozialem Verhalten als geschlechtsunabhängig. Sie konnten in ihrer Studie hinsichtlich depressiver Symptomatik bei delinquenten, inhaftierten Jugendlichen keine Geschlechtsunterschiede ausmachen. Andere, wie zum Beispiel Odgers et al. (2005) oder Abram, Teplin, McClelland und Dulcan (2003), konnten bei inhaftierten Mädchen im Vergleich zu inhaftierten Jungen wiederum überproportional häufig komorbide Störungen nachweisen. Diese beiden Forschergruppen erklären sich diesen Befund allerdings mit Selektionseffekten. Odgers et al. (2005) gehen davon aus, dass nur die psychisch stark gestörten Mädchen überhaupt von der Justiz erfasst werden. Abram et al. (2003)

sind der Auffassung, dass Mädchen vorerst weniger harsch sanktioniert werden und sich darum sehr viel auffälliger verhalten müssen, um in die Mühlen der Justiz zu geraten.

Wenngleich – wie bereits erwähnt – die Befundlage betreffend Geschlechtsunterschiede als sehr uneinheitlich zu bewerten ist, berichtet die Mehrheit der empirischen Studien mehr Komorbidität bei den Mädchen im Vergleich zu den Jungen. So fanden beispielsweise Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler und Angold (2003) lediglich bei den Mädchen einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Störung des Sozialverhaltens und Depression, nicht aber bei den Jungen. Bereits Burket und Myers (1995) berichteten von einer Tendenz in dieser Richtung. Auch Loeber und Keenan (1994) fanden in ihrer Stichprobe das gemeinsame Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen in der Adoleszenz häufiger bei Mädchen als bei Jungen. Marmorstein und Iacono (2003) konnten in ähnlicher Weise bei Mädchen einen stärkeren Zusammenhang von externalisierendem und internalisierendem Verhalten ausmachen als bei Jungen. Waligora (2003) konnte einen Zusammenhang zwischen normbrechendem Verhalten und Depressivität nur bei Mädchen festmachen. Sowohl Costello et al. (2003) als auch Burket und Myers (1995) halten fest, dass Jungen – im Vergleich zu Mädchen – zwar seltener komorbid zum antisozialen Verhalten depressiv sind, jedoch sehr viel häufiger komorbid unter Substanzkonsumstörungen leiden. Keenan und Shaw (1997) halten in ihrem Review fest, dass antisoziales Verhalten insbesondere bei Mädchen und Frauen (häufiger) mit Depression verbunden ist. Dies zeigte sich auch in der Dunedin-Längsschnittstudie. Frauen, die als Kinder unter einer Störung des Sozialverhaltens litten, hatten in 72% der Fälle – im Vergleich zu 35% der Männer – im Übergang von der Adoleszenz zum Erwachsenenalter eine depressive Erkrankung; 42% – im Vergleich zu 15% der Männer – erlitten bis zu ihrem 21. Lebensjahr eine Episode einer Major Depression (Moffitt, Caspi, Rutter, & Silva, 2001, 148).

Hingegen konnten Barnow, Skoeries, Lucht und Freyberger (2000) nachweisen, dass aggressives Verhalten bei Mädchen sogar einen protektiven Effekt hat in Bezug auf andere psychische Störungen. In ihrer empirischen Studie untersuchten sie sowohl eine klinische Stichprobe als auch eine Stichprobe Jugendlicher aus der Normalpopulation. Dabei zeigten aggressive Jungen – im Vergleich zu nicht aggressiven Jungen – komorbid mehr ADHD, Depression, Angststörungen, Delinquenz und soziale Probleme. Auch in anderen, eher älteren Studien konnte nachgewiesen werden, dass mehr Jungen von der Komorbidität von antisozialem Verhalten und depressiven Phänomenen betroffen sind. So beispielsweise in der klinischen Untersuchung von Edelbrock und Achenbach (1980), in der der Cluster „depressiv – sozial zurückgezogen – aggressiv“ nur bei Jungen festzustellen war. Kovacs, Paulauskas, Gatsonis und Richards (1988) konnten später keine diesbezüglichen Geschlechtsunterschiede ausmachen. Dieser negative Befund wird beispielsweise auch in einer neueren Studie von Ford, Goodman und Meltzer (2003) bestätigt. Marmorstein und Iacono (2003) konstatieren, dass im Zusammenhang mit dem gleichzeitigen Auftreten von externalisierendem und internalisierendem Problemverhalten bei Mädchen noch wenig Wissen besteht, da ein Grossteil

der Studien zu Störungen des Sozialverhaltens ausschliesslich mit Jungen durchgeführt wurde (vgl. auch Puig-Antich, 1982, 120). Das ist nicht weiter erstaunlich, sind doch die Jungen stärker von externalisierenden Störungen, wie beispielsweise der Störung des Sozialverhaltens, betroffen als die Mädchen.

Zur Erklärung möglicher Geschlechtsdifferenzen im Auftreten von antisozialem Verhalten und komorbiden Störungen kann auch der paradoxe Geschlechtseffekt (*paradox gender effect*), wie ihn beispielsweise Loeber und Keenan (1994) beschrieben haben, hinzugezogen werden. Die Autoren gehen davon aus, dass dasjenige Geschlecht, welches mit einer geringeren Prävalenz von einer Störung betroffen ist, in stärkerem Ausmass unter dieser Störung leidet. Das dürfte beispielsweise bei der Störung des Sozialverhaltens (oder dem antisozialen Verhalten im Allgemeinen) der Fall sein. Mädchen sind seltener davon betroffen, leiden jedoch stärker darunter, indem sie beispielsweise mit grösserer Wahrscheinlichkeit gleichzeitig auch mit anderen Problemen (mehr Komorbidität) konfrontiert sind (Loeber & Keenan, 1994).

Altersunterschiede. Was mögliche Altersunterschiede anbelangt, gibt es wenige Befunde zur Komorbidität von antisozialem Verhalten und depressiven Phänomenen. Loeber et al. (1994) halten fest, dass sich das Beziehungsmuster des Zusammenhangs von externalisierendem und internalisierendem Verhalten mit zunehmendem Alter verändert. Allerdings beschreiben die Autoren und Autorinnen nicht, inwiefern sich dieses verändert. Hierzu berichten sowohl Zoccolillo (1992) als auch Moffitt et al. (2001) die Beobachtung, dass Jungen, die eine Störung des Sozialverhaltens aufweisen, eher *vor* der Pubertät, Mädchen mit einer Störung des Sozialverhaltens eher *nach der Pubertät* depressiv sind.

Insgesamt gibt es wenige Kenntnisse dazu, welche Jugendliche konkret vom gemeinsamen Auftreten antisozialen Verhaltens und depressiven Symptomen betroffen sind. Vermeiren, Schwab-Stone, Ruchkin, De Clippele und Deboutte (2002) gehen davon aus – ohne dies jedoch auch empirisch belegen zu können –, dass die gleichzeitig antisozialen und depressiven Jugendlichen zu den Jugendlichen gehören, die lediglich in der Adoleszenz antisozial sind (vgl. Moffitt, 1993) (vgl. unten). Im Zusammenhang mit der Diskussion der sozialen Zurückweisungshypothese und dem Failure-Modell (vgl. unten) wird ersichtlich, dass hier auch die gegenteilige Hypothese durchaus plausibel erscheint.

Loeber et al. (1994) machen Aussagen zur Depressivität auch im Zusammenhang mit den von ihnen diskutierten Entwicklungspfaden zur Delinquenz. Sie unterscheiden drei Entwicklungspfade zur Delinquenz im Jugendalter: einen offenen, einen verdeckten und einen Entwicklungspfad, der geprägt ist durch Konflikte mit Autoritäten. Der Entwicklungspfad, der geprägt ist durch *Konflikte mit Autoritäten*, zeichnet sich aus durch trotziges (1. Stufe), widerständiges Verhalten (2. Stufe) und Vermeidung von Autoritäten (3. Stufe). Der sog. *verdeckte*

Entwicklungspfad zeichnet sich auf einer ersten Stufe durch kleinere verdeckte Handlungen wie häufiges Lügen und Ladendiebstahl aus. Auf einer zweiten Stufe folgen Eigentumsdelikte und schliesslich auf einer dritten Stufe mittlere bis schwere Delikte wie Autodiebstahl und Betrug. Der sog. *offene* Entwicklungspfad zeichnet sich auf einer ersten Stufe durch Aggression (z.B. andere plagen), auf einer zweiten Stufe durch körperliche Auseinandersetzungen und schliesslich auf einer dritten Stufe durch Gewalt wie bewaffneter Raub oder Vergewaltigung aus (Loeber et al., 1994, 617). In ihrer Untersuchung zeigte sich insbesondere bei jüngeren Jugendlichen mehr depressive Symptomatik beim offenen und verdeckten Entwicklungspfad, ebenso wie bei multiplen Entwicklungspfaden zur Delinquenz (Loeber et al., 1994).

Auf die Frage, ob Mädchen tatsächlich häufiger in der Gruppe der gleichzeitig antisozialen und depressiven Jugendlichen anzutreffen sind, findet man in der Forschung unterschiedliche Antworten. Die Mehrzahl der empirischen Befunde deutet darauf hin, dass die Mädchen häufiger von beiden Problemen betroffen sind als die Jungen. Allerdings gibt es auch Studien, die einen Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und Depression nur bei Jungen ausmachen können bzw. diesbezüglich keine Geschlechtsunterschiede finden.

Im Übrigen gibt es wenige Befunde, aus denen ersichtlich wird, welche Jugendlichen sowohl antisoziales Verhalten zeigen als auch unter depressiven Symptomen leiden.

1.1.4 Abfolge

Nebst der Prävalenz zum gleichzeitigen Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik und entsprechenden Geschlechts- und Altersunterschieden gibt es einige empirische Befunde zur Abfolge des Auftretens der beiden Problembereiche. Darunter gibt es Befunde, die die Abfolge des Auftretens sowohl in die eine als auch in die andere Richtung nahe legen. Ohne bereits mit Erklärungen zur Entwicklung des gemeinsamen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen vorzugreifen, soll in diesem Kapitel eine Auswahl der relevanten Studien zu dieser Frage vorgestellt werden.

Depressive Symptomatik als Vorläufer antisozialen Verhaltens. Die älteren und meist klinischen Studien legen nahe, dass sich zuerst die Depression und erst im Anschluss daran antisoziales Verhalten entwickelt. So konnte beispielsweise Puig-Antich (1982) in 87% der Fälle (N = 16) feststellen, dass sich zuerst die Depression und erst dann die Störung des Sozialverhaltens entwickelt hat. Diese Daten basieren auf retrospektiven Einschätzungen von jugendlichen Jungen. Bei der Remission der Depression – insbesondere nach der Einnahme eines Antidepressivums (Imipramin) – konnte auch eine Remission der Störung des Sozialverhaltens festgestellt werden (Puig-Antich, 1982). In einer Studie von Kovacs et al. (1988) folgte in 62.5% der Fälle die Störung des Sozialverhaltens auf die Depression und bis im Alter von 19 Jahren hatten 35% der untersuchten depressiven Jugendlichen eine Störung des Sozialverhal-

tens entwickelt. Anders jedoch als bei Puig-Antich (1982) blieb bei Remission der Depression die Störung des Sozialverhaltens erhalten. Kandel und Davies (1982) konnten anhand einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung zeigen, dass gemäss Selbstbericht depressive Symptomatik bei den untersuchten Jugendlichen meist geringfügig delinquenten Verhaltensweisen (z.B. zu schnell Auto fahren, etwas von geringem Wert stehlen) voran ging.

Antisoziales Verhalten als Vorläufer depressiver Symptomatik. In neueren Studien konnte sehr viel häufiger nachgewiesen werden, dass sich Depression erst nach dem antisozialen Verhalten entwickelt. So waren Verhaltensprobleme beispielsweise in der empirischen Längsschnittstudie von Capaldi (1992) prädiktiv für die Zunahme von Depressivität, nicht aber die Depressivität für die Zunahme von Verhaltensproblemen. Gemäss Loeber und Keenan (1994) treten depressive Symptome in der Regel nach dem Beginn antisozialen Verhaltens auf und nur bei einer geringen Zahl scheint das Umgekehrte zuzutreffen. Ausserdem sollen im Jugendalter antisoziale Mädchen als erwachsene Frauen eher depressiv werden als dies bei Jungen der Fall ist (Loeber & Keenan, 1994; Zoccolillo, 1992). Dies bestätigen auch die Daten der Dunedin-Längsschnitt-Studie: Bei den Mädchen bzw. jungen Frauen folgte die Depression häufiger auf die Störung des Sozialverhaltens (Moffitt et al., 2001, 148). Ausserdem nimmt der Schweregrad der Depression bei antisozialen Mädchen nach dem Übergang ins Erwachsenenalter zu. Das heisst, die höchste Depressionsrate im Alter von 21 Jahren zeigten in der Dunedin-Studie Frauen, die früher eine Störung des Sozialverhaltens aufwiesen. Obwohl alle Mädchen mit zunehmendem Alter stärker depressiv waren, war dies bei Mädchen mit einer Störung des Sozialverhaltens früher und verstärkt der Fall (Moffitt et al., 2001). Für Kusch und Petermann (1997) tritt zuerst das aggressive Verhalten auf und erst in der Folge davon, kommt die depressive Symptomatik zum Ausdruck (vgl. unten). Dies bestätigen auch die Befunde der Studie von Pliszka et al. (2000). Die von ihnen untersuchten 11- bis 17-jährigen Jugendlichen, die in einer Jugendstrafanstalt inhaftiert waren, erfüllten im Falle einer affektiven Störung (Depression oder Manie) mit grösserer Wahrscheinlichkeit auch die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens. Bei allen diesen Jugendlichen gingen die Symptome der Störung des Sozialverhaltens – retrospektiv erfasst – denjenigen der affektiven Störung voraus. Sowohl McManus, Alessi, Grapentine und Brickman (1984) als auch Silberg, Rutter, D'Onofrio und Eaves (2003) ziehen die Schlussfolgerung, dass antisoziales Verhalten von Jugendlichen (im einen Fall Delinquenz, im anderen Fall Störung des Sozialverhaltens) zu Substanzkonsum(störungen) führt, während die depressive Störung sich mit grösserer Wahrscheinlichkeit sekundär zu Störungen wie Substanzmissbrauch und Alkoholismus entwickelt.

Die Befundlage zur Entwicklungsabfolge von antisozialem Verhalten und depressiven Phänomenen ist uneinheitlich. Sowohl die theoretischen Überlegungen als auch die empirische Befundlage stellen jedoch häufiger die Entwicklung des antisozialen Verhaltens als – zeitlich gesehen – primär und die Entwicklung depressiver Symptomatik als sekundär dazu dar.

1.1.5 Korrelate

Jugendliche, die sowohl antisozial als auch depressiv sind, scheinen viele zusätzliche Probleme zu haben. So zeigen sie beispielsweise Defizite in kognitiven und sozialen Bereichen wie Schule, familiäres Umfeld und Freundschaften. Die Korrelate können dem antisozialen Verhalten und den depressiven Phänomenen vorangehen oder aber auch als Folge davon auftreten (Marmorstein & Iacono, 2003). Mit Ausnahme weniger Studien scheint die Befundlage einheitlich zu sein: Komorbid antisoziale und depressive Jugendliche haben mehr Misserfolg in der Schule, schlechtere soziale Kompetenzen, mehr dysfunktionale Einstellungen (kognitive Verzerrungen), negativere Zukunftsperspektiven, mehr Somatisierung und erleben mehr Stress, Ablehnung durch Gleichaltrige, höhere Raten von Konflikten und weniger familiäre Unterstützung als Jugendliche, die nur die eine oder die andere Störung zeigen (Brendgen, Vitaro, Turgeon, & Poulin, 2002; Capaldi, 1991; Cole & Carpentieri, 1990; Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington, & Rutter, 2001a; Marmorstein & Iacono, 2001, 2003; Rapp & Wodarski, 1997; Reicher, 1999; Vermeiren, Deboutte, et al., 2002).

Gesundheitsverhalten. Was das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen anbelangt, die sowohl antisozial als auch depressiv sind, sind vor allem Zusammenhänge zu Substanzmittelgebrauch und suizidalem Verhalten gut belegt. Der am häufigsten dokumentierte Befund ist der Zusammenhang der Komorbidität von antisozialem Verhalten und depressiven Phänomenen mit Substanzmittelmissbrauch bzw. –abhängigkeit. Komorbide Jugendliche zeigen sowohl während des Jugendalters als auch später im Erwachsenenalter häufiger Nikotin-, Alkohol- und Drogenabhängigkeit (Cole & Carpentieri, 1990; Fombonne, et al., 2001a; Marmorstein & Iacono, 2001, 2003; Rapp & Wodarski, 1997; Riggs, et al., 1995; J. B. Rowe, Sullivan, Mulder, & Joyce, 1996). So berichten beispielsweise auch Clark et al. (1997), dass in ihrer klinischen Stichprobe der Cluster CD – MD – Alkoholabhängigkeit bei beiden Geschlechtern häufiger auftritt als aufgrund der je einzelnen Gruppen zu erwarten wäre und zum Schweregrad der Substanzabhängigkeit beiträgt. Nebst der Substanzmittelabhängigkeit wird suizidales Verhalten sehr häufig mit der Komorbidität von antisozialem und depressivem Problemverhalten in Zusammenhang gebracht. Gelegentlich auch als Cluster zusammen mit der Substanzmittelabhängigkeit. Das gleichzeitige Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen bringt ein grösseres Risiko für suizidales Verhalten mit sich, als Depression (in der Kindheit) alleine (Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington, & Rutter, 2001b;

Marriage, et al., 1986; Rapp & Wodarski, 1997). Shaffer (1974; zit. nach Aguilar et al., 2000) konnte in seiner post mortem-Untersuchung nachweisen, dass 75% der suizidierten Jugendlichen sowohl antisoziales Verhalten als auch eine Depression aufwiesen. Gemäss Verona, Sachs-Ericsson und Joiner (2004) ist das gemeinsame Auftreten von externalisierenden und internalisierenden Problemen der stärkste Prädiktor für Suizidversuche, insbesondere bei den Frauen. Marttunen, Aro, Henriksson und Lonnqvist (1991) berichten einen starken Zusammenhang zwischen Suizid und der Koexistenz von Depression, antisozialem Verhalten und Alkoholmissbrauch.

MD bzw. CD als Schutzfaktor? Allerdings gibt es auch einige Studien, die der Major Depression in Zusammenhang mit einer Störung des Sozialverhaltens oder Delinquenz – bzw. vice versa – eine protektive Funktion zuschreiben. So belegen beispielsweise Vermeiren, Schwab-Stone et al. (2002), dass eine zusätzliche DSM-Diagnose einer Depression prädiktiv für Nicht-Rückfälligkeit bei Straftätern steht. Das heisst, eine Depression scheint ehemals jugendliche Delinquente vor krimineller Rückfälligkeit – zwei Jahre später – zu schützen. Der Befund ist jedoch insofern mit Vorsicht zu geniessen, als dass die untersuchte Stichprobe sehr klein war und die Vorhersagestärke der Depression moderat. Erst die Kombination der Faktoren Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens, Abwesenheit einer Depression und niedriger verbaler Intelligenzquotient (IQ) erklärten 44% der Varianz für zukünftige Rückfälligkeit bei jugendlichen Straftätern (ebd.). Harrington, Fudge, Rutter, Pickles und Hill (1991, 438) gehen davon aus, dass depressive Kinder und Jugendliche, die gleichzeitig eine Störung des Sozialverhaltens (CD) aufweisen im Vergleich zu solchen, die keine CD aufweisen, eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, im Erwachsenenalter eine Depression zu entwickeln. Hingegen haben die komorbid depressiven Kinder weniger gute Prognosen in den Bereichen Substanzmissbrauch, soziale Kompetenzen und Arbeit (Harrington et al., 1991, 436ff.).

Jugendliche, die sowohl antisozial als auch depressiv sind, sind in verschiedener Hinsicht belastet: Sie haben mehr Misserfolg in der Schule, erleben mehr Ablehnung durch Gleichaltrige, zeigen mehr gewalttätiges Verhalten, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, suizidales Verhalten und im Erwachsenenalter mehr psychische Störungen und Kriminalität. Das heisst, wenn sowohl antisoziales als auch depressives Verhalten auftritt, ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass multiple andere Probleme (z.B. im Bereich Gesundheitsverhalten) ebenfalls auftreten (z.B. Alkohol-, Nikotin- und Konsum von illegalen Substanzen). Einige wenige Studien deuten darauf hin, dass das gleichzeitige Auftreten einer Depression zusammen mit antisozialem Verhalten eine protektive Funktion haben könnte (z.B. in Bezug auf Rückfälligkeit oder Persistenz von Problemverhalten).

1.2 Erklärungsmodelle

Nicht nur das Phänomen des gleichzeitigen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen ist bislang wenig erforscht, auch seine Ursachen und Entwicklung sind noch weitgehend unbekannt (Avenevoli, et al., 2001). Ähnlich wie auch Avenevoli et al. (2001) gehen Angold, Costello und Erkanli (1999) davon aus, dass Komorbidität – sowohl im Allgemeinen als auch die Komorbidität von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen im Speziellen – in der Kindheit und im Jugendalter zwar belegt ist, dass aber die involvierten Prozesse noch weitgehend ungeklärt sind. Grundsätzlich ziehen sie sowohl mögliche Artefakte als auch substanzielle Ursachen zur Erklärung des gemeinsamen Auftretens in Betracht. In der vorliegenden Arbeit sollen zuerst einige in der Literatur besprochene Artefakt-Hypothesen kurz umrissen und schliesslich mögliche substanzielle Ursachen eingehender diskutiert werden.

1.2.1 Artefakt-Hypothesen

Bevor auf Erklärungsmodelle „wahrer“ Komorbidität eingegangen wird, werden zunächst Vorstellungen von Komorbidität als Artefakte erläutert. Nach Angold et al. (1999, 67ff.) können methodische und diagnostische (oder nosologische) Artefakte unterschieden werden. Gemäss diesen Autoren sind jedoch – um dies vorwegzunehmen – keine dieser Effekte empirisch haltbar, um die Komorbidität von antisozialem Verhalten und depressiven Phänomenen zu erklären. Dennoch sollen an dieser Stelle oben genannte Vorstellungen kurz dargestellt werden.

Methodische Artefakte. Zu den *methodischen Artefakten* zählen Angold et al. (ebd.) Verzerrungstendenzen durch ärztliche Überweisung, die Erwartungshaltung der Einschätzenden (*rater expectancy*) – vor allem Halo-Effekte (z.B. Aronson, 1994, 149) – und Informationsbeschaffungsstrategien. So entsteht gemäss der *Verzerrungstendenz durch ärztliche Überweisung* (*Berkson's* oder *clinical referral biases*) eine überschätzte Komorbidität, insbesondere in klinischen Stichproben. Diese Verzerrungstendenz entsteht dadurch, dass Menschen, die mehr als eine Störung aufweisen mit grösserer Wahrscheinlichkeit behandelt oder hospitalisiert werden als Menschen, die lediglich eine Störung aufweisen. Angold et al. (ebd.) weisen jedoch nach, dass zwischen antisozialen und depressiven Phänomenen auf jedem Schweregrad der Symptomatologie eine komorbide Beziehung besteht, also nicht nur bei klinisch relevanter Symptomatik. Caron und Rutter (1991) nennen in diesem Zusammenhang auch das Beispiel eines Spezialisten, der sich für eine bestimmte Komorbidität interessiert, der in der Folge davon auch mit grösserer Wahrscheinlichkeit entsprechende Fälle zugewiesen bekommt. Gemäss Zoccolillo (1992) zeigen auch epidemiologische und andere Studien aus der Normalpopulation vergleichbare Ergebnisse der Komorbidität, so dass systematische Zuweisungsverzerrungen durch Ärzte oder andere Fachpersonen ausgeschlossen werden können. Durch standardisierte Erhebungen in der empirischen Forschung schliessen Angold

et al. (1999) auch *Fehler durch Erwartungshaltung*, *Halo-Effekte* und die *Art und Weise, wie Informationen beschaffen werden* aus, welche die Komorbidität von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen erklären könnten. Sie führen in diesem Zusammenhang den Beweis an, dass durch verschiedene Datenquellen Komorbidität – unabhängig voneinander – immer wieder nachgewiesen werden kann, sowohl aus Selbstberichten von Kindern und Jugendlichen als auch von Elternbefragungen oder kombinierten Erhebungsverfahren (Angold et al., 1999). Wenn verschiedene Personen als Quelle der Datenerhebung dienen, könnte eingewendet werden, dass alleine dadurch Komorbidität entsteht, in dem gleiche oder ähnliche Symptome durch verschiedene Beurteilende anders eingeschätzt werden (*coding of multiple symptoms of a single behaviour*, Angold et al., 1999, 67). Wenn dies auch im Einzelfall tatsächlich vorkommen mag, so schliessen Angold et al. (1999) im Allgemeinen aus, dass Komorbidität das Resultat von multiplen Informationsquellen darstellt und unabhängig von der Anzahl der Informationsquellen eine Verbindung zwischen antisozialem Verhalten (insb. CD) und Depression auftritt (Angold et al., 1999, 68).

Diagnostische Artefakte. Im Zusammenhang mit *diagnostischen oder nosologischen Artefakten* diskutieren Caron und Rutter (1991) folgende mögliche Probleme, die zur Komorbidität von antisozialem Verhalten und depressiven Phänomenen führen könnten: 1) Kategorien vs. Dimensionen, 2) überlappende diagnostische Kriterien, 3) künstliche Unterteilung von Syndromen, 4) eine Störung, die eine frühe Manifestation der anderen darstellt und 5) eine Störung, die Teil der anderen ist. Zoccolillo (1992) geht auf die von Caron und Rutter (1991) eingebrachten nosologischen Überlegungen ein und widerlegt die Annahmen durch empirische Befunde (vgl. dazu auch die Zusammenfassung von Zoccolillo, 1992).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass weder methodische noch diagnostische / nosologische oder andere Verzerrungstendenzen das gemeinsame Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik zu erklären vermögen. Vielmehr kann man davon ausgehen, dass es sich bei dieser Komorbidität um ein reales, nicht durch Zufall oder Selektionseffekte entstandenes Phänomen handelt. Aus diesem Grund macht es Sinn, sich nun den möglichen Ursachen zuzuwenden.

1.2.2 Allgemeine Überlegungen zum Phänomen Komorbidität

Gemäss Avenevoli et al. (2001) gibt es bislang wenig empirische Forschung, die sich mit den Ursachen der Komorbidität psychischer Störungen beschäftigt, insbesondere bei jugendlicher Komorbidität. Jedoch gibt es dazu zahlreiche konzeptuelle Modelle, wie zwei Störungen grundsätzlich zusammenhängen können (Avenevoli, et al., 2001; Caron & Rutter, 1991; Merikangas, 1990).

Merikangas (1990) schlägt zwei konzeptuelle Modelle vor, wie zwei Störungen grundsätzlich miteinander verbunden sein können: Einerseits kann zwischen zwei Problemverhalten eine kausale Beziehung vorhanden sein. In diesem Fall würde die eine Störung die andere verursachen bzw. fördern oder erleichtern (vgl. Abbildung 1).

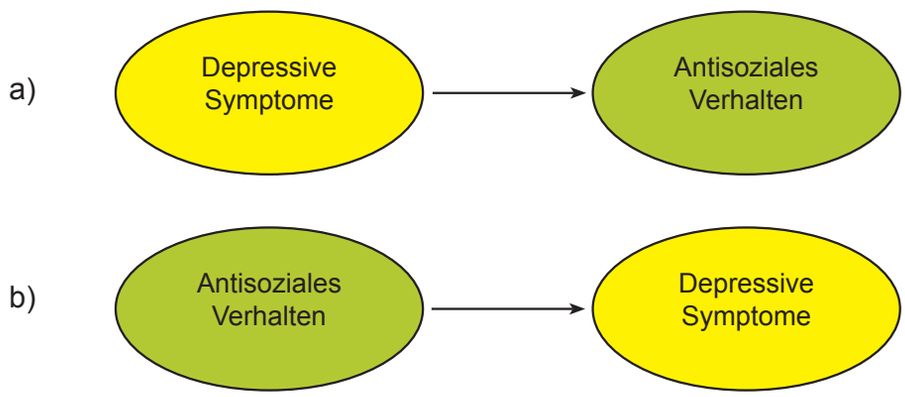

Abbildung 1: Kausale Beziehung zwischen zwei Störungen an zwei Beispielen: a) depressive Symptomatik, die antisoziales Verhalten verursacht oder begünstigt; b) antisoziales Verhalten, das depressive Symptome verursacht oder begünstigt

Andererseits kann eine Verbindung zwischen zwei Problemverhalten auch aufgrund einer gemeinsamen Ätiologie bestehen, das heisst, die beiden Störungen haben die gleichen Risikofaktoren (Merikangas, 1990; vgl. Abbildung 2).

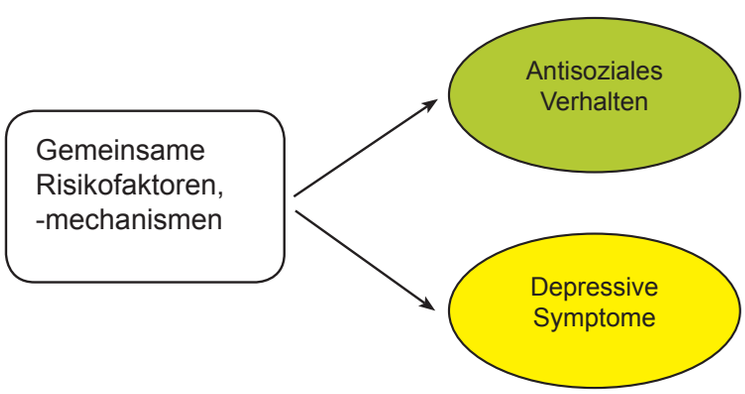

Abbildung 2: Beziehung zwischen zwei Störungen aufgrund einer gemeinsamen Ätiologie, am Beispiel der Komorbidität von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen

Gemäss Avenevoli et al. (2001) unterscheiden sich die Ausdrucksformen der gleichen ätiologischen Faktoren durch den unterschiedlichen Ausdruck der Entwicklung einer bestimmten Störung, durch Geschlechtsunterschiede in der Manifestation eines bestimmten Phänomens oder durch die mögliche Varianz der phänotypischen Ausprägung des Genotyps. Avenevoli et al. (2001) fügen diesen zwei allgemeinen Modellen von Merikangas (1990) noch ein drittes hinzu: Für sie wäre es auch denkbar, dass die Komorbidität Ausdruck eines multiplen Störungstyps ist, der spezifische ätiologische Faktoren aufweist (Avenevoli et al., 2001, 1072; vgl. Abbildung 3). Meines Erachtens kann diese dritte Modellvorstellung auch als Spezialfall der zweiten Modellvorstellung (einer gemeinsamen Ätiologie) betrachtet werden.

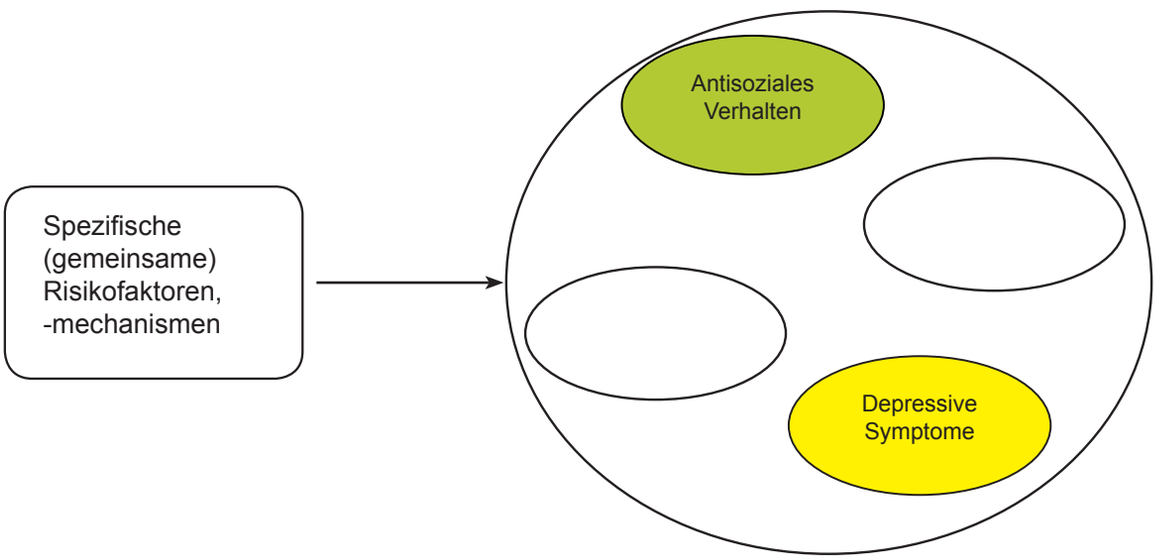

Abbildung 3: Komorbidität als Ausdruck eines multiplen Störungstyps, am Beispiel des gleichzeitigen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen

Ein Grossteil der bestehenden Theorien, Modelle und Hypothesen zum gemeinsamen Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiven Phänomenen lässt sich in diese drei bzw. zwei Typen von Zusammenhängen einordnen (vgl. Abbildung 1, Abbildung 2 und Abbildung 3). Diese sollen deshalb die nachfolgende Erläuterung und Diskussion ausgewählter Modelle, die den Zusammenhang der zu betrachtenden Problembereiche erklären, strukturieren.

1.2.3 Kausale Erklärungsmodelle

Im nachfolgenden Kapitel werden Entwicklungsmodelle dargestellt, die eine direkt kausale Beziehung zwischen dem antisozialen Verhalten und depressiven Phänomenen annehmen. Das heisst, diese Modelle gehen davon aus, dass die eine Störung die andere verursacht, erleichtert oder das Risiko für diese erhöht (Zoccolillo, 1992). Darunter sind sowohl Modelle,

die die Auffassung vertreten, dass depressive Phänomene antisoziales Verhalten verursachen oder begünstigen als auch die Auffassung, dass antisoziales Verhalten depressive Phänomene verursachen oder begünstigen kann.

Depressive Symptome, die antisoziales Verhalten verursachen.

Nachfolgend sollen zwei Modellvorstellungen diskutiert werden, die davon ausgehen, dass sich zuerst die depressiven Phänomene entwickeln und in der Folge das antisoziale Verhalten verursachen oder begünstigen (vgl. auch Abbildung 1a).

Masked Depression. Die Annahme, dass depressive Phänomene zu antisozialem Verhalten, konkret zu Störungen des Sozialverhaltens und Delinquenz führen können, gehört gemäss Ben-Amos (1992) zur ältesten Hypothese zu dieser Form von Komorbidität. Diese frühen Versuche verstanden das antisoziale Verhalten als Abwehrmechanismus gegen depressive Gefühle, niedrigen Selbstwert, Ablehnung, Gefühle der Hilf- und Hoffnungslosigkeit. Das aggressive oder gewalttätige Handeln stellt dabei den Versuch dar, die durch die Depression erlebte Hilflosigkeit und den dadurch erlebten Verlust von Kontrolle abzuwehren (Weisbrot & Ettinger, 2002, 653). Diese Auffassung kann man gemäss Ben-Amos (1992) auch den in den 1960er und 1970er Jahren in Erscheinung tretenden Theorien der “depressive equivalents“ und der “masked depression“ zuordnen (vgl. McManus, et al., 1984, 612). Dabei nahm man an, dass die „Maske“ unterschiedlich in Erscheinung treten kann, z.B. in Form antisozialen Verhaltens, psychosomatischer Probleme, Schulversagens und allgemeiner Ängste. In dieser Zeit betrachtete man die Wurzeln kindlicher Depression – in ihrer maskierten Form – in früher elterlicher Deprivation (Ben-Amos, 1992).

Gemäss McManus et al. (1984) gibt es wenig empirische Befunde, die die Theorie der maskierten Depression stützen. Der wohl bekannteste empirische Befund, der in diesem Zusammenhang oft herangezogen wird, ist derjenige von Puig-Antich (1982). Eher zufälliger Weise hat Puig-Antich (1982) im Rahmen einer Antidepressiva-Studie herausgefunden, dass bei 14 von 16 klinisch depressiven Jungen die depressive Störung der Störung des Sozialverhaltens vorausging. Letztere nahm ab, wenn (als Reaktion auf die medikamentöse Behandlung) auch die depressiven Symptome verschwanden bzw. wieder zu, wenn die depressiven Symptome wieder zunahmen (Puig-Antich, 1982). Ebenfalls im Rahmen der Theorie der maskierten Depression gedeutete Ergebnisse einer empirischen Untersuchung waren diejenigen von Kandel und Davies (1982) an einer jugendlichen Stichprobe aus der Normalpopulation. Diese konnten zeigen, dass Jugendliche mit depressiven Verstimmungen häufiger und mehr kleinere delinquente Handlungen berichteten als solche, die keine depressive Verstimmungen angaben (Kandel & Davies, 1982).

Diese frühen Theorien und Studien stehen mehrheitlich in der psychodynamischen Tradition. Gemäss Ben-Amos (1992) konnte die Theorie der „maskierten Depression“ nie falsi-

fiziert werden, sie wurde jedoch zugunsten anderer Modelle weitgehend abgelöst. Allerdings gibt es auch neuere Ansätze, die wohl zwar in einer anderen Tradition als der psychodynamischen verankert sind, jedoch in eine ähnliche Richtung gehen. Dazu zählen Ansätze, die Delinquenz als Bewältigung (Coping) negativer, depressiver Gefühle verstehen.

Delinquenz als Coping-Strategie. Brezina (2000) gibt in seinem Aufsatz einen interpretativen Rahmen zur Erklärung von Delinquenz – insbesondere im Jugendalter. Dabei stützt er sich auf die Annahmen von Moffitt (1993), wonach Delinquente in zwei Gruppen eingeteilt werden können, in eine kleine Gruppe derjenigen, die ein Leben lang in irgendeiner Form abweichendes – sprich delinquentes – Verhalten zeigen und eine sehr viel grössere Gruppe derjenigen, die lediglich in der Adoleszenz delinquent werden. Brezina (2000) interessiert sich vor allem für die letztere Gruppe und versucht – ergänzend zu Moffitt (1993) – die auf die Adoleszenz begrenzte Delinquenz zu erklären: Er versteht diese Delinquenz als Problemlöseverhalten, das kurzfristig auch wirksam als Reaktion auf die multiplen Herausforderungen des Jugendalters zu reagieren, eingesetzt wird. Darunter auch als Bewältigungsstrategie, um mit den zunehmend aufkommenden negativen Gefühlen und der Depressivität klarzukommen. In diesem Sinne versteht er Delinquenz auch als Form der Selbstregulation (Brezina, 2000). Aguilar, Sroufe, Egeland und Carlson (2000) konnten diese Annahme insofern belegen, als dass sie in ihrer Längsschnittstudie (von Geburt bis 16 Jahre) zeigen konnten, dass Jugendliche, die erst in der Adoleszenz zu delinquieren begannen – im Vergleich zu denjenigen, die bereits sehr früh und anhaltend antisozial auffällig wurden – häufiger unter internalisierenden Problemen (darunter Depressionen) litten. In vergleichbarer Weise interpretieren Leas und Mellor (2000, 163) ihre Ergebnisse: Depressive Jugendliche fühlen sich von delinquentem Verhalten angezogen, um sich dadurch von Gefühlen der Traurigkeit zu befreien bzw. Emotionen wie Wut und Feindseligkeit Luft zu verschaffen. Diese depressiven Jugendlichen schätzen weder ihr Leben noch ihre Gesundheit, weshalb sie – in ihrer Wahrnehmung – mit ihrer Delinquenz auch wenig zu verlieren haben (Leas & Mellor, 2000, 163). Auch Kandel, Raveis und Davies (1991) deuten die Ergebnisse ihrer – zwar querschnittlichen – Stichprobe in ähnlicher Weise. Sie untersuchten 593 Jugendliche einer öffentlichen High School einer grösseren amerikanischen Stadt im Alter von ca. 15 bis 17 Jahren mittels eines Fragebogens zu den Zusammenhängen unterschiedlichen Problemverhaltens und suizidalen Gedanken. Dabei kamen sie zum Schluss, dass delinquentes Verhalten und Drogenkonsum – letzteres insbesondere bei Mädchen – für Jugendliche die Funktion haben könnten, vor deren Gefühlen von Traurigkeit und Verzweiflung zu flüchten.

Als indirekter Beleg für die Annahmen von Brezina (2000) könnte auch der Befund von Vermeiren, Schwab-Stone et al. (2002) herangezogen werden: Die Autoren konnten mit einem längsschnittlichen Design zeigen, dass von den untersuchten delinquenten (männlichen) Jugendlichen diejenigen mit einer Major Depression seltener rückfällig wurden. Daraus

schlossen sie, dass die Gruppe der depressiven Delinquenten eher zu den auf das Jugendalter begrenzten Antisozialen gehören (vgl. oben, Moffitt, 1993). Als Erklärung für den protektiven Effekt der Major Depression zogen sie drei Gründe heran (Vermeiren, Schwab-Stone et al., 2002): Erstens könnte die Tatsache, dass ein Mensch depressive Symptome zeigen kann, darauf hindeuten, dass dieser Mensch das Potenzial besitzt, über sich, seine Handlungen und mögliche Konsequenzen für andere nachzudenken und darum nicht wieder straffällig wird. Zweitens könnte die Wahrscheinlichkeit, ein erneutes Verbrechen zu begehen, auch alleine dadurch verringert sein, dass es diesen depressiven Menschen an der zu einem Verbrechen notwendigen Energie und Willenskraft fehlt. Schliesslich ziehen die Autoren drittens in Betracht, dass es sich bei den depressiven, delinquenten Jugendlichen um eine Subgruppe von Delinquenten handeln könnte, die sich durch spezifische Tendenzen und Prognosen kennzeichnen lassen. Obwohl die Datenlage eine gesicherte Aussage nicht zulässt, vermuten Vermeiren, Schwab-Stone et al. (2002) dennoch, dass die jugendlichen Delinquenten mit einer Depression zum Typ Delinquenten gehören, die lediglich in der Adoleszenz delinquent werden, zum Beispiel um die im Jugendalter zunehmenden Gefühle von Deprimiertheit und Traurigkeit zu bewältigen. Die Rezidivisten in dieser Studie gehörten eher zu den Delinquenten, die bereits in der Kindheit durch antisoziales Verhalten auffällig wurden, häufiger unter einer Störung des Sozialverhaltens litten und mehr neuropsychologische Probleme aufwiesen, aber ein durchschnittliches Ausmass an internalisierenden Problemen zeigten (ebd.). Genau diese Kinder und Jugendlichen würden aber gemäss der sozialen Zurückweisungs-Hypothese von Kusch und Petermann (1997) oder des Failure-Modells von Patterson und Capaldi (1990) die Kinder und Jugendlichen sein, die in der Folge ihres antisozialen Verhaltens am stärksten von depressiven Phänomenen betroffen sein müssten. Nachfolgend werden nun die Modelle vorgestellt, die antisoziales Verhalten eher als Ursache für nachfolgende depressive Phänomene verstehen.

Antisoziales Verhalten verursacht depressive Symptome.

Gemäss Rutter (2001, 565) „funktioniert“ die Beziehung zwischen Verhaltensproblemen und depressiver Symptomatologie lediglich in einer Richtung: Während depressive Symptome in der Kindheit oder im Jugendalter das Risiko für späteres antisoziales Verhalten nicht erhöhen, erhöht antisoziales Verhalten in der Kindheit das Risiko für spätere depressive Symptome. Die dieser Komorbidität zugrundeliegenden Mechanismen sind jedoch nur wenig untersucht (Rutter, 2001, 565). Es ist allerdings sehr plausibel, dass die Art und Weise, wie antisoziale Menschen handeln, sie mit grösserer Wahrscheinlichkeit in Stress bringt und sie in nachteilige psychosoziale Situationen führt. Trotz Plausibiliät ist es fraglich, ob diese Erklärung als alleinige Erklärung genügt, um die zugrundeliegenden Mechanismen dieser Komorbidität zu verstehen. Dazu wären auch entsprechende Studien notwendig (Rutter, 2001, 566).

Zwei Modelle, die den zugrundeliegenden Mechanismus der Komorbidität von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen so zu erklären versuchen, indem sie antisoziales Verhalten als Ursache für die nachfolgende depressive Symptomatik verstehen (vgl. Abbildung 1b), werden nachfolgend dargestellt.

Soziale Zurückweisungshypothese. Kusch und Petermann (1997) diskutieren in ihrem Review verschiedene Möglichkeiten des Zusammenhangs von Aggression und Depression, wobei sie eine kausale Verbindung zu präferieren scheinen: Aggression als Risikofaktor für die Depression. In diesem Sinne tritt Aggression primär auf, führt zu sozialer Ablehnung und in der Folge zu sozialer Isolation, was eine Depression begünstigt (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Soziale Zurückweisungshypothese nach Kusch und Petermann (1997)

Zur Bestätigung ihrer *Hypothese der sozialen Zurückweisung* führen sie verschiedene empirische Belege an, darunter auch die Erkenntnisse von Patterson und Capaldi (1990), die im nachfolgenden Abschnitt erläutert werden. Kusch und Petermann (1997, 219) machen berechtigterweise darauf aufmerksam, dass die von ihnen zitierten Studien keine Aussagen darüber zulassen, inwiefern Aggression als alleinige Ursache für die darauf folgende Depression verstanden werden kann oder inwiefern andere Faktoren mit verantwortlich sind. Sie diskutieren eine mögliche ursächliche Verbindung von Aggression und Depression auch auf dem Hintergrund von entwicklungspsychologischen Metamodellen der Gen-Umwelt-Interaktion bzw. der Gen-Umwelt-Transaktion (Kusch & Petermann, 1997, 220).

Loeber und Keenan (1994, 506) gehen in ihrem Review davon aus, dass insbesondere die Kombination von aggressiv und schüchtern bzw. zurückgezogen eine grössere Wahrscheinlichkeit späterer Psychopathologie mit sich bringt, einschliesslich (kognitive) Aufmerksamkeitsdefizite, schlechtere Schulleistungen und ein erhöhtes Ausmass an Substanzkonsum und Kriminalität im Erwachsenenalter. Dabei dürften kognitive Aufmerksamkeitsdefizite und damit verbundene defizitäre soziale Informationsverarbeitung wesentlich auch zum aggressiven Verhalten der Kinder und Jugendlichen beitragen (vgl. z.B. Dodge, 1993; Quiggle, Garber, Panak, & Dodge, 1992).

Beziehung zu Gleichaltrigen. Einen Hinweis auf Defizite in der sozialen Informationsverarbeitung bzw. hinsichtlich sozialer Kompetenzen gibt z.B. der Befund von Brendgen, Vitaro, Turgeon und Poulin (2002), die zeigen konnten, dass bei aggressiven, depressiven und kombiniert aggressiv-depressiven Kindern die Selbst- und Fremdwahrnehmung ihrer sozialen Beziehungen systematisch nicht übereinstimmten: Depressive Kinder betrachteten ihre sozialen Beziehungen als problematisch, während ihre Peers diese als unproblematisch einschätzten. Genau umgekehrt verhielt es sich bei den aggressiven Kindern. Diese schätzten ihre sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen als unproblematisch ein, während die Gleichaltrigen diese Beziehungen als problematisch empfanden. Aus der Perspektive der betroffenen Kinder ist Depression, nicht aber Aggression mit Schwierigkeiten mit den Peers verbunden, während es sich aus der Sicht der Gleichaltrigen gerade umgekehrt verhält (Aggression ist ein Problem, nicht aber Depression). Die Kombination von Aggression und Depression führt unabhängig von der Sichtweise zu Schwierigkeiten in den Peer-Beziehungen (Brendgen et al., 2002). Letzterer Befund konnten auch – auf etwas andere Weise – Cole und Carpentieri (1990) nachweisen. Sie untersuchten das gleichzeitige Auftreten einer Störung des Sozialverhaltens und Depression als eine Funktion des Sozialstatus in der Schulklasse. In der Untersuchung wurden alle Kinder gebeten, je drei Namen ihrer Klassenkameraden und –kameradinnen aufzuschreiben, die sie am meisten bzw. am wenigsten mochten. Aus diesen Angaben (Anzahl Beliebtesten-Nennung und Anzahl Unbeliebtesten-Nennung) klassifizierten die Forschenden den sozialen Status mit den Kategorien „populär“, „zurückgewiesen“, „vernachlässigt“ und „kontrovers“. Die „kontroverse“ Gruppe unterschied sich beispielsweise von der „populären“ hinsichtlich der Anzahl Unbeliebtesten-Nennungen, die „zurückgewiesene“ Gruppe hatte am wenigsten Beliebtesten-Nennungen und am meisten Unbeliebtesten-Nennungen (ebd., 749f). Die Gruppe der Kinder, die sowohl verhaltensauffällig als auch depressiv waren, waren mit grösserer Wahrscheinlichkeit in der Gruppe der „Zurückgewiesenen“ oder der „Kontroversen“, ähnlich wie die Kinder, die ausschliesslich verhaltensauffällig waren. Darüber hinaus erhielten die Mädchen und Jungen der komorbiden Gruppe kaum je den Status „populär“, „vernachlässigt“ oder „durchschnittlich“. Soziometrisch gesehen, sind die Kinder der komorbiden Gruppe ähnlicher der verhaltensauffälligen Gruppe als der depressiven Gruppe (Cole & Carpentieri, 1990).

In der Mobbing-Forschung hat sich gezeigt, dass Kinder und Jugendliche, die aggressiv sind gegen andere Kinder und Jugendliche oder andere plagen, selbst oft auch Opfer sind, sog. Täter-Opfer oder aggressive Opfer (Alsaker, 2003, 61). Unnever (2005) ging deshalb der Frage nach, ob sich Täter, Täter-Opfer und Opfer im Hinblick auf verschiedene Dimensionen, wie z.B. Häufigkeit und Qualität des Plagens, Freundschaften, schulische Leistungen etc., in drei voneinander abgrenzbare Gruppen unterscheiden lassen. Er stellte fest, dass aggressive Opfer mit grösserer Wahrscheinlichkeit schlechtere Schulleistungen zeigten als Täter und Opfer. Darüber hinaus hatten aggressive Opfer – ähnlich wie die Gruppe der Opfer – bedeu-

tend weniger Freunde als die Gruppe der Täter. Ähnliche Ergebnisse präsentieren Alsaker und Nägele (eingereicht) aus ihrer Studie mit Kindergartenkindern. Auch in ihrer Studie zeigten die Opfer und die Täter-Opfer (od. aggressiven Opfer) ein vergleichbar niedriges Ausmass an Akzeptanz der Peergruppe, wenngleich wohl aus unterschiedlichen Gründen.

Diese Befunde könnten für die vorliegende Arbeit insofern von Bedeutung sein, als dass die Gruppe der aggressiven Kinder und Jugendlichen – weniger homogen ist als angenommen. Oder anders gesagt, dass die Hypothese der sozialen Zurückweisung – wie auch das weiter unten erläuterte Failure-Modell – vielleicht nicht bei allen aggressiven bzw. antisozialen Kindern und Jugendlichen herangezogen werden kann, sondern eben lediglich auf eine Subgruppe, z.B. die aggressiven Opfer, zutrifft.

Beziehung zu den Eltern. Eine Untersuchung an weder als aggressiv noch depressiv diagnostizierten Jugendlichen, die das Ausmass ihrer Wut selbst einschätzen mussten, zeigte folgende Befunde: Diejenigen Jugendlichen, die sich manchmal als so wütig einschätzten, dass sie fürchteten, gewalttätig werden zu können, berichteten nicht nur bedeutend häufiger deprimiert zu sein, sie berichteten auch weniger enge Beziehungen zu ihren Eltern und weniger Unterstützung durch diese zu erhalten als Jugendliche, die dieses Ausmass an Wut und potenzieller Gewalt nicht kannten (Silver, Field, Sanders, & Diego, 2000). Ausgehend von der Hypothese der sozialen Zurückweisung (Kusch & Petermann, 1997; vgl. oben) spielen nach Waligora (2003) soziale Beziehungen und das Ausmass an wahrgenommener Unterstützung eine entscheidende Rolle im Zusammenspiel von aggressivem Verhalten und internalisierenden Symptomen (insb. depressiven Symptomen und subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden). In ihrer Längsschnittstudie konnte die Autorin zeigen, dass normbrechendes Verhalten bei weiblichen Jugendlichen in einem signifikanten positiven Zusmmenhang steht mit depressiven Symptomen. Das normbrechende Verhalten wurde – wie auch in der vorliegenden Studie – anhand einer Skala von Loeber, Stouthamer-Loeber, van Kammen und Farrington (1989) gemessen, die abweichende Verhaltensweisen im schulischen und ausserschulischen Kontext erfasst. Bei Jungen war der Zusammenhang zwischen normbrechendem Verhalten und depressiven Symptomen nur von der Tendenz her zu beobachten. Die soziale Unterstützung der Eltern korrelierte ihrerseits bei beiden Geschlechtern mit weniger normbrechendem Verhalten. Gemeinsam trugen normbrechendes Verhalten und weniger elterliche Unterstützung bei Mädchen – nicht aber bei Jungen – zur Vorhersage depressiver Symptome zu einem späteren Messzeitpunkt bei. Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten zusammen mit wenig wahrgenommener Unterstützung der Eltern scheinen somit, insbesondere bei Mädchen, auf spätere oder bereits vorhandene internalisierende Symptome hinzudeuten (Waligora, 2003).

Interaktion zwischen der Beziehung zu den Eltern und dem Geschlecht. Eine ähnlich wichtige Rolle haben auch Barnow et al. (2000) den Eltern (aggressiver) Jugendlicher zugeschrieben, wenngleich ihre Ergebnisse teilweise in eine etwas andere Richtung gehen. Sie

untersuchten die Bedeutung psychosozialer Risiken in der Kindheit für die Entwicklung aggressiven Verhaltens im Jugendalter. Dabei konnten sie zeigen, dass aggressive Jugendliche im Vergleich zu nicht aggressiven Jugendlichen bedeutend mehr psychosoziale Belastungen in der Kindheit aufwiesen, dass jedoch zur Vorhersage von späterem aggressivem Verhalten eher langfristig wirkende negative Lebensbedingungen, darunter z.B. streng strafende und emotional ablehnende Eltern eine Rolle spielen. Darüber hinaus untersuchten Barnow et al. (2000) den Zusammenhang von aggressivem Verhalten und psychischer Gesundheit. Dabei zeigte sich ein interessanter Geschlechtsunterschied, welcher sich stark von den Ergebnissen von Waligora (2003) unterscheidet: Während aggressive Jungen im Vergleich zu nicht aggressiven Jungen mehr Ängste, Depressionen, Aufmerksamkeitsstörungen usw. zeigten, unterschieden sich aggressive Mädchen in Bezug auf ihre selbst berichtete psychische Gesundheit nicht von den nicht aggressiven Geschlechtsgenossinnen (Barnow et al., 2000, 108). Das heisst, aggressives Verhalten scheint sich bei Mädchen mit psychosozialen Traumatisierungen bzw. negativen familiären Bedingungen in Bezug auf psychische Störungen protektiv ausgewirkt zu haben. Barnow et al. (2000, 108) ziehen die Möglichkeit in Betracht, dass bei diesen Mädchen aggressives Verhalten als kompetente Bewältigungsstrategie verstanden werden kann, indem ihr Verhalten eher zu sozialer Unterstützung und vermehrter Zuwendung führt. Wahrscheinlich nicht zuletzt auch dadurch, dass – im Vergleich zu den aggressiven Jungen – weniger körperliche Gewalt und Kriminalität mit im Spiel ist (Barnow et al., 2000). Dazu passen auch die Befunde bzw. Annahmen von Odgers et al. (2005) und Abram et al. (2003), die davon ausgehen, dass Mädchen vorerst weniger harsch sanktioniert werden und sich sehr viel auffälliger benehmen müssen, damit sie überhaupt mit der Justiz in Kontakt kommen (vgl. oben). Das heisst, Mädchen erfahren vielleicht eher eine Art von Zuwendung und Aufmerksamkeit, die es ihnen ermöglicht, mit ihren Problemen und Belastungen klar zu kommen. Gleichzeitig scheint es aber auch so zu sein, dass Mädchen und Jungen unterschiedlich auf Belastungen reagieren. Heaven, Newbury und Mak (2004) konnten an einer Stichprobe von 276 Jugendlichen dreier katholischer High Schools in Australien im Alter zwischen 15 und 16 Jahren und ihren Eltern (N = 274) zeigen, dass physische Erziehungspraktiken des Vaters signifikant mit dem Geschlecht der Kinder bzw. Jugendlichen interagierten. Wenn das Ausmass an physischen Erziehungspraktiken des Vaters zunahm, nahm auch das Ausmass delinquenten Verhaltens bei Jungen zu, während bei Mädchen gerade ein gegenteiliger Effekt zu verzeichnen war: Je höher das Ausmass an physischen Erziehungspraktiken des Vaters, desto weniger delinquentes Verhalten zeigten die Mädchen. Das Ausmass an väterlicher Wärme interagierte ebenfalls in bedeutsamer Weise mit dem Geschlecht: Wenig väterliche Wärme ging mit einem höheren Ausmass an Depression bei den Jugendlichen einher, wobei dieser Effekt besonders ausgeprägt war für Mädchen (Heaven et al., 2004, 181).

Wie wichtig *elterliche Akzeptanz* für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen darstellt, konnten auch Rohner und Britner (2002) in ihrem Review darstellen. Sie

konnten zeigen, dass elterliche Zurückweisung weltweit, also in unterschiedlichen Ländern und Kulturen (bei mehr als 100 Gesellschaften und mehreren tausend Befragten), mit den drei psychischen Störungsbereichen Depression, Problemverhalten (inkl. CD, externalisierndes Verhalten und Delinquenz) und Substanzmissbrauch signifikant korreliert ist. Obwohl darunter auch längsschnittliche Studien zeigten, dass elterliche Zurückweisung häufig prospektiv diese Störungen vorherzusagen vermochten, ist damit nicht bewiesen, dass es sich dabei um eine kausale Beziehung handelt. Es kann beispielsweise nicht ausgeschlossen werden, dass verhaltensgenetische Faktoren mit eine Rolle spielen, indem zurückweisende Eltern und ihre verhaltensauffälligen Kinder Gene teilen, die sowohl Zurückweisung als auch psychische Probleme begünstigen (Rohner & Britner, 2002, 37).

Während es für Kusch und Petermann (1997) – und andere oben zitierte Autorinnen und Autoren – die aus dem aggressiven oder anderswie antisozialen Verhalten resultierende soziale Zurückweisung und Isolation sind, die Kinder und Jugendliche in der Folge depressiv werden lassen, stellen diese Faktoren nur ein Teil des Erklärungsmodells – dem Failure-Modell von Patterson und Mitarbeitenden – dar.

Failure-Modell. Patterson, De Baryshe und Ramsey (1989) publizierten ein Entwicklungsmodell antisozialen Verhaltens, welches davon ausgeht, dass ineffektives, dysfunktionales elterliches Erziehungsverhalten (z.B. strenge, inkonsistente Disziplinierungsmassnahmen, wenig positive Eltern-Kind-Interaktionen, geringes Monitoring und schwache Supervision) mit Eltern-Kind-Interaktionen, die durch Bestrafung und Gewalt (coercive) geprägt sind, zu Verhaltensproblemen der Kinder führt. Dadurch verbauen sich die Kinder den Zugang zu positiven Sozialisationskräften – sowohl in schulischer Hinsicht als auch hinsichtlich ihrer sozialen Beziehungen –, was zu schulischem Misserfolg und Zurückweisung durch Gleichaltrige führt. Dies wiederum erhöht das Risiko für Depression und einem Engagement in einer devianten Gleichaltrigengruppe in der späten Kindheit und Adoleszenz, was beides wiederum delinquentes Verhalten begünstigt (Patterson et al., 1989). In der Weiterentwicklung dieses Modells haben sich Patterson und Capaldi (1990) gefragt, warum internalisierende Störungen (darunter z.B. Depression) oftmals auf antisoziales Verhalten folgen. (Frühes) antisoziales Verhalten macht Jugendliche vulnerabel für Depression, weil ihre Verhaltensprobleme ihre schulische und soziale Entwicklung und den damit verbundenen Erwerb von Fertigkeiten empfindlich stören, was zu schulischen Misserfolgen, sozialer Zurückweisung und einem niedrigen Selbstwert führt und in der Folge depressive Symptome begünstigt (vgl. Patterson & Capaldi, 1990, 142). Mit einem Längsschnittsequenzen-Design haben Patterson und Capaldi (1990) dieses Failure-Modell bzw. einen Ausschnitt davon anhand einer jüngeren, männlichen Stichprobe empirisch überprüft und gezeigt, dass ein Zusammenhang besteht zwischen schulischem Misserfolg (oder geringen akademischen Fertigkeiten) und depressiver Verstim-

mung, welcher durch Zurückweisung durch Gleichaltrige mediiert wird. Dieses Modell erklärte 58% der Varianz, wobei niedriger Selbstwert keine zusätzliche Varianz erklärte. Schlussfolgernd gehen Patterson und Capaldi (1990, 159) davon aus, dass für die depressive Verstimmung von Jungen Zurückweisung durch ihre Peers die zentrale Determinante sein dürfte. In den Nachfolge-Studien konnten Capaldi (1991) und Capaldi (1992) das Failure-Modell bestätigen, wonach Jungen mit einer Störung des Sozialverhaltens bzw. antisozialem Verhalten im Allgemeinen ein erhöhtes Risiko haben, in der Entwicklung schulischer Fertigkeiten und Beziehungen zu Eltern und Gleichaltrigen zu versagen. Dabei führen die Verhaltensprobleme der Kinder und Jugendlichen zu einem breiten Spektrum von Anpassungsproblemen, wovon eines die depressive Verstimmung darstellt. Capaldi (1992) konnte zeigen, dass Verhaltensprobleme in der 6. Klasse eine Zunahme depressiver Symptome in der 8. Klasse vorhersagen, während depressive Symptome in der 6. Klasse keine Vorhersagekraft für spätere Verhaltensprobleme besassen. Darüber hinaus führten fehlende Fertigkeiten im schulischen und sozialen Bereich und antisoziales Verhalten zu anhaltenden Misserfolgen und einer Vulnerabilität für depressive Verstimmung (Capaldi, 1992, 143). Capaldi (1992) zieht die Schlussfolgerung, dass Verhaltensprobleme bei Jungen in der frühen Adoleszenz ein schwerwiegender Risikofaktor darstellt, der mit zunehmenden Misserfolgen in multiplen Bereichen zusammenhängt und zu depressiven Symptomen führt. Wenn Verhaltensprobleme mit depressiven Symptomen zusammen auftreten, sind Jungen noch stärker gefährdet, in sozialer und schulischer Hinsicht zu versagen und einen niedrigen Selbstwert zu entwickeln. Die Verzweiflung, die aus diesem Versagen resultiert, zeigt sich auch in einem hohen Ausmass an suizidalen Gedanken (Capaldi, 1992, 143).

Begleitende Probleme. Ergänzend zur Auffassung von Patterson und Capaldi (1990) sind die zusätzlichen Faktoren, die das antisoziale Verhalten begleiten, bedeutsam (Abikoff & Klein, 1992). Dabei scheint die Komorbidität von Störung des Sozialverhaltens und Aufmerksamkeits- / Hyperaktivitätsproblemen (z.B. ADHD) besonders problematisch zu sein, weil sie mit einer defizitären sozialen Informationsverarbeitung (z.B. Entschlüsselung und Verwendung von sozialen Hinweisreizen) einher geht. Das gleichzeitige Auftreten einer Störung des Sozialverhaltens und einer ADHD weist mehr negative Merkmale auf als die je alleine auftretenden Störungen. Die negativeren Merkmale zeigen sich in Form einer schwereren Symptomatik, eines grösseren Risikos für spätere antisoziale Störungen, von mehr elterlicher Psychopathologie und psychosozialen Widrigkeiten und mehr Zurückweisung durch Gleichaltrige (Abikoff & Klein, 1992). Das Ausmass der Begleitprobleme der Störung des Sozialverhaltens kann als kritischer Faktor betrachtet werden. Gemäss Angold, Costello und Erkanli (1999) deutet die Befundlage darauf hin, dass die Begleiterscheinungen der Störung des Sozialverhaltens, z.B. chronische Schwierigkeiten, kritische Lebensereignisse und Ärger, eine Depression verursachen können. Dieser Befund lässt die Hypothese zu, dass Individuen, die weniger Begleitprobleme des antisozialen Verhaltens haben, weniger unter depressiven Symptomen zu leiden haben (Angold, et al., 1999, 73).

Ungünstige Lebenseinflüsse. Die Befundlage, die zeigt, inwiefern ungünstige Lebensereignisse mit Depression zusammenhängen, schätzt Zoccolillo (1992) im Gegensatz zu Angold et al. (1999) als weniger gesichert und eindeutig ein. Zoccolillo (1992, 553) ist – ähnlich wie Rutter (2001) – zwar der Auffassung, dass antisoziale Menschen (insb. solche mit einer Störung des Sozialverhaltens oder einer antisozialen Persönlichkeitsstörung) mit ihren Verhaltensproblemen sehr wohl ungünstige Lebensereignisse und –bedingungen verursachen (z.B. Inhaftierung, Trennung, schulischer Misserfolg), dass damit jedoch noch nicht der ganze Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und Depression erklärt werden kann. Der bereits weiter oben zitierte Befund von Aguilar et al. (2000) deutet beispielsweise auch darauf hin, dass das Failure-Modell nicht alleine oder nicht in jedem Fall antisozialen Verhaltens eine ausreichende Erklärung bietet.

Failure-Modell und Typen antisozialen Verhaltens. Gemäss dem Failure-Modell müssten Kinder und Jugendliche, die anhaltend antisozial sind im Vergleich zu Jugendlichen, die lediglich vorübergehend im Jugendalter antisozial werden, bedeutend häufiger depressive Symptome zeigen. Vermeiren, Schwab-Stone et al. (2002, 147) gehen jedoch – aufgrund ihrer eigenen empirischen Befunde – davon aus, dass Delinquente mit einer depressiven Störung zu den Adoleszenz begrenzten Delinquenten gehören (vgl. oben). Dazu ziehen sie auch den Befund von Aguilar et al. (2000) heran, die angeblich nachweisen konnten, dass Jugendliche, die das erste Mal im Jugendalter antisozial wurden (*adolescence-onset* – AO) mit 16 Jahren höhere Raten internalisierender Probleme (darunter z.B. auch Depression, Ängstlichkeit, somatische Beschwerden) und von mehr Stressfaktoren im täglichen Leben berichtet hätten als die Jugendlichen, die früh antisozial wurden und dies auch blieben (*early-onset / persistent* – EOP). Etwas genauer betrachtet, kann man aber sehen, dass dieser Unterschied statistisch nicht bedeutsam und über die Kindheit hinweg gesehen sogar gegenteiliger Natur ist: Die AO-Jugendlichen zeigten während ihrer Kindheit signifikant weniger internalisierende Probleme als die EOP-Jugendlichen. Interessant daran ist nun, dass bei einem Vergleich der internalisierenden Probleme über die Kindheit hinweg im Alter von 16 Jahren bei den AO-Jugendlichen als einzige Gruppe eine Zunahme, während bei den anderen Gruppen eine Abnahme – wenn wohl auch keine statistisch bedeutsame – zu verzeichnen ist (vgl. Aguilar et al., 2000, Tab. 3, 124). Ob es sich dabei um eine signifikante Interaktion von Alter und Gruppe (AO vs. EOP) handelt, war nicht Fragestellung der Publikation von Aguilar et al. (2000) und wurde an dieser Stelle deshalb auch nicht statistisch überprüft.

Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist, warum die Jugendlichen, die bereits als Kinder antisozial auffällig waren, in der Stichprobe von Aguilar et al. (2000) mit 16 Jahren nicht depressiver sind als diejenigen, die zum ersten Mal im Jugendalter antisozial wurden. Gemäss dem Failure-Modell würde man erwarten, dass die EOP-antisozialen Jugendlichen eine Biografie von Zurückweisung und Misserfolgen haben und aus diesem Grund depressiver sind als AO-antisoziale. Darüber hinaus gehen beispielsweise Moffitt et al. (2001)

davon aus, dass die EOP-Jugendlichen nebst neuropsychologischen Defiziten mit grösserer Wahrscheinlichkeit auch in ungünstigen familiären Bedingungen leben (z.B. niedrigerer sozioökonomischer Status, psychische Störungen der Eltern etc.), die ihnen wenig soziale Unterstützung bietet. Das heisst, diese Jugendlichen müssten aus verschiedenen Gründen depressiver sein als die angepassten Jugendlichen, deren soziale und kognitive Entwicklung in der Kindheit nicht durch systematisch abweichendes Verhalten gestört wurde. Die AO-Jugendlichen bringen soziale und kognitive Fertigkeiten mit, die sie durchaus lebenstauglich machen. Dennoch kann es sein, dass sie nun durch ihr antisoziales Verhalten auf Ablehnung, Zurückweisung und Sanktionen durch ihre Umwelt stossen. Diese neue Erfahrung erlebter Ablehnung, Zurückweisung und Sanktionen aus einer Umgebung, die ansonsten als unterstützend wahrgenommen wurde, könnte als irritierend empfunden werden und neue Anpassungsleistungen von Seiten der Jugendlichen erfordern. Interessant wäre es in diesem Zusammenhang zu prüfen, ob die Jugendlichen der Stichprobe von Aguilar et al. (2000) zwei bis drei Jähre später – nachdem entsprechende Anpassungsleistungen von gesunden Jugendlichen vollbracht sein dürften – nach wie vor keine Unterschiede betreffend Depressivität – in der erwarteten Richtung – zu erkennen sind.

Frühe ungünstige Lebensbedingungen und elterliche Erziehungsqualität. Interessanterweise konnten Aguilar et al. (2000) auch nachweisen, dass sich die beiden Gruppen AO vs. EOP im Gegensatz zu Moffitts (1993) Annahme in frühen Jahren lediglich durch ihre psychosoziale Situation unterscheiden, nicht aber durch ihr Temperament oder neuropsychologisches Funktionieren (Aguilar et al., 2000, 127). Das könnte vielleicht damit zu tun haben, dass die Gruppe der EOP-antisozialen Jugendlichen heterogener ist als ursprünglich angenommen und längst nicht alle mit neuropsychologischen Defiziten zu kämpfen haben. Quinsey, Skilling, Lalumière und Craig (2004) unterteilen beispielsweise anhaltend Antisoziale in zwei Typen, einen pathologischen und einen nicht pathologischen. Der pathologische Typ ist vergleichbar mit dem lebenslang antisozialen Typen von Moffitt (1993, *life course persistent* – LCP – im Gegensatz zum auf das Jugendalter beschränkt antisozialen Typ, *adolescence limited* – AL), der z.B. auch neuropsychologische Defizite aufweist. Der nicht pathologische Typ hat sich evolutionspsychologisch gesehen in adaptiver Weise die Nischen in einer an sich sozialen und kooperativen Gesellschaft zunutze gemacht (vgl. Quinsey et al., 2004, 93ff.).

Aguilar et al. (2000) konnten darüber hinaus zeigen, dass anhaltend antisoziale Jugendliche eine niedrigere sprachliche Ausdrucksfähigkeit aufwiesen, sowohl in der Kindheit als auch im Jugendalter, jedoch nicht im Vorschulalter. Die Forschenden gehen davon aus, dass in den ersten vier bis fünf Lebensjahren insbesondere exogene Faktoren ein Kind auf einen antisozialen Pfad bringen. So erachten sie Armut und andere Umweltstressfaktoren als einen ökologischen Kontext für die Entwicklung von aggressivem und antisozialem Verhalten. In einem Kontext, der durch Armut und andere Stressfaktoren gekennzeichnet ist, sind Eltern negativen Erfahrungen ausgesetzt, über die sie keine Kontrolle mehr haben. In diesen Situa-

tionen werden Eltern für ihre Kinder weniger gut erreichbar und sie wenden mit grösserer Wahrscheinlichkeit strenge und (physisch und psychisch) bestrafende Erziehungsmethoden an. Diese Merkmale elterlichen Erziehungsstils stehen ihrerseits wiederum in Zusammenhang mit aggressivem und antisozialem Verhalten. Dabei scheint gemäss neueren Theorien in Zusammenhang mit Armut und antisozialem Verhalten der elterlichen Erziehungsqualität eine mediierende Rolle zuzukommen (Aguilar et al., 2000, 128).

Die Befunde von Aguilar et al. (2000, 130) implizieren, dass ab Geburt die psychosoziale Situation eines Menschen den herausragendsten Einfluss auf die Entwicklung des früh und anhaltend antisozialen Verhaltens hat. Hinsichtlich der Befundlage der Jugendlichen, die erst im Jugendalter antisoziales Verhalten zeigen, besteht mehr Ungewissheit. Die Daten von Aguilar et al. (ebd.) können keine Auskunft geben darüber, inwiefern antisoziales Verhalten oder stressreiche Lebensereignisse und internalisierende Symptome als Bedingung fungieren. Was für die Autoren jedoch klar ist, ist dass die Hypothese, dass jugendliches antisoziales Verhalten, welches auf das Jugendalter begrenzt bleibt, als nicht pathologisch oder gar normativ betrachtet werden kann, durch zusätzliche Forschung belegt werden müsste (Aguilar et al., 2000).

1.2.4 Erklärungsmodell gemeinsamer Risikofaktoren und -mechanismen

In den späten 1970er und zu Beginn der 1980er Jahre wurde das sogenannte *indirekt-kausale* Erklärungsmodell diskutiert, welches die Beziehung zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen als über eine dritte Variable vermittelt verstand (vgl. dazu Abbildung 2). In dieser Zeit wurde auch anerkannt, dass Depression in der Kindheit und im Jugendalter vorkommen kann und mit der erwachsenen Depression vergleichbar ist (Ben-Amos, 1992; Berrios, 1996; Essau, 2002). Im Zuge der Anerkennung der Depression als klinisches Phänomen bemühte man sich auch, reliable Erfassungsinstrumente zu erstellen und verschiedene depressive Störungsbilder zu unterscheiden. Dazu gehörte auch ein Interesse für Zusammenhänge zwischen depressiven Phänomenen, antisozialem Verhalten und anderen Störungen (Ben-Amos, 1992, 192).

Den Begriff des *indirekt-kausalen* Erklärungsmodells finde ich in zweierlei Hinsicht verfänglich: Einerseits impliziert er, dass eine indirekt kausale Beziehung besteht zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen, was meines Erachtens nicht das wiedergibt, was diese Modelle abzubilden versuchen, nämlich die Verbindung der beiden Problembereiche *durch eine dritte Variable*. Andererseits grenzt sich dieser Begriff zu wenig eindeutig von anderen Modellvorstellungen mit *kausaler* Beziehung ab, die teilweise auch indirekt-kausale Zusammenhänge abbilden, z.B. die soziale Zurückweisungshypothese (vgl. oben). Da es sich bei den Drittvariablen um gemeinsame Risikofaktoren oder –mechanismen handelt, werde ich in der Folge von einem *Erklärungsmodell gemeinsamer oder geteilter Risikofaktoren und –mechanismen* sprechen.

In diesem Zusammenhang ist die These interessant, dass alle psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter aus den gleichen pathogenetischen Prozessen resultieren. Varianten dieser Vorstellung sind, dass beispielsweise depressive und Angstsymptome alternative Ergebnisse des gleichen zugrundeliegenden pathogenetischen Prozesses repräsentieren, der sich jedoch unterscheidet von demjenigen anderer Störungen, z.B. der Störung des Sozialverhaltens. Eine andere Variante wiederum ist die Vorstellung, dass depressive und Angstsymptome unspezifisch aus einer Reihe pathogenetischer Mechanismen resultieren, welche auch in anderen Symptomen reflektiert werden, z.B. der CD (Angold & Costello, 1993).

Die Vorstellung, dass psychische Störungen multifaktorielle Entstehungsbedingungen haben und viele kausale Faktoren als nicht störungsspezifisch zu betrachten sind (Caron & Rutter, 1991, 1073), entspricht der heute gängigen Lehrmeinung (vgl. Vulnerabilitäts-Stress-Modelle, z.B. Wittchen & Hoyer, 2006, 20). Allerdings ist in den meisten Fällen zu prüfen, ob der gemeinsame Risikofaktor-Mechanismus tatsächlich die Komorbidität zweier (oder mehrerer) Störungen erklärt. Dazu braucht es Studien, die die Komorbidität vor und nach dem (statistischen) Auspartialisieren geteilter Risikofaktoren betrachten (Caron & Rutter, 1991, 1073).

Wenn man von einem *geteilten Risiko-Mechanismus* spricht, so brauchen die Risikofaktoren nicht zwingend für beide Störungen die gleichen zu sein. In einer Variante dieses Mechanismus‘ können die Risikofaktoren verschieden und distinkt, jedoch untereinander verbunden sein. Als Beispiel hierfür nennen Caron und Rutter (1991) die *elterliche Depression*. Diese kann als Risikofaktor der kindlichen Depression betrachtet werden, ebenso aber auch als Risikofaktor für familiäre Streitigkeiten. Diese wiederum fungieren als Risikofaktor für die Störung des Sozialverhaltens. Das heisst, elterliche Depression (für kindliche Depression) und familiäre Streitigkeiten (für kindliche CD) sind zwei verschiedene und distinkte Risikofaktoren, die aber untereinander verbunden sind (vgl. Abbildung 5).

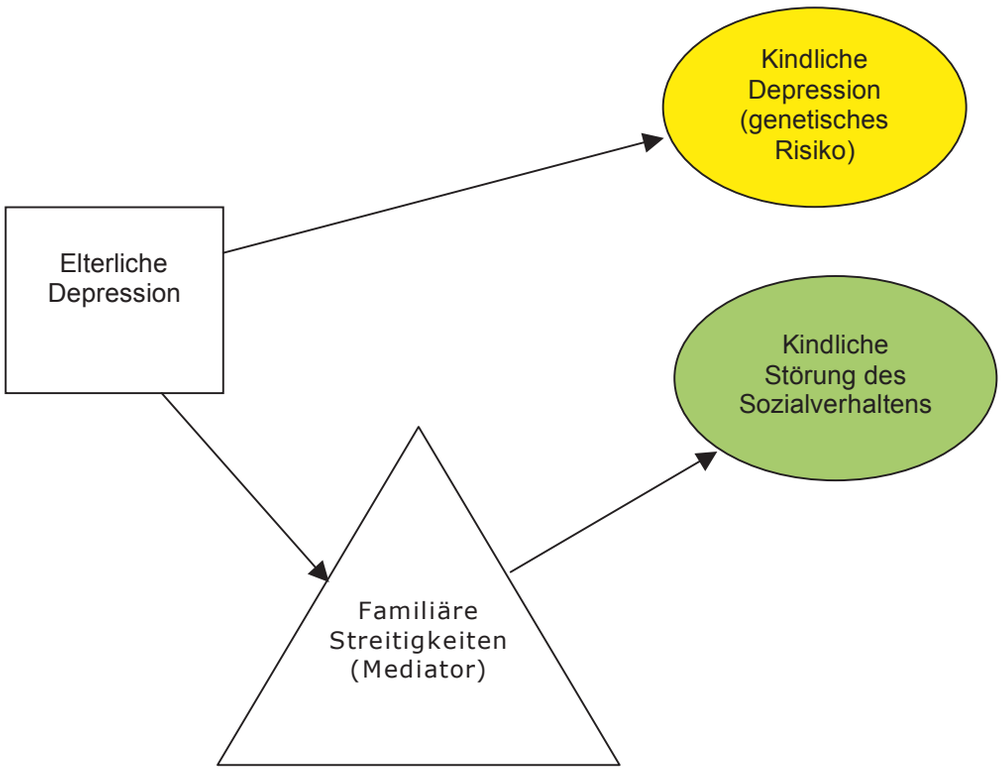

Abbildung 5: Beispiel zweier distinkter Risikofaktoren (elterliche Depression und familiäre Streitigkeiten), die untereinander verbunden sind (nachgezeichnet nach Caron & Rutter, 1991, 1073f.)

Aus diesem Grund kann man auch von *überlappenden* Risikofaktoren sprechen. Zur Prüfung des oben dargestellten Modells (vgl. Abbildung 5) müsste Komorbidität getestet werden, indem die beiden Pfade in die Berechnung mit eingehen (familiäre Streitigkeiten als Mediatorvariable). Das bedeutet, dass Komorbidität nicht mehr bestehen sollte, wenn gleichzeitig familiäre Harmonie und Kohäsion gegeben sind (Caron & Rutter, 1991). Zum besseren Verständnis solcher Zusammenhänge braucht es auch familiengenetische Studien. Die dazugehörige Notwendigkeit der Rekrutierung von Familien mit entsprechend komplexen Mustern von Psychopathologie kompliziert sowohl die Durchführung als auch die Analyse dieser Studien (Angold & Costello, 1993, 461). Dennoch sind in der Literatur einige Risikofaktoren und Risikomechanismen beschrieben, die sowohl von antisozialem Verhalten als auch depressiven Symptomen geteilt werden sollen. Diese werden nachfolgend dargestellt.

1.2.4.1 Geteilte Risikofaktoren und Risikomechanismen

Die in der Literatur beschriebenen gemeinsamen oder geteilten Risikofaktoren werden nachfolgend in die beiden Kategorien *intraindividuelle* Faktoren und Faktoren in der *sozialen Umwelt* eingeteilt.

Intraindividuelle Faktoren.

In den späten 1970er Jahren wurde (jugendlichen) Straftätern mit grösserer Wahrscheinlichkeit eine Persönlichkeitsstörung attestiert, ebenso die Diagnosen Drogen- und Alkoholmissbrauch, Major Depression oder andere affektive Störungen. Dem wurde die Annahme zugrunde gelegt, dass sowohl das antisoziale Verhalten als auch die Depression als sekundär zu den primären Prozessen, insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Erscheinung treten (Ben-Amos, 1992, 193). Dabei ging man davon aus, dass insbesondere frühe Deprivation zu einer pathologischen Persönlichkeitsstruktur führt, welche ihrerseits antisoziales Verhalten und Depression begünstigen. Obwohl klinisch-pharmakologische Behandlungsstudien auf eine Verbindung zwischen (Borderline-) Persönlichkeitsstörung, Störung des Sozialverhaltens und affektiven Störungen hindeuten (Borderline-Patienten und Patienten mit Störung des Sozialverhaltens sprechen auf die pharmakologische Behandlung in gleicher Weise an wie Patienten mit affektiven Störungen), können doch grundsätzliche Vorbehalte an dieser Vorstellung ausgemacht werden: Einerseits dürfte frühe Deprivation weder eine notwendige noch eine hinreichende oder spezifische Voraussetzung für Persönlichkeitsstörungen darstellen. Andererseits ist das Modell zu allgemein, um der Komplexität des Phänomens gerecht zu werden. Beispielsweise wird in diesem Modell nicht zwischen den unterschiedlichen Typen affektiver Störungen (unipolar vs. bipolar etc.) unterschieden (Ben-Amos, 1992).

Biologische und genetische Risikofaktoren. Ebenfalls zur Diskussion stehen geteilte *biologische* und *genetische* Risikofaktoren. Weisbrot und Ettinger (2002) stellen in einem Review das aktuelle Verständnis der multidimensionalen Beziehungen zwischen Aggression und affektiven Störungen dar. In diesem Zusammenhang erläutern sie mögliche Gemeinsamkeiten biologischer Mechanismen von Aggression und Depression, beispielsweise über den Neurotransmitter Noradrenalin, welcher in Verbindung gebracht wird mit Erregung und Reaktivität auf Umweltreize. Dabei soll eine erhöhte Reaktivität zu affektiver Instabilität, Reizbarkeit und einer Neigung zu Aggression führen. In Kombination mit einem Serotonin-Defizit – so Weisbrot und Ettinger (2002) – kann ein erhöhter Noradrenalin-Spiegel zu einer Neigung zu nach aussen gerichteter impulsiven Aggression, während ein niedriger Noradrenalin-Spiegel zu einer Neigung zu nach innen gerichteter Aggression und damit zu Depression und möglicherweise auch gewaltsamen, aggressiven Suizidversuchen führen (Weisbrot & Ettinger, 2002, 652). Auf solche Neurotransmitter-Systeme scheinen Gene mit einen Einfluss zu haben. O'Connor, McGuire, Reiss, Hetherington und Plomin (1998, 33) konnten in ihrer familiengenetischen Studie zeigen, dass genetische Einflüsse nicht nur je der Entwicklung antisozialen

Verhaltens und depressiver Phänomene zugrunde liegen, sondern auch beim gleichzeitigen Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen mit eine Rolle spielen (vgl. Abbildung 6).

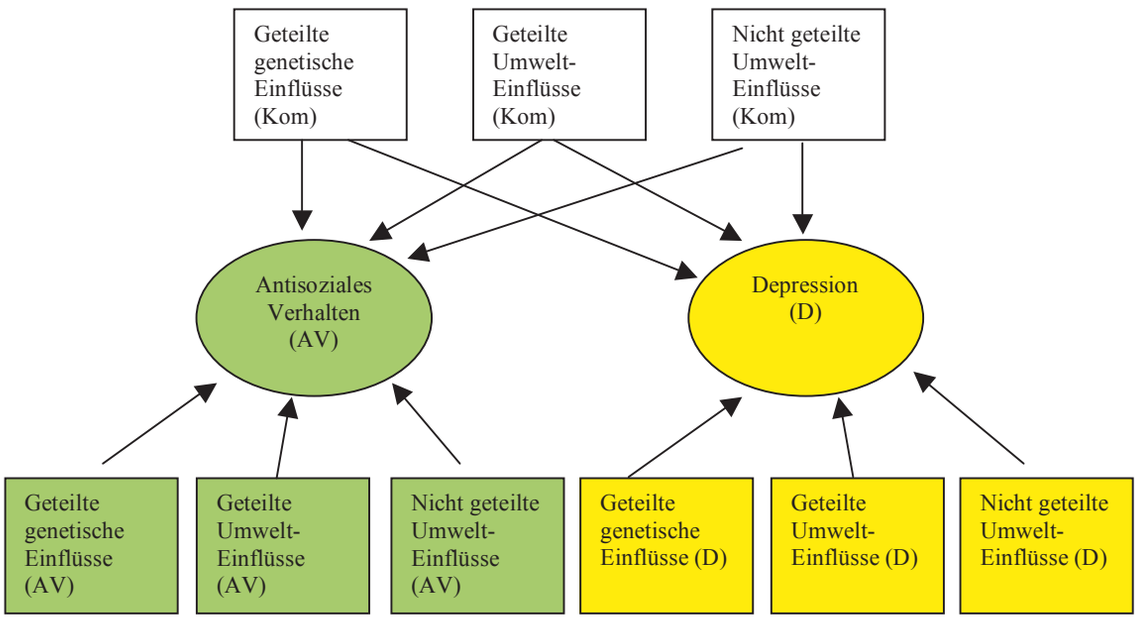

Abbildung 6: Bivariates verhaltensgenetisches Modell, adaptiert nach O'Connor, McGuire et al. (1998, 33)

Wie im Modell (vgl. Abbildung 6) dargestellt, gibt es einerseits geteilte genetische, geteilte und nicht geteilte Umwelt-Einflüsse auf die Komorbidität von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen. Andererseits existieren für das antisoziale Verhalten und depressive Symptome auch je spezifische geteilte genetische, geteilte und nicht geteilte Umwelt-Einflüsse. Dabei erklären in der Studie von O'Connor, McGuire et al. (1998) ungefähr 45% der Varianz der Komorbidität von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen durch genetische Einflüsse. Welche genetisch beeinflussenden Prozesse diesen gemeinsam auftretenden Symptomen jedoch zugrunde liegen könnten (z.B. eben Neurotransmitter-Systeme) und ob dieses geteilte genetische Risiko auch von anderen Störungen (z.B. ADHD) geteilt wird, muss weiter erforscht werden (O'Connor, McGuire et al., 1998, 34).

Darüber hinaus scheinen Gene nicht nur für das gemeinsame Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiven Phänomenen mit verantwortlich zu sein, sondern auch für die Kontinuität dieser Komorbidität (O'Connor, Neiderhiser, Reiss, Hetherington, & Plomin, 1998). Aus diesen und eigenen verhaltensgenetischen Befunden – zu Depression und Angststörungen bzw. aggressivem und nicht aggressivem antisozialen Verhalten – schliesst Eley

(1997, 95), dass Gene möglicherweise einen eher *allgemeinen Einfluss* auf psychische Probleme ausüben und weniger spezifisch bestimmte Störungen hervorbringen. Dabei könnte der spezifischen *phänotypischen* Ausprägung grösseres Gewicht zukommen. Als Beispiel nennt sie, dass ein bestimmtes Gen eine Person prädisponieren könnte, auf ein stressvolles Ereignis emotional zu reagieren, ob jedoch eher eine Depression oder Angst resultiert, könnte unter anderem von der Art des involvierten Stressors abhängen (Eley, 1997, 91).

Sozio-emotionale Risikofaktoren. In den Bereich der *sozio-emotionalen* Risikofaktoren gehören ein niedriges Selbstwertgefühl, defizitäre und schwach entwickelte soziale (Problemlöse-)Fertigkeiten, Rückzug aus sozialen Beziehungen und soziale Isolation (Kusch & Petermann, 1997; Reinecke, 1995).

Gemäss Reinecke (1995, 307) können sowohl antisoziales Verhalten als auch depressive Phänomene auf Defizite in der Entwicklung von Emotionsregulationskapazitäten zurückgeführt werden. Der Erwerb von Kompetenzen der Emotionsregulation ist eine wichtige Aufgabe der emotionalen Entwicklung in der Kindheit und im Jugendalter. Können diese Kompetenzen nicht erworben werden, so scheint dies mit bedeutsamer Psychopathologie zusammenzuhängen (Reinecke, 1995, 307). Die Parallelen zwischen antisozialem Verhalten (insb. CD) und Depression hinsichtlich Defiziten in der Emotionsregulation äussern sich in der anhaltenden Tendenz beider, auf emotionsinduzierte Ereignisse in einem hohen Ausmass an Affekt oder Affektintensität zu reagieren und ineffektive Strategien der Emotionsregulation anzuwenden (Reinecke, 1995, 307).

Kusch und Petermann (1997) beschreiben gemeinsame kognitive Verarbeitungsmuster, insbesondere solche der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung als sowohl der Aggression als auch der Depression zugrundeliegende Wirkmechanismen. Dabei scheinen z.B. systematische Verzerrungen in der Enkodierung von Hinweisreizen, von Attributionsprozessen und der Auswahl von Reaktionsalternativen sowohl bei Aggression als auch bei Depression vorzuliegen (Kusch & Petermann, 1997, 218). In ähnlicher Weise beschreibt auch Dodge (1993) auf der Grundlage seiner Theorie der sozialen Informationsverarbeitung inwiefern die soziale Informationsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens bzw. einer depressiven Störung systematisch verzerrt sein kann. Interessant an seinem Modell ist die Annahme, dass Kinder und Jugendliche (bzw. wohl auch Erwachsene) aufgrund früher Erfahrungen Wissensstrukturen aufbauen (z.B. die Welt als feindseliger Ort oder ein Repertoire an aggressiven Reaktionsmustern), die als Folie den Hintergrund der sozialen Informationsverarbeitung bilden und diese in bestimmter Weise auch verzerren können (Dodge, 1993, 578ff.). Heute weiss man auch, dass beispielsweise frühe traumatisierende Erfahrungen sich nicht „nur“ in Wissensstrukturen in Form von Überzeugungen, Einstellungen etc. wiederspiegeln, sondern dass sich diese Erfahrungen auch in strukturellen und funktionellen Veränderungen im Gehirn abbilden (z.B. reduziertes Volumen im Hippocampus) und damit zukünftige

Erfahrungen und die Reaktionen darauf mit beeinflussen können (z.B. Grawe, 2004, 158ff.; Lubman & Yücel, 2008).

Faktoren in der sozialen Umwelt.

Reinecke (1995), der die Befundlage als ungenügend betrachtet, um eine der alternativen Möglichkeiten des komorbiden Zusammenspiels (vgl. oben) auszuschliessen, zitiert Studien, die es nahe legen, von kausalen oder pathogenetischen Prozessen auszugehen, die den beiden Störungen zugrunde liegen. Darunter sind eine Reihe von sozialen und Umweltfaktoren, die in diesen Studien identifiziert werden konnten: Familiengeschichte affektiver Störungen, familiäre Streitigkeiten, Umweltstress, Geschichte inkonsistenter oder bestrafender Disziplinierung und ein feindlicher oder zurückgezogener Erziehungsstil der Eltern (Reinecke, 1995, 302). Reinecke (1995, 303) betrachtet Stress, familiäre Deprivation und elterlichen Erziehungsstil als unspezifische Faktoren, die auf die Persönlichkeitsentwicklung Einfluss nehmen und damit das Risiko sowohl für Störungen des Sozialverhaltens als auch für Depression erhöhen. Dabei beschreibt Reinecke (1995) nicht, wie dieses Zusammenspiel genau funktioniert, welcher Mechanismus dabei involviert ist. Er bemerkt jedoch, dass bestimmte Faktoren die Entwicklung spezifischer Symptome mediieren. So zum Beispiel Zugang zu sozialer Unterstützung, angemessene frühe elterliche Sorge und Beaufsichtigung und Teilnahme an familiären Aktivitäten. Diese Faktoren fungieren als Schutzfaktoren für eine Störung des Sozialverhaltens und sollen entsprechend auch Ansatzpunkte zur Intervention und Prävention liefern (Reinecke, 1995, 303). Ein weiterer, in der Literatur beschriebener geteilter Risikofaktor im Bereich Familie ist das Adoptionsalter von Kindern und Jugendlichen. Dabei scheint insbesondere eine späte adoptive Platzierung – was auf eine Geschichte von Fremdplatzierungen hindeutet – sowohl Depression als auch antisoziale Persönlichkeitsstörung und Kriminalität im Erwachsenenalter vorherzusagen (Zoccolillo, 1992, 552f.).

Die verhaltensgenetische Studie von O'Connor, McGuire et al. (1998, 34) bestätigt geteilte Umweltrisiken im Zusammenhang mit dem gemeinsamen Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen, die Effekte waren allerdings relativ gering. Da Umweltrisiken darüber hinaus nicht Fokus ihrer Studie waren, konnten sie auch keine Aussagen darüber machen, um welche konkreten geteilten Umweltrisiken es sich handelt. Anderen Daten des gleichen Projektes legen jedoch die Vermutung nahe, dass es sich hierbei um *elterliches Verhalten* handeln dürfte, insbesondere um *Feindseligkeit* und *Wärme* (O'Connor, McGuire, et al., 1998, 34).

Während die bis dahin dargestellten Studien die Vorstellung geteilter Risikofaktoren oder Risikomechanismen als Erklärung für das gemeinsame Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen unterstützen, gibt es auch Studien, deren empirische Belege dagegen sprechen. Nachfolgend sollen zwei Studien dargestellt werden.

McCord und Ensminger (1997) gingen von der Beobachtung aus, dass Gewalt, Depression und Alkoholismus sich in ähnlichen Gegenden, Familien und Individuen häufig zu clustern scheinen. Aus diesem Grund wollten sie wissen, ob gleiche Risikobedingungen diese Cluster vorherzusagen vermögen. Anhand einer längsschnittlichen (amerikanisch-afrikanischen) Hoch-Risiko-Stichprobe konnten sie zeigen, dass es nicht die gleichen (untersuchten) Risikofaktoren sind, die Gewalt, Depression und Alkoholismus vorhersagen. Frühe Aggression (in der ersten Klasse durch Lehrpersonen eingeschätzt und z.B. als sich prügeln, lügen, Regeln brechen, nicht akzeptieren von Autoritäten operationalisiert, vgl. McCord & Ensminger, 1997, 341) sagte Gewalt vorher und für Frauen auch Depression. Hohe Intelligenz sagte eine verringerte Wahrscheinlichkeit für Gewalt und Depression bei Männern, jedoch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Depression von Frauen voraus. Häufiges Fehlen in der Schule sagte eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Gewalt voraus, war jedoch unabhängig von Depression und Alkoholismus. Darüber hinaus konnten McCord und Ensminger (1997) zeigen, dass Männer mit grösserer Wahrscheinlichkeit multiplen Risikofaktoren ausgesetzt sind (vgl. dazu z.B. auch Moffitt et al., 2001). Das heisst, Frauen und Männer sind nicht gleich häufig bestimmten Risikofaktoren ausgesetzt und – wenn doch – reagieren sie unterschiedlich darauf (vgl. oben, z.B. hohe Intelligenz protektiv in Bezug auf Depression für Männer und als diesbezüglicher Risikofaktor für Frauen). Was die Analyse der Entwicklungspfade dieser von Armut und sozialer Benachteiligung gekennzeichneten Stichprobe von McCord und Ensminger (1997) jedoch auch zeigte, ist der Befund, dass multiple Risiken die Wahrscheinlichkeit einer Dysfunktion für beide Geschlechter erhöht, wenngleich die Manifestation hinsichtlich Depression, Gewalt und Alkoholismus unterschiedlich sein mag. Darüber hinaus impliziert die Korrelation zwischen der Anzahl von Risikofaktoren und der Dysfunktion, dass jede Reduktion der Zahl von Risikofaktoren einen Beitrag zur Reduktion ungünstiger Entwicklungen leisten kann (McCord & Ensminger, 1997, 351). In ähnlicher Weise konnten Heaven et al. (2004) – wie oben bereits erwähnt –, anhand wiederum anderer Risikofaktoren, zeigen, dass die – untersuchten – signifikanten Prädiktoren zur Vorhersage von Delinquenz und Depression verschieden waren und diese sich auch geschlechtsspezifisch unterschiedlich auswirkten. Während körperlich züchtigende Erziehungspraktiken des Vaters die berichtete Delinquenz der Jugendlichen vorhersagte, war es die mangelnde emotionale Wärme des Vaters, die Depression, insbesondere der Töchter, vorherzusagen vermochte. Dem Erziehungsstil der Mutter kam diesbezüglich keine Vorhersagekraft zu (Heaven et al., 2004). Auf spezifischer Ebene betrachtet, sind die beiden Faktoren, die Delinquenz und Depression vorherzusagen vermögen, körperlich züchtigende Erziehungspraktiken und emotionale Wärme – in diesem Fall des Vaters – tatsächlich verschieden, auf einer übergeordneteren Ebene betrachtet, kann man diese jedoch als Eltern-Qualität subsummieren, welche sehr wohl als geteilter Faktor die psychologische Anpassungsleistung der Jugendlichen vorherzusehen vermag und insofern als Ergebnis auch den weiter oben zitierten Befunden nicht widerspricht.

1.2.4.2 Erklärungsmodell multipler Störungstyp

Avenevoli et al. (2001) ziehen es auch in Betracht, dass Komorbidität (im Allgemeinen) Ausdruck eines multiplen Störungstypus darstellen kann, mit spezifischen ätiologischen Faktoren (vgl. dazu Abbildung 3). Nachfolgenden Modellen ist diese Annahme – quasi als Spezialfall geteilter oder gemeinsamer Risikofaktoren / -mechanismen – mehr oder weniger implizit zugrunde gelegt.

Störung des Sozialverhaltens als Störung mit multiplen Dysfunktionen. Für Zoccolillo (1992, 553f.) deuten einige empirische Befunde darauf hin, dass das komorbide Muster einer Störung des Sozialverhaltens und einer Depression ein bedeutungsvolles Syndrom darstellt. In diesem Sinne versteht er Störung des Sozialverhaltens nicht als primär antisoziale Störung, sondern als Störung mit multiplen Dysfunktionen. Gemäss Zoccolillo (1992) tauchen nebst depressiven und Angststörungen zusammen mit der Störung des Sozialverhaltens auch somatoforme Störungen, Hyperaktivität, kognitive Defizite, Enuresis und möglicherweise auch Enkopresis auf. Für Zoccolillo (1992) gibt es zwei verschiedene Möglichkeiten, wie diese Komorbidität bei Kindern und Jugendlichen erklärt werden kann. Eine Möglichkeit geht davon aus, dass das Kind multiplen Risikofaktoren ausgesetzt ist und deshalb verschiedene gleichzeitig auftretende, aber voneinander unabhängige Störungen aufweist. Eine alternative Erklärung sieht Zoccolillo (1992, 553) darin, dass es sich lediglich um *eine* Störung handelt, die jedoch multiple Symptome aufweist. Diese Erklärung betrachtet er als sparsamer als die Annahme mehrerer Erklärungen für die komorbid zur Störung des Sozialverhaltens auftretenden Störungen, zumal diese nicht erklären, warum derart viele Störungen überzufällig häufig komorbid auftreten. Zur Unterstützung seiner Hypothese zieht er drei empirische Befunde heran: 1) Je schwerer das antisoziale Verhalten, desto grösser die Wahrscheinlichkeit einer weiteren nicht antisozialen Störung. Dabei interpretiert Zoccolillo (1992) den Befund so, dass antisoziales und anderes Problemverhalten sich in die gleiche Richtung bewegen, weil sie mit einer dritten Variable verbunden sind, einer fundamentalen zugrundeliegenden Störung. 2) Störung des Sozialverhaltens sagt nur dann gleichzeitig auftretende nicht externalisierende Störungen im Erwachsenenalter vorher, wenn externalisierendes Verhalten oder andere soziale Dysfunktion im Erwachsenenalter zu beobachten ist. Dazu gehört die Annahme, dass falls externalisierende und nicht externalisierende Symptomcluster nicht Manifestationen einer einzigen zugrundeliegenden Störung sind, man erwarten würde, dass eine Störung des Sozialverhaltens diese beiden Gruppen unabhängig voneinander vorhersagen kann. 3) Eine Störung des Sozialverhaltens und viele der gemeinsam auftretenden Störungen sind zeitlich miteinander verbunden. Das Durchschnittsalter des Beginns der ersten Symptome einer Störung des Sozialverhaltens liegt bei acht oder neun Jahren. Viele Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens zeigen sogar früher erste Anzeichen, einige gar im Alter von drei Jahren. Diese Pe-

riode betrachtet Zoccolillo (1992) als eine kritische Periode, auch für andere Störungen oder Defizite, die mit einer Störung des Sozialverhaltens verbunden sind, z.B. die Entwicklung kognitiver Fertigkeiten, von Darm- und Blasenkontrolle, von Hyperaktivität und einiger Ängste, Phobien und Depression. Darüber hinaus nimmt er an, dass in dieser kritischen Zeit der Entwicklung ein einziger ungünstiger Effekt (z.B. mütterliche Vernachlässigung) gleichzeitig die Entwicklung sozialen Verhaltens, der Darm- und Blasenkontrolle, der kognitiven Entwicklung, der Entwicklung von Aufmerksamkeit und Kontrolle der motorischen Aktivitäten und eine Neigung zur Depression mit beeinflussen kann. Dies in Analogie zum Effekt von Teratogenen (z.B. Röteln), welcher multiple Organdefekte verursachen kann, wenn der Embryo während der Entwicklung dieser Organe diesen Teratogenen ausgesetzt ist (Zoccolillo, 1992, 554). Gemäss Petermann, Niebank und Scheithauer (2004, 329) sind Organe in der pränatalen Phase dann am vulnerabelsten für Teratogene (z.B. Röteln, Alkohol, Kokain), wenn sie sich herausbilden und am schnellsten wachsen. In diesem Sinne scheint die Analogie Zoccolillos plausibel, wenn er die frühe Kindheit bzw. das Vorschulalter als kritische Periode betrachtet. Die mütterliche Vernachlässigung, die Zoccolillo (1992) als möglichen Risikofaktor in diesem Bedingungsgefüge betrachtet, dürfte allerdings weniger als für diese Komorbidität spezifischer Risikofaktor angesehen werden als vielmehr (unspezifischer) Risikofaktor in einer spezifischen – oder eben kritischen – Entwicklungsperiode.

Neben der Vorstellung, dass die Störung des Sozialverhaltens nicht in erster Linie als antisoziale Störung betrachtet werden sollte, sondern als Störung mit multiplen Dysfunktionen – darunter auch depressiven Symptomen – gibt es andere, vergleichbare Vorstellungen darüber, inwiefern antisoziale Phänomene nicht alleine, sondern in der Regel zusammen mit anderen Problemen oder Problemverhaltensweisen auftauchen. Wenngleich bei diesen Vorstellungen depressive Phänomene nicht immer zum engeren Kern der Modelle mit dazugerechnet werden, so sind sie meiner Ansicht nach dennoch für die vorliegende Arbeit von Bedeutung. Das deshalb, weil ich vermute, dass in diesen Untersuchungen depressive Phänomene entweder nicht betrachtet oder nicht im Fokus der Betrachtung gestanden haben. Mit anderen Worten: Meines Erachtens spricht – aufgrund der bisherigen theoretischen Auseinandersetzung – einiges dafür, dass depressive Phänomene auch in den nachfolgend diskutierten Modellen mit eine Rolle spielen könnten, wenngleich ihnen möglicherweise die entsprechende Aufmerksamkeit nicht immer (explizit) zuteil wurde.

Antisoziales Syndrom nach Moffitt et al. (2001). Auch die Ergebnisse der Dunedin-Längsschnittstudie von Moffitt, Caspi, Rutter und Silva (2001) zeigen, dass die Störung des Sozialverhaltens sehr oft mit anderen Störungen und Problemen einher geht. Zum Beispiel andere Formen antisozialen Verhaltens, Depression, Angststörungen, Substanzabhängigkeit, Aufmerksamkeits- / Hyperaktivitätsstörung (ADHD) und Entwicklungsverzögerungen im

Bereich Lesen. Nur 10% der Störungen des Sozialverhaltens (Lebenszeitprävalenz) treten gemäss Moffitt et al. (2001) in „reiner“ Form – also ohne komorbide psychische Störung – auf (vgl. auch weiter oben). In ihrer Stichprobe waren es zwei Drittel der Jugendlichen, die eine ADHD, Marijuana-Abhängigkeit und psychotische (bzw. schizophreniforme oder Positiv-) Symptome aufwiesen, denen auch eine Störung des Sozialverhaltens attestiert werden konnte (Moffitt, et al., 2001, 149). Aus diesem Grund betrachtet die Autorenschaft diese vier Störungen als notwendige, bedeutsame Bestandteile (*part and parcel*) eines antisozialen Syndroms im Jugend- bzw. frühen Erwachsenenalter. Dieses komorbide Störungsmuster scheint bei Mädchen und Jungen in gleicher Weise aufzutreten. Die einzigen Ausnahmen bilden – gemäss Moffitt et al. (2001) – die Befunde, dass bei Mädchen die Depression meist auf die Störung des Sozialverhaltens folgt und die Depression bei antisozialen Frauen sich bei Eintritt ins Erwachsenenalter verschlimmert. Welche Prozesse für diese Entwicklungen zuständig sind, sind gemäss Moffitt et al. (2001) jedoch nach wie vor ungeklärt. Ebenso der Befund, warum antisoziales Verhalten mehr Komorbidität mit sich bringt als andere psychische Störungen und was dies für Theorie, Forschung und klinische Praxis bedeutet.

Die Annahme eines jugendlichen antisozialen Syndroms, welches – mindestens – aus einer Störung des Sozialverhaltens, einer ADHD, einer Substanzabhängigkeit und schizophrenen Symptomen besteht, sollte insofern durch weitere Studien bestätigt werden, als bewiesen werden muss, dass das gleichzeitige Auftreten dieser Störungen mehr ist als die blosse Komorbidität, das heisst, es sollten beispielsweise auch spezifische Risikofaktoren vorliegen (Moffitt et al., 2001).

Ob es sich bei den Jugendlichen, die ein antisoziales Syndrom aufweisen eher um LCP-Antisoziale oder AL-Antisoziale handelt (vgl. oben, Moffitt, 1993), darüber machen Moffitt et al. (2001) keine expliziten Aussagen. In seinem Review zu Psychopathologie und Delinquenz bei Jugendlichen schliesst Vermeiren (2003, 308), dass Komorbidität im Allgemeinen bei LCP-Delinquenten die Regel darstellt. Im Vergleich mit AL-Delinquenten zeigen sich LCP-Delinquente häufiger mit einer Störung des Sozialverhaltens (CD, ODD und ADHD), einer Depression und einer PTSD. Die geringe Zahl von Studien erlaubt hingegen keine Aussagen bzgl. Substanzmissbrauch und –abhängigkeit, Suizid, Angststörungen und psychotischen Störungen (Vermeiren, 2003, 305). Bei persistenten Delinquenten kommen gemäss Vermeiren (2003) Substanzmissbrauch und –abhängigkeit, Depression und Suizid häufiger als durch Zufall erwartet vor. Gemäss Vermeiren (2003) dürfte ein Grossteil der Psychopathologie, die bei LCP-Delinquenten vorkommt auch bei AL-Delinquenten vorhanden sein. Allerdings würden sich diesbezüglich auch Unterschiede zeigen. Zum einen geht Vermeiren (ebd.) davon aus, dass die Psychopathologie weniger schwerwiegend sein und zum anderen sich eher als Folge des antisozialen Verhaltens – also sekundär zum Problemverhalten – entwickelt haben dürfte. Diese Unterschiede oder Einschränkungen machen die Psychopathologie hingegen nicht we-

niger problematisch, interferieren psychiatrische Störungen doch mit akademischem, sozialem und familiärem Funktionieren (Vermeiren, 2003, 307).

Theorie des Problemverhaltens nach Jessor und Jessor (1977). In ähnlicher Weise wie Moffitt et al. (2001) gehen auch Jessor und Jessor (1977) in ihrer Theorie des Problemverhaltens davon aus, dass der Konsum von Alkohol, Problemtrinken, Marijuanakonsum, delinquentes Verhalten und frühreifer Geschlechtsverkehr als Syndrom von Problemverhaltensweisen korreliert auftreten. Jessor und Jessor (1977) definieren Problemverhalten als "behavior that is socially defined as a problem, a source of concern, or as undesirable by the norms of conventional society […] and its occurrence usually elicits some kind of social control response" (Jessor & Jessor, 1977, 33). Belege für ihre Syndrom-Vorstellung erhielten sie aus der Analyse ihrer Längsschnittdaten zweier parallel laufender Studien. Die *High School-Studie* startete im Frühling 1969 mit drei zufällig ausgesuchten Kohorten des 7., 8. und 9. Schuljahres. Die *College-Studie* begann im Frühling 1970 mit einer Kohorte. Die Stichproben beider Studien wurden in den vier darauffolgenden Jahren jeweils im Frühling mit Hilfe eines 50-seitigen Fragebogens befragt (Jessor & Jessor, 1977, 12f.). Folgende Resultate ziehen die Autoren als Belege hinzu: Die meisten Problemverhalten (insb. Problemtrinken, z.B. mindestens fünf Episoden der Betrunkenheit im vergangenen Jahr, Marijuanakonsum, Nicht-Jungfräulichkeit und allgemein abweichendes Verhalten, z.B. Schule schwänzen, von den Eltern einen kleineren Geldbetrag stehlen, einer Lehrperson drohen) korrelierten positiv miteinander, sowohl in der jüngeren (erste Messung im Alter von 12 bis 13 Jahren) als auch der älteren Stichprobe (bis ca. 21 Jahre; einzige Ausnahme bildete bei letzterer der Jungfräulichkeits-Status). Darüber hinaus korrelierte ein zusammengesetzter Index von multiplen Problemverhaltensweisen negativ mit konformem oder konventionellem Verhalten (z.B. schulischer Erfolg, Kirchenbesuche) (Jessor & Jessor, 1977, 82ff.).

Donovan und Jessor (1985) konnten die Ergebnisse von Jessor und Jessor (1977) an einer sowohl etwas heterogeneren (als einer mehrheitlich amerikanischen Mittelschicht, mehr Varianz im sozioökonomischen und ethnischen Hintergrund) als auch an einer etwas älteren Stichprobe (frühes Erwachsenenalter) bestätigen (Donovan & Jessor, 1985, 891). Gemäss Donovan und Jessor (1985) gibt es eine beachtliche Befundlage, die darauf hindeutet, dass die verschiedenen Problemverhalten Konsum von Alkohol, Tabak, Cannabis und anderen illegalen Substanzen, delinquentes Verhalten und früher Geschlechtsverkehr bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus der Normalpopulation miteinander einhergehen. Dabei verstehen Donovan und Jessor (1985, 901) ein Syndrom als eine Reihe von Verhaltensweisen, denen eine gemeinsame Ursache zugrundeliegt (English & English, 1958; zit. nach Donovan & Jessor, 1985, 901). Die Autoren verlassen sich dabei auch auf die Möglichkeit der Faktorenanalyse, die Anwesenheit zugrundeliegender ursächlicher Faktoren aufzudecken (Donovan & Jessor, 1985, 901). Donovan und Jessor (1985) schliessen aus ihren Ergebnissen, dass Präventionsprogramme einen breiteren Fokus von Problemverhalten einnehmen sollten, als auf

einzelne Problemverhaltensweisen, z.B. Konsum illegaler Drogen, Betrunkenheit am Steuer etc. zu fokussieren.

Auch Clark et al. (1997) ziehen zur Einordnung ihrer Ergebnisse die Theorie des Problemverhaltens heran. In einer Fall-Kontrollstudie verglichen sie Jugendliche mit und ohne Alkoholabhängigkeit und konnten zeigen, dass CD, ODD, ADHD, MD und PTSD bei alkoholabhängigen Jugendlichen gehäuft vorkamen. Der Cluster Alkoholabhängigkeit, CD und MD tritt bei beiden Geschlechtern häufiger als erwartet zusammen auf. Während Alkoholabhängigkeit ohne CD und MD bei beiden Geschlechtern seltener auftritt als erwartet, trat MD in Abwesenheit von CD nur bei männlichen, nicht aber bei weiblichen Jugendlichen seltener auf. Für Clark et al. (1997) sind die komorbiden Probleme Alkoholabhängigkeit, CD und MD – in Anlehnung an Donovan und Jessor (1985) – Facetten ein und desselben Konstrukts. Bereits Marttunen et al. (1991) konnten in ihrer post mortem-Untersuchung von Jugendlichen, die Suizid begingen, zeigen, dass die Hälfte der Jungen und zwei Drittel der Mädchen die Kriterien für zwei oder mehr psychische Störungen erfüllten. Darüber hinaus fanden sie einen starken Zusammenhang zwischen Suizid und der Koexistenz von Depression, antisozialem Verhalten und Alkoholmissbrauch.

Clark et al. (1997) erachten es – ähnlich wie Zoccolillo (1992, vgl. oben) – nicht als „sparsam“ (*parsimonious*, evtl. zu verstehen als pragmatisch oder ökonomisch), vielleicht auch im Sinne von nicht das ganze Phänomen erfassend, den betroffenen Jugendlichen viele verschiedene Störungen zuzuordnen. Ähnlich, wie wenn man das Wort *Birne* den Kategorien B, I, R, N, E und nicht der Kategorie BIRNE zuordnen würde.

Antisoziales Syndrom im Jugendalter nach Farrington (1995). Die konzeptuelle Vorstellung eines Problemverhaltenssyndroms von Jessor und Jessor (1977) greift auch Farrington (1995, 1997) auf bzw. zieht diese – nebst eigenen empirischen Befunden – als Beleg seiner Darstellung des *Antisozialen Syndroms* heran. Farrington (1995) beschreibt es als Konsens, dass antisoziales Verhalten eher vielseitig als spezialisiert auftritt. Er plädiert für ein Antisoziales Syndrom im Jugendalter, indem er annimmt, dass jugendliche Delinquente nicht nur verschiedene delinquente Handlungen begehen (z.B. Diebstahl, gewalttätiges Verhalten), sondern auch häufiger anderswie antisozial auffällig sind, indem sie beispielsweise betrunken sind, illegale Drogen konsumieren, sehr früh sexuelle Kontakte mit verschiedenen Partnern haben, mit zum Teil ungeschütztem Geschlechtsverkehr. Diese Annahme konnte er auch in der Cambridge-Studie, einer prospektiv angelegten Englischen Längsschnittstudie (N > 400 männliche Teilnehmende im Alter von 8 bis 32 Jahren, vgl. z.B. Farrington, 1996) bestätigt sehen: Jugendliche, die bis zu ihrem 18. Lebensjahr bereits (einmal) verurteilt waren, zeigten in jeder erfassten Hinsicht signifikant mehr abweichendes Verhaltens als nicht delinquente

Jugendliche: Jene tranken mehr Bier, waren öfter betrunken und berichteten häufiger, dass Alkoholkonsum sie gewalttätig machte, sie rauchten mehr Zigaretten, begannen früher mit dem Tabakkonsum, hatten mit grösserer Wahrscheinlichkeit bereits (ungeschützten) Geschlechtsverkehr und das meist mit verschiedenenen Partnern. Das Antisoziale Syndrom weist – gemäss Farrington (1997) – auch eine gewisse zeitliche Kontinuität auf, von der Kindheit über die Adoleszenz bis ins Erwachsenenalter.

Die Frage, die für Farrington (1997) in diesem Zusammenhang offen ist, ist die, ob alle Typen antisozialen Verhaltens grundlegende Symptome für das zugrundeliegende Syndrom darstellen oder ob ein Typ antisozialen Verhaltens als Sprungbrett für andere Formen fungiert oder andere Formen erleichtert. Darüber hinaus stellt sich bereits Farrington (1995) die Frage, inwiefern aggressive Handlungen Teil dieses Syndroms darstellen müssen. Dabei zieht er Loeber und Schmalings (1985; zit. nach Farrington, 1995, 88) Unterscheidung einer Störung des Sozialverhaltens in einen aggressiven oder offenen Typ und einen nicht aggressiven oder heimlichen (verborgenen, versteckten, verstohlenen) Typ heran. Da aggressive Jugendliche dazu neigen, schwerwiegenderes und vielseitiges antisoziales Verhalten zu zeigen, scheint es für Farrington (1995, 88) wahrscheinlich, dass die Unterscheidung zwischen dem offenen und dem versteckten Typ eher eine Frage des Ausmasses oder der Quantität als der Qualität darstellt. Indirekte empirische Belege dieser Annahme lassen sich in der Studie von Haapasalo und Hamalainen (1996) finden. Diese untersuchten die Frage, ob sich eigentumsdelinquente von gewalttätigen Jugendlichen hinsichtlich Prävalenz von Vernachlässigungserfahrungen, frühen familiären Problemen und Verhaltensproblemen, Depression und Substanzkonsum unterscheiden. Die Schlussfolgerungen der beiden Autorinnen war, dass die beiden untersuchten Gruppen sich in Bezug auf eben genannte Variablen überraschend ähnlich waren, die Prävalenz von familiären Problemen in der Kindheit und psychiatrischen Problemen war in beiden Gruppen hoch. Ebenso war die Prävalenz von depressiven Symptomen und Verhaltensproblemen in beiden Gruppen sehr hoch (Haapasalo & Hamalainen, 1996).

Für Caron und Rutter (1991, 1074f.) ist das gleichzeitige Auftreten antisozialen Verhaltens und depressiver Symptome als *bedeutsames Syndrom* eine mögliche Erklärung substantieller Komorbidität, wenngleich die Datenlage ihrer Meinung nach zu schmal ist, um zuverlässige Schlussfolgerungen zu ziehen. Zuverlässige Aussagen darüber, ob es sich bei dem gleichzeitigen Auftreten tatsächlich um ein bedeutsames Syndrom handelt oder als Teil der Störung des Sozialverhaltens betrachtet werden kann oder sich die Depression sekundär zum antisozialen Verhalten entwickelt. Was für Caron und Rutter (1991, 1075) in diesem Zusammenhang jedoch gesichert erscheint, ist die Tatsache, dass das komorbide Muster die Bedeutung depressiver Phänomene verändert und darum auch als separate Gruppe identifiziert und weiter untersucht werden muss. Das heisst, es wäre interessant zu schauen, welche Rolle depressive Symptome in den oben dargestellten Erklärungsmodellen spielen, wenn sie dann explizit betrachtet und auch empirisch untersucht würden.

1.3 Fazit

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Erkenntnisse aus der vorangehend dargestellten und diskutierten Literatur zusammengefasst.

Es gibt eine überzufällig grosse Zahl von Kindern und Jugendlichen, die im Verlaufe ihrer Entwicklung *sowohl* antisozial *als auch* depressiv werden. Es bestehen verschiedene Modelle zur Entwicklung und Erklärung des gemeinsamen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen. Diese Modelle wurden mehrheitlich theoretisch diskutiert und in selteneren Fällen auch empirisch zu belegen versucht. Nur wenige der diskutierten Modelle konnten vollständig empirisch belegt werden. Eine empirische Untermauerung der grundlegenden Annahmen ist schwierig, weil Kinder bereits sehr früh – am besten schon vorgeburtlich – erfasst sein und bis mindestens ins frühe Erwachsenenalter begleitet und untersucht werden müssten, um zuverlässige Aussagen über die Entwicklung der gemeinsam auftretenden Problembereiche machen zu können.

Dennoch soll auf dem Hintergrund der vorab dargestellten Befunde, Theorien und Erkenntnisse ein Modell skizziert werden, das eher einen heuristischen Wert haben und im Sinne eines zusammenfassenden Fazits – und nicht als empirisch überprüfbares Modell – verstanden werden soll.

Antisoziales Verhalten von Kindern und Jugendlichen führt zu ständigen Auseinandersetzungen und Konflikten mit der Umgebung und in der Folge zu Misserfolgen und Zurückweisung in sozialen Beziehungen, die gravierender sind als der Mangel an Fertigkeiten alleine (Patterson & Capaldi, 1990). Das heisst, das antisoziale Verhalten stört einerseits in direkter Weise ihre soziale und kognitive (schulische) Entwicklung, andererseits verbauen die Kinder und Jugendlichen sich damit indirekt zunehmend Entwicklungsmöglichkeiten – sowohl schulische als auch soziale –, diese Defizite aufzuholen. Darüber hinaus schaffen sie sich durch ihr antisoziales Verhalten mehr psychosozial ungünstige Lebensbedingungen (Rutter, 2001), wodurch sie mehr Belastungen erleben, in denen kognitive, soziale Fertigkeiten (oder deren Konsequenzen, z.B. unterstützende Freundschaften) und ein funktionales Coping gefragt wäre. Wenn antisoziale Kinder und Jugendliche aufgrund dieser Ausgangslage, die sich durch mehr Belastung bei gleichzeitig geringeren Fertigkeiten kennzeichnet, scheitern, werden sie in der Folge depressiv – so das Failure-Modell nach Patterson et al. (1989) und Patterson und Capaldi (1990).

Das gemeinsame Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen sehe ich sehr gut aufgehoben im Failure-Modell. Dieses fokussiert einerseits auf Misserfolge im Bereich sozialer Beziehungen, insbesondere Beziehungen zu Gleichaltrigen, und andererseits auf Misserfolge im schulischen / akademischen Bereich. Auf die Misserfolge im sozialen Bereich bezieht sich die Hypothese sozialer Zurückweisung von Kusch und Petermann (1997).

Diese erklärt den Mechanismus, wie es vom antisozialen Verhalten bzw. eben dem aggressiven Verhalten via Zurückweisung durch Gleichaltrige zur sozialen Isolation und in der Folge zur depressiven Symptomatik kommt. Die Relevanz der sozialen Zurückweisung durch Peers sehe ich in neueren Studien bestätigt (z.B. Perren & Alsaker, 2009). Das Phänomen des gleichzeitigen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen scheint mir jedoch alleine aufgrund dieser Hypothese noch nicht vollständig erklärt. Einerseits sind Zusammenhänge nicht nur zwischen aggressivem Verhalten, sondern auch anderen Formen antisozialen Verhaltens und depressiven Symptome belegt worden. Andererseits lässt die Hypothese der sozialen Zurückweisung meines Erachtens wichtige „Begleiterscheinungen" wie z.B. schulischen Misserfolg oder missbräuchlichen Konsum diverser Substanzen unbeachtet und damit ungeklärt. Aus diesem Grund ist für mich der etwas weitere Rahmen des Failure-Modells unerlässlich.

Die Theorie des Problemverhaltens nach Jessor und Jessor (1977) bzw. nach Donovan und Jessor (1985), die Modellvorstellung des antisozialen Syndroms nach Farrington (1995, 1997) und diejenige nach Moffitt et al. (2001) haben depressive Symptome nicht (explizit) in den Fokus ihrer Betrachtungen gestellt. Dennoch habe ich sie als zusätzliche Theorien dargestellt. Zwar liefern sie für mich keine über das Failure-Modell hinausgehende erklärende Hinweise, was die Entstehung des gemeinsamen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiver Symptome anbelangt, trotzdem glaube ich, dass sie phänomenologisch einen erweiterten Rahmen bieten, in den das kombiniert antisozial-depressive Verhalten einzubetten ist. Antisoziales Verhalten und depressive Symptome sind nicht nur als solche und zusammen mit Zurückweisung und Misserfolg, sondern auch mit Substanzkonsum, Suizidalität, frühem und riskantem Sexualverhalten etc. in Zusammenhang zu bringen. Kombiniert antisozial-depressives Verhalten im Jugendalter ist als Teil dieses ganzen Paketes – zu dem diese Theorien Stellung nehmen – zu betrachten.

Das Failure-Modell impliziert *anhaltendes* antisoziales Verhalten, welches zu einer Aneinanderreihung von Misserfolgen in allen Lebensbereichen und in der Folge zu depressiven Symptomen führt. Nun entwickeln aber nicht alle anhaltend antisozialen (oder aggressiven) Kinder und Jugendlichen auch depressive Symptome. Manche Kinder mögen zwar früh gelernt haben, dass antisoziales (oder aggressives) Verhalten in ihrer familiären Lebenswelt sehr funktional sein kann, aber doch das Potenzial mitbringen, auch soziale und kognitive Fertigkeiten für eine gesunde Entwicklung zu erwerben. Sie vermögen zum Beispiel ihre Gleichaltrigen auch durch anderes als aggressives Verhalten zu beeindrucken, z.B. durch clowneskes Verhalten oder auch sehr geschickt eingesetztes antisoziales Verhalten. Kinder und Jugendliche hingegen, deren antisoziales Verhalten sich nicht „nur" durch seine Funktionalität im familiären Kontext auszeichnet, sondern auf weitergehende Defizite zurückzuführen ist, z.B. auf eine Störung des Sozialverhaltens mit komorbider Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung und entsprechenden Defiziten im sozialen Informationsverarbeitungsprozess und / oder

anderen kognitiven Defiziten, könnten sehr viel gefährdeter sein, auch depressive Symptome zu entwickeln.

Darüber hinaus dürfte auch der Kontext von Bedeutung sein, der antisoziales (oder aggressives) Verhalten mehr oder weniger begünstigt oder zurückweist oder in dem schulischer Erfolg mehr oder weniger stark gefördert wird und auch gefördert werden kann. Eltern, die aufgrund ihrer sozialen und kognitiven Kompetenzen und ihrer (psychischen) Gesundheit in der Lage sind, ihren antisozialen Kindern eine angemessene familiäre Umgebung zu bieten (Aguilar et al., 2000; Reinecke, 1995), können deren Misserfolge sozialer und / oder schulischer Art eher verhindern oder sie besser bewältigen lassen als ressourcenschwache Eltern.

Daneben wird es einige Kinder und Jugendliche geben, die vielleicht trotz Zurückweisung und Misserfolg in Abhängigkeit ihrer genetischen Disposition keine depressiven Symptome entwickeln. Sie gehören vielleicht zum Typ Menschen, der nicht emotional auf Stress reagiert (Eley, 1997). Es liegt – wie bei den allermeisten psychischen Symptomen und Problemen – eine Wechselwirkung vor zwischen Vulnerabilitäten (z.B. niedriger sozioökonomischer Status der Eltern, Aguliar et al., 2000; elterliche Depression, Reinecke, 1995), auslösenden Ereignissen (z.B. Viktimisierung durch Gleichaltrige), Schutzfaktoren (z.B. soziale Unterstützung durch die Eltern, Waligora, 2003) und entwicklungsphasenbezogenen Faktoren (z.B. zunehmende depressive Symptomatik mit der Pubertät, Fleming & Offord, 1990; Rutter, 1986), die ein gleichzeitiges Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik begünstigen oder Kinder und Jugendliche davor schützen. Die Entwicklung von antisozialem Verhalten, das mit depressiven Symptomen einhergeht, sehe ich deshalb gut aufgehoben in einem Vulnerabilitäts-Stress-Modell (z.B. nach Wittchen & Hoyer, 2006) wie es in Abbildung 8 dargestellt ist. Dieses modifizierte und ergänzte Vulnerabilitäts-Stress-Modell enthält die Faktoren, auf deren Basis die nachfolgenden Fragestellungen und Hypothesen formuliert wurden.

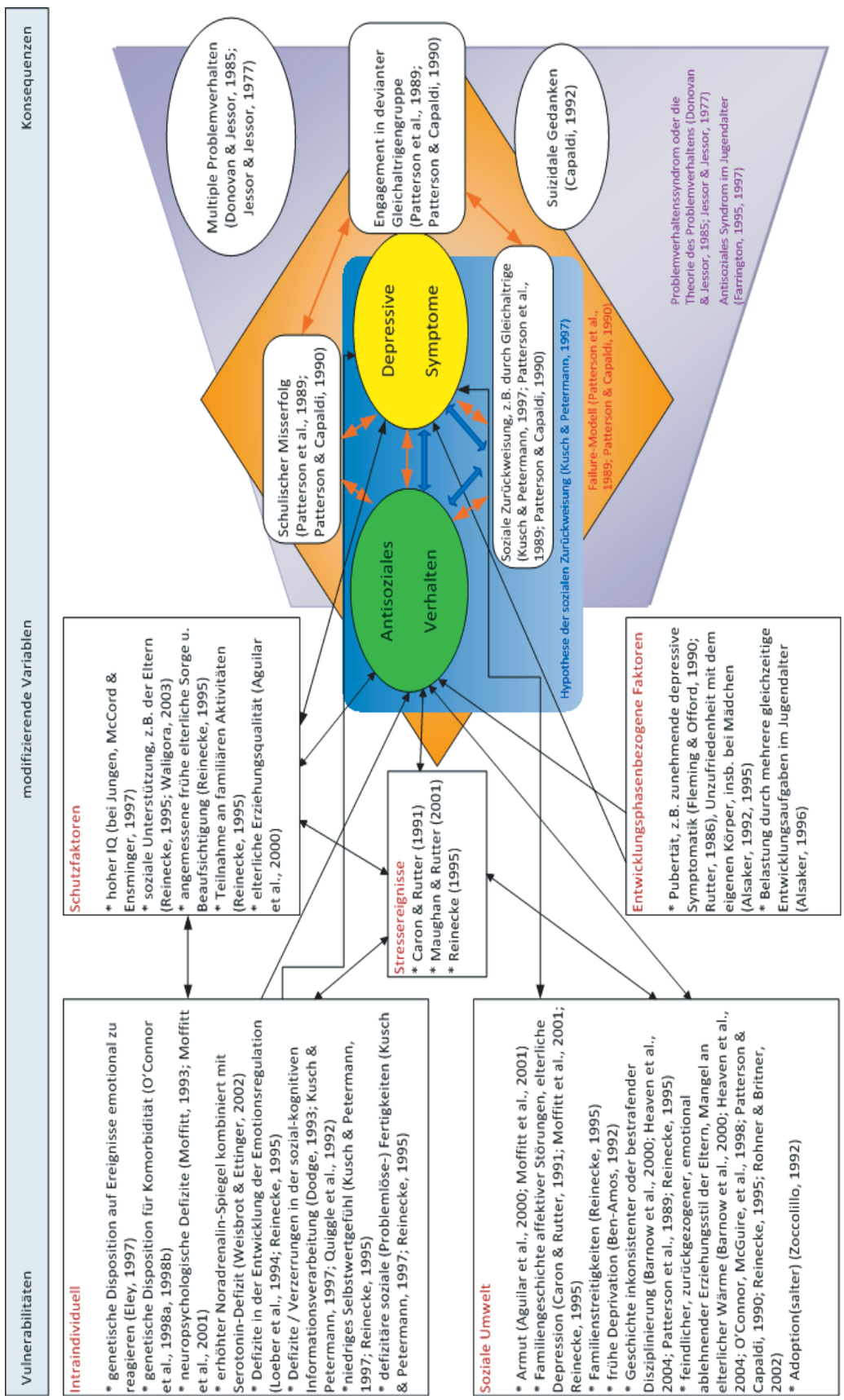

Abbildung 7: Modifiziertes und erweitertes Vulnerabilitäts-Stress-Modell nach Wittchen und Hoyer (2006)

1.4 Fragestellungen und Hypothesen

Wie bisher dargestellt, gibt es sowohl theoretische als auch empirische Erkenntnisse zum gemeinsamen Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik. Was bisher jedoch fehlt, ist ein umfassendes Bild der betroffenen Jugendlichen und ihrer Lebenswelten (z.B. Familie, Peers, Substanzkonsum). Es ist darum das erste Ziel der vorliegenden Arbeit, die Jugendlichen, die sowohl antisoziales Verhalten zeigen als auch depressive Tendenzen aufweisen, zu beschreiben und ihren Lebensstil darzustellen. Darüber hinaus sollen aus der theoretischen Aufarbeitung der relevanten Wissensbestände abgeleitete Hypothesen überprüft werden. Diese sind im Rahmen des oben dargestellten Modells einzuordnen.

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass aufgrund der verfügbaren querschnittlichen Daten *keine* kausalen Hypothesen über die Entwicklung des gleichzeitigen Auftretens überprüft werden können.

1.4.1 Phänomenologie des gemeinsamen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik

Fragestellung A: Gibt es einen Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen?

Eine beachtliche Zahl von empirischen Untersuchungen zeigt, dass antisoziales Verhalten und depressive Tendenzen überzufällig häufig gemeinsam auftreten (z.B. Chiles et al., 1980; Haapasalo & Hamalainen, 1996; Loeber & Keenan, 1994; Pliszka et al., 2000; Puig-Antich, 1982; Vermeiren, De Clippele & Deboutte, 2000). Wenngleich eine Mehrzahl von Studien an klinisch auffälligen Jugendlichen oder anderswie vorselektionierten Stichproben durchgeführt wurden, gibt es eine einige Studien mit Stichproben aus der Normalpopulation, die den Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik bestätigen (z.B. Loeber et al., 1994; Vermeiren et al., 2002; Vermeiren et al., 2003; Zoccolillo, 1992).

Hypothese 1: Es gibt einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik.

Fragestellung B: Ist der Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen vom Geschlecht der Jugendlichen abhängig?

Aufgrund früherer empirischer Befunde gibt es einen stärkeren Zusammenhang von externalisierendem und internalisierendem Verhalten bei Mädchen (Marmorstein & Iacono, 2003). Ein signifikanter Zusammenhang zwischen normbrechendem Verhalten und Depressivität kann nur bei Mädchen festgemacht werden (Waligora, 2003).

Hypothese 2: Ein Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und Depressivität kann bei Mädchen, nicht aber bei Jungen festgestellt werden.

Fragestellung C: Wie lassen sich die Jugendlichen charakterisieren, die sowohl antisozial als auch depressiv sind?

Es gibt einige empirische Untersuchungen dazu, mit welchen Begleitproblemen komorbid antisoziale und depressive Jugendliche zu kämpfen haben. Mehrheitlich werden dabei im Bereich antisozialen Verhaltens klinisch relevante Störungsformen wie z.B. die Störung des Sozialverhaltens untersucht. Die Kombination einer Störung des Sozialverhaltens und einer Major Depression bringt schwerwiegendere Probleme mit sich als dies aufgrund der je einzelnen Störungen zu erwarten wäre, insbesondere in den Bereichen schulischer Erfolg und Substanzabhängigkeit (Marmorstein & Iacono, 2003). In ähnlicher Weise geht Capaldi (1992) davon aus, dass wenn Verhaltensprobleme mit depressiven Tendenzen zusammen auftreten, Jungen stärker gefährdet sind, in sozialer und schulischer Hinsicht zu versagen und einen niedrigen Selbstwert zu entwickeln. Die Verzweiflung, die daraus resultiert, zeigt sich in einem hohen Ausmass an suizidalen Gedanken (Capaldi, 1992). Ansonsten gibt es kaum Untersuchungen dazu, wie sich die Jugendlichen, die sowohl antisozial als auch depressiv sind, in *umfassender* Weise beschreiben und charakterisieren lassen.

Hypothese 3: Das gleichzeitige Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen ergibt schwerwiegendere Probleme, insbesondere in den Bereichen schulischer Erfolg (Hypothese 3a) und illegalem Substanzkonsum (Hypothese 3b) als aufgrund der je einzelnen Problemverhalten zu erwarten wäre. Das heisst, zusätzlich zu einem additiven Effekt der beiden Problembereiche wird ein *ordinaler* Interaktionseffekt (vgl. Bortz & Döring, 2006, 534) des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen erwartet (vgl. *Abbildung 8*).

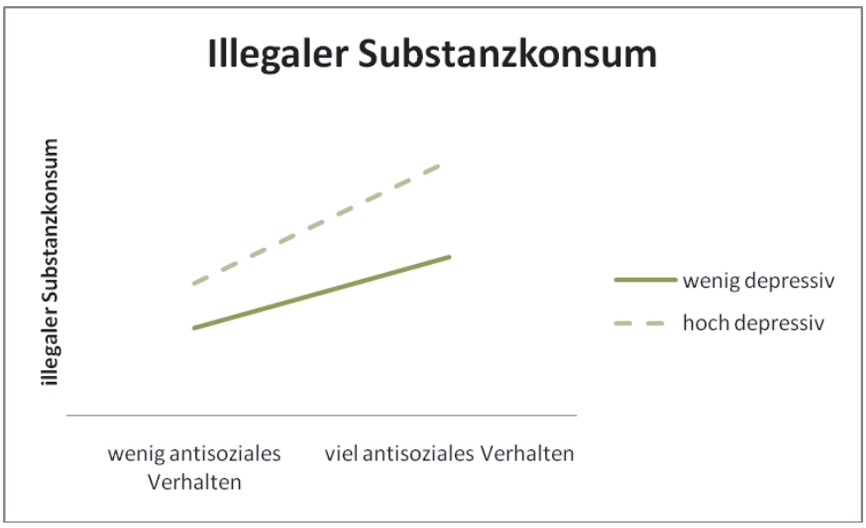

Abbildung 8: Skizze eines ordinalen Interaktionseffekts von antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen auf das Ausmass des illegalen Substanzkonsums

Hypothese 4: Jugendliche, die sowohl antisozial als auch depressiv sind, berichten in einem hohen Ausmass von suizidalen Gedanken und Handlungen. Das Ausmass ist signifikant grösser als aufgrund der je alleinigen Problembereiche zu erwarten wäre. Das heisst, auch hier wird wiederum zusätzlich zu einem additiven Effekt ein ordinaler Interaktionseffekt des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen erwartet (vgl. oben).

Nachdem die Jugendlichen, die sowohl antisozial als auch depressiv sind, beschrieben worden sind, soll der Fokus auf allfällige Unterschiede zwischen den kombiniert antisozial-depressiven und den (ausschliesslich) antisozialen Jugendlichen gelegt werden.

Fragestellung D: Unterscheiden sich kombiniert antisozial-depressive Jugendliche von (ausschliesslich) antisozialen Jugendlichen? Wenn ja, auf welchen Dimensionen?

Im Wissen darüber, dass oft übersehen wird, dass Jugendliche, die aufgrund ihres antisozialen Problemverhaltens auffällig werden, auch unter internalisierenden Problemen leiden können (z.B. Domalanta Domalanta et al., 2003; Pliszka et al., 2000), sollen kombiniert antisozial-depressive Jugendliche mit denjenigen verglichen werden, die zwar antisozial, aber nicht depressiv sind. Es stellt sich die Frage, ob man den Jugendlichen, die sowohl antisozial als auch depressiv sind, gerecht wird, wenn sie als (ausschliesslich) antisoziale Jugendliche behandelt werden. Falls sich diese beiden Gruppen unterscheiden, ist es – auch für Fachpersonen, die in der Praxis mit diesen Jugendlichen zu tun haben – von Bedeutung zu wissen, auf welchen Dimensionen sie sich allenfalls unterscheiden und worauf ein besonderes Augenmerk gelegt werden muss.

Fragestellung E: Hängen die Anzahl Typen antisozialen Verhaltens mit dem Ausmass berichteter depressiver Symptome zusammen?

Fragestellung F: Ist dieser Zusammenhang bei beiden Geschlechtern gleich ausgeprägt?

Entwicklungspfade zur Delinquenz charakterisieren sich u.a. auch durch unterschiedliche Typen antisozialen Verhaltens. Während der eine Entwicklungspfad geprägt ist durch *Konflikte mit Autoritäten*, lässt sich der sog. *verdeckte* Entwicklungspfad durch verdeckte Handlungen wie häufiges Lügen, Ladendiebstahl bis hin zu Eigentumsdelikten und Betrug charakterisieren. Der sog. *offene* Entwicklungspfad hingegen lässt sich bereits auf einer ersten Stufe durch Aggression bis hin zu Gewalt (z.B. bewaffneter Raub, Vergewaltigung) auf einer dritten Stufe auszeichnen (Loeber et al., 1994, 617). Das bedeutet, dass Jugendliche, die auf verschiedenen Entwicklungspfaden auffällig werden, auch vielseitigeres antisoziales Verhalten zeigen. Sie sind darüber hinaus auch depressiver als Jugendliche, die nur auf einem Entwicklungspfad auffällig werden (Loeber et al., 1994). Dabei sind es mitunter auch die anhaltenden, multiplen Verhaltensproblemen in der Adoleszenz, die zu emotionalen Schwierigkeiten führen, die sich in Form von Depression, Ängstlichkeit und Rückzug äussern (Loeber et al., 1994). In den Untersuchungen von Loeber et al. wurden lediglich Jungen befragt. Das heisst, es stellt sich die Frage, ob dieser Zusammenhang für Mädchen in gleicher Weise ausgeprägt ist wie für Jungen.

Hypothese 5: Je mehr verschiedene Typen antisozialen Verhaltens Jugendliche zeigen, desto häufiger berichten sie depressive Symptome.

1.4.2 Soziale Beziehungen als Mediatoren

Fragestellung G: Wird die Beziehung zwischen antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik durch das Ausmass sozialer Zurückweisung vermittelt?

Aus der Auseinandersetzung mit den theoretischen und empirischen Wissensbeständen wird ersichtlich, dass die Qualität sozialer Beziehungen – unterschiedlich operationalisiert – den Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik zu vermitteln vermag. So führt beispielsweise gemäss der Hypothese der sozialen Zurückweisung aggressives Verhalten von Kindern und Jugendlichen zu sozialer Zurückweisung und sozialer Isolation und in der Folge zu Depression (Kusch & Petermann, 1997). Die soziale Zurückweisung und Isolation kann in diesem Modell als Mediator verstanden werden, der den Zusammenhang zwischen aggressivem Verhalten und Depression vermittelt. Soziale Zurückweisung oder eine mangelhafte Qualität der sozialen Beziehung (z.B. Mangel an Wärme, strenge Erziehungsmassnahmen) von Kindern und Jugendlichen kann sich in verschiedenen Kontexten, sei das familiär oder ausserfamiliär, auf unterschiedliche Art und Weise ausdrücken. In Anlehnung an die Hypothese der sozialen Zurückweisung konnte Waligora (2003) zeigen, dass normbrechendes Verhalten und weniger elterliche Unterstützung bei Mädchen – nicht aber bei

Jungen – zur Vorhersage depressiver Symptome zu einem späteren Messzeitpunkt beitrugen. In ähnlicher Weise korrelierte der jugendliche Bericht von Delinquenz und Depression signifikant mit dem elterlichen Bericht von strengen Erziehungsmassnahmen und einem Mangel an Wärme (Heaven, Newbury & Mak, 2004). Das heisst, antisoziales Verhalten im Allgemeinen und aggressives Verhalten im Speziellen scheinen kombiniert mit sozialer Zurückweisung in unterschiedlichen Formen zu Depression zu führen bzw. mit dieser zusammenzuhängen.

Hypothese 6: Die Beziehung zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen wird durch die wahrgenommene Qualität der Peer-Beziehungen (Mediator) vermittelt.

Hypothese 7: Der Zusammenhang zwischen dem Ausmass antisozialen Verhaltens und depressiven Symptomen wird durch die wahrgenommene Unterstützung bzw. die Qualität der Eltern-Beziehung mediiert. Dies gilt insbesondere für die Mädchen.

Hypothese 8: Der Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und Depression wird durch das Ausmass wahrgenommener strenger Erziehungspraktiken der Eltern vermittelt.

Fragestellung H: Moderieren Viktimisierungserfahrungen (z.B. durch Gleichaltrige) den Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik?

Ein Befund von Unnever (2005) deutet darauf hin, dass möglicherweise nicht alle aggressiven (oder auch antisozialen?) Kinder und Jugendliche auch soziale Zurückweisung erleben. Er untersuchte Kinder und Jugendliche, die selbst aggressiv waren und gleichzeitig Opfer wurden (sog. aggressive Opfer) und solche, die selbst nicht Opfer wurden (sog. Täter). Die Gruppe der aggressiven Opfer hatte bedeutend weniger Freunde als die Gruppe der Täter (Unnever, 2005). Die Viktimisierungserfahrung könnte in dieser Untersuchung als Indikator ausgeprägter sozialer Zurückweisung durch Gleichaltrige verstanden werden, ebenso die geringere Anzahl Freunde – wobei hier Quantität nicht zwingend mit Qualität gleichgesetzt werden darf. Das bedeutet, dass aggressive Kinder und Jugendliche, die durch ihr Verhalten nicht nur andere zum Opfer machen, sondern selbst auch Opfer aggressiven Verhaltens anderer (Gleichaltriger) sind, anfälliger sein dürften für Depression als aggressive Kinder und Jugendliche ohne Viktimisierungserfahrungen durch Gleichaltrige.

Hypothese 9: Antisoziale Jugendliche, die selbst auch schon Opfer aggressiven Verhaltens (z.B. durch Gleichaltrige) wurden, sind signifikant depressiver als solche, die selbst noch keine Viktimisierungserfahrungen (Moderator) durch Gleichaltrige gemacht haben.

Fragestellung I: Gibt es einen Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik in Abhängigkeit von der Form des antisozialen Verhaltens (z.B. aggressives Verhalten vs. Eigentumsdelikte oder den Typen nach Loeber)?

Nicht alles aggressive Verhalten scheint zu sozialer Zurückweisung zu führen. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die – übergeordnete – Frage, inwiefern die Form des antisozialen Verhaltens ausschlaggebend ist für das Ausmass der sozialen Zurückweisung und damit in der Folge allenfalls für das Ausmass depressiver Symptomatik. Einzelne Untersuchungen prüfen den Zusammenhang zwischen einzelnen Formen antisozialen Verhaltens, sei diese spezifischer (z.B. mit aggressivem Verhalten) oder allgemeiner Art (z.B. mit normbrechendem Verhalten) und Depression (vgl. oben). Was bisher hingegen nicht geprüft worden zu sein scheint, sind differentielle Zusammenhänge einzelner Formen antisozialen Verhaltens und depressiver Symptomatik oder allenfalls Kombinationen antisozialen Verhaltens (z.B. Loebers Typen) und depressiver Symptomatik.

1.4.3 Gesamtmodell – Failure-Modell

Fragestellung J: Vermitteln sowohl soziale Zurückweisung als auch schulischer Misserfolg in einem gemeinsamen Modell den Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik?

Das Failure-Modell von Patterson et al. (1989) geht davon aus, dass antisoziale Kinder und Jugendliche aufgrund ihres Verhaltens eine Vielzahl von Misserfolgen erleben, sei dies sozialer (z.B. eben in Form von sozialer Zurückweisung) oder auch schulischer Art (z.B. schlechte Noten). Dadurch wird ihre soziale und kognitive Entwicklung empfindlich gestört, was einerseits die Wahrscheinlichkeit, noch mehr Misserfolge zu erleben, erhöht und andererseits den Zugang zu positiven Sozialisationskräften sozialer oder schulischer Art zunehmend verbaut. Beides erhöht das Risiko für Depression (Patterson et al., 1989).

Hypothese 10: Es besteht ein Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik, welcher sowohl durch soziale Zurückweisung als auch durch schulischen Misserfolg vermittelt wird.

2. Methode

Nachfolgend sollen Stichprobe, Instrumente, Durchführung der Untersuchung SMASH-02 und Auswertungsmethoden der vorliegenden Arbeit vorgestellt werden.

2.1 Stichprobe

Die untersuchten Jugendlichen nahmen an der zweiten Studie SMASH-02 (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health) teil, einer repräsentativen Befragung, die im Jahr 2002 in der Schweiz durchgeführt wurde. Die befragten Jugendlichen absolvierten zum Zeitpunkt der Befragung alle in einer öffentlichen Bildungseinrichtung eine Ausbildung. Da in der Schweiz ca. 5% der Gesamtbevölkerung im Alter zwischen 16 und 20 Jahren vom Bildungssystem ausgeschlossen sind (Tschumper, Nägele, & Alsaker, 2006), bezieht sich die Repräsentativität nicht auf Jugendliche in der Schweiz im Allgemeinen, sondern auf diejenigen, die eine Ausbildung in einer öffentlichen Bildungsinstitution absolvierten. Die befragten Jugendlichen (N = 7‘548; bei den nachfolgenden Analysen kann das N je nach Skala oder Variable und entsprechender Zahl von fehlenden Werten etwas variieren) setzen sich aus 48.5% Mädchen und 51.5% Jungen zusammen. Darunter gibt es sowohl Schülerinnen und Schüler einer Mittelschule (n = 2‘526), z.B. eines Gymnasiums oder einer Handelsschule, als auch Lehrlinge (n = 5‘022). Die Jugendlichen wiesen im Durchschnitt ein Alter von 17.88 Jahren (SD = 1.17) auf. Mehr als 84% der Jugendlichen waren schweizerischer, knapp 16% ausländischer Nationalität. Mehr als drei Viertel der Eltern der befragten Jugendlichen lebten zum Zeitpunkt der Befragung zusammen. 56.3% der Jugendlichen lebten auf dem Land und 43.7% in einer Stadt oder einem Vorort einer Stadt. Darüber hinaus wurden 1.3% der Jugendlichen adoptiert.

Bei der Stichprobe handelt es sich um eine Zufallsstichprobe, die durch ein geschichtetes Klumpenauswahlverfahren gezogen wurde. Dabei wurden ganze Schulklassen aus der Grundgesamtheit aller Klassen ausgelost. Die Schichtung erfolgte nach den Kriterien Sprachregion (Deutschschweiz, französische Schweiz und italienische Schweiz), Ausbildungstyp (Lehrlinge vs. Schüler / Schülerinnen), Ausbildungsjahr und für Lehrlinge auch noch nach dem Typ der Berufsbildung (z.B. Mechaniker, Koch etc.). Weitere Einzelheiten in Bezug auf Stichprobenziehung und Teilnehmende finden sich in Jeannin, Narring et al. (2005) bzw. Narring, Tschumper et al. (2004).

2.2 Durchführung

Die Studie SMASH-02 wurde – unterstützt vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und den Kantonen – gemeinsam vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne, dem Institut für Psychologie der Universität Bern und dem Ufficio di Promozione e di Valutazione Sanitaria des Kantons Tessin in drei Landesteilen der Schweiz durchgeführt. Die Fragebogen-Befragung wurde mit Hilfe von geschultem Personal aus dem Gesundheits-

bereich (z.B. Schulschwestern, Mitarbeitende von Präventionsfachstellen etc.), die von den jeweiligen Schulen unabhängig waren, durchgeführt. Die an der Befragung teilnehmenden Jugendlichen wurden über den Zweck der Studie informiert und über die Tatsache, dass die Teilnahme freiwillig, unabhängig von den Lehrpersonen und der Schule stattfindet. Die Jugendlichen füllten den Fragebogen anonym, im Klassenverband und Schulzimmer – unter Abwesenheit der Lehrperson – aus. In Abhängigkeit von der Sprachregion wurde der Fragebogen auf Deutsch, Französisch oder Italienisch ausgefüllt. Nach dem Ausfüllen steckten die Jugendlichen den Fragebogen in ein anonymisiertes Couvert, klebten dieses zu und übergaben es direkt den Forschungsmitarbeitenden.

Die teilnehmenden Jugendlichen wurden im Anschluss an die Befragung mit Namen und Adressen von Institutionen versorgt, die sie aufsuchen konnten, falls – in der Folge der Beantwortung des Fragebogens – Probleme auftauchen sollten (z.B. Probleme im Zusammenhang mit ihrer Sexualität, Depression oder Suizidversuchen). Schliesslich wurde den Jugendlichen eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Studie in Aussicht gestellt, welche effektiv im Frühling 2003 an die teilnehmenden Schulen versandt werden konnten. Weitere Informationen zur Durchführung finden sich bei Narring et al. (2004) und bei Jeannin et al. (2005).

2.3 Instrumente

Die nachfolgend präsentierten Instrumente waren Teil des SMASH-02-Fragebogens (Jeannin et al., 2005). Ein Grossteil der Fragen wurde bereits in der Studie SMASH des Jahres 1992 eingesetzt und als reliabel eingeschätzt (vgl. Narring & Michaud, 1995; Narring, et al., 1994). Wo nicht anders erwähnt, gehen die verwendeten Items oder Skalen auf Narring et al. (1994) bzw. Narring et al. (2004) zurück. Der SMASH-02-Fragebogen erhob verschiedene Aspekte der Gesundheit und des Lebensstils der Jugendlichen. Darunter sind – nebst soziodemografischen Daten – Themen wie Freizeit, Sport, Sexualität, Konsum psychoaktiver Substanz, psychisches Wohlbefinden, antisoziales Verhalten, Beziehung zu Eltern und Gleichaltrigen, Nutzung des Internets etc.

Nachfolgend werden diejenigen Instrumente genauer vorgestellt, die zur Beantwortung der Fragestellung und zur Prüfung der Hypothesen von Bedeutung sind.

2.3.1 Antisoziales Verhalten

Zur Erfassung des antisozialen Verhaltens wurden die Jugendlichen gefragt, wie häufig sie in den vergangenen 12 Monaten „Dinge taten, die verboten sind, aber trotzdem manchmal vorkommen.“ (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 33, S. 10). In der Liste aufgeführt, waren Aktivitäten wie etwas absichtlich kaputt gemacht haben (Telefonkabine, Auto etc.), etwas

gestohlen oder einfach mitgenommen haben, einen Erwachsenen angegriffen haben, etwas angezündet haben, eine Waffe getragen haben oder Drogen (inkl. Cannabis) verkauft haben. Die acht Items basieren auf der Arbeit von Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber und van Kammen (1998).

Antisoziales Verhalten – Summenwert. Für die statistische Analyse wurden Summenwerte gebildet (vgl. dazu auch Loeber et al., 1998). Falls Jugendliche berichteten, ein bestimmtes Verhalten mindestens einmal gemacht zu haben, erhielten sie einen Wert von 1. Wenn Jugendliche berichteten, ein bestimmtes Verhalten nie gemacht zu haben, erhielten sie einen Wert von 0. Diese Werte wurden über alle Items hinweg addiert und die daraus resultierende Summe in die weiteren Analysen eingebracht. Damit bedeuten hohe Summenwerte viel antisoziales Verhalten und niedrige Summenwerte kein oder wenig antisoziales Verhalten. Der Mittelwert der Skala, die eine Summe von null bis acht aufweisen konnte, betrug M = .79 (SD = 1.30; Schiefe = 2.19; Kurtosis = 5.41; Kolmogorov-Smirnov: signifikant nicht normalverteilt). Die Skala weist eine zufriedenstellende interne Konsistenz auf (Cronbachs α = .71).

Die Bildung eines Summenwertes, der unabhängig ist von der Häufigkeit der Art der durchgeführten Handlungen, wird in der Literatur *variety scale* genannt. Gemäss Moffitt et al. (2001) ist die *variety scale* das beste Mass, um individuelle Unterschiede in antisozialem Verhalten zu erfassen. Dies aus verschiedenen Gründen: 1) Variety-Skalen zeigen das Ausmass antisozialen Verhaltens unterschiedlicher Art, welches als hoch reliabler Prädiktor für zukünftiges antisoziales Verhalten steht. 2) Variety-Skalen sind weniger schief im Vergleich zu Häufigkeitsskalen, was sich auch in der vorliegenden Arbeit bestätigte. 3) Variety-Skalen geben allen antisozialen Handlungen gleiches Gewicht, was den Vorteil mit sich bringt, dass weniger schwerwiegende Delikte, die häufiger vorkommen (z.B. einen Kehricht angezündet haben) nicht stärker gewichtet werden als schwerwiegende Delikte (z.B. bei einer Schlägerei eine Waffe benutzt haben), die seltener vorkommen (Moffitt et al., 2001, 26). Moffitt et al. (2001) teilen die Meinung von Hirschi und Gottfredson (1995), dass *variety scales* die "best available operational measure of the propensity to offend [in youth]" darstellen (Hirschi & Gottfredson, 1995, 134).

Antisoziales Verhalten – dichotomisierte Skala. Für Mittelwertsvergleiche auf Gruppenebene wurden die Jugendlichen – entsprechend ihrem Summenwert – in zwei Gruppen eingeteilt: in Jugendliche, die kein oder wenig antisoziales Verhalten begingen und in Jugendliche, die in den vergangenen 12 Monaten viel antisoziales Verhalten begingen. Zur Gruppenbildung wurde der Cut-off bei der 75. Perzentile verwendet. Alle Jugendlichen mit Werten unterhalb der 75. Perzentile wurden der Gruppe mit *keinem oder wenig antisozialem* Verhalten zugeordnet, alle Jugendlichen mit Werten auf oder oberhalb der 75. Perzentile wurden der Gruppe mit

viel antisozialem Verhalten zugeordnet.

Skala Eigentumsdelikte. Zur Bildung der Skala Eigentumsdelikte wurde über die beiden dichotomisierten Items „etwas gestohlen oder einfach mitgenommen“ und „jemandem die Tasche, das Portemonnaie oder das Natel entrissen oder entwendet“ ein Summenwert gebildet. Der Mittelwert der Skala Eigentumsdelikte, die eine Summe von null bis zwei aufweisen konnte, betrug M = .23 (SD = .45). Die interne Konsistenz der Skala beträgt Cronbachs α = .40 und die (durchschnittliche) Inter-Item-Korrelation beträgt r > .20, was gemäss Briggs und Cheek (1986) bei einer geringen Anzahl Items als zufriedenstellend betrachtet werden kann (auch im nachfolgenden Text wird zur Einschätzung der Reliabilität von Skalen mit wenigen Items auf die Quelle von Briggs & Cheek, 1986, zurückgegriffen).

Skala Gewaltdelikte. Zur Bildung der Skala Gewaltdelikte wurde über die drei dichotomisierten Items „einen Erwachsenen angegriffen“, „eine Waffe getragen“ und „bei einer Schlägerei eine Waffe gebraucht“ ein Summenwert gebildet. Der Mittelwert der Skala Gewaltdelikte, die eine Summe von null bis drei aufweisen konnte, betrug M = .22 (SD = .55). Die interne Konsistenz der Skala beträgt Cronbachs α = .60 und die durchschnittliche Inter-Item-Korrelation beträgt r > .30, was als zufriedenstellend betrachtet werden kann.

Skala Vandalismus. Zur Bildung der Skala Vandalismus wurde über die beiden dichotomisierten Items „absichtlich etwas zerstört“ und „etwas angezündet“ ein Summenwert gebildet. Der Mittelwert der Skala Vandalismus, die eine Summe von null bis zwei aufweisen konnte, betrug M = .20 (SD = .49). Die interne Konsistenz der Skala beträgt Cronbachs α = .59 und die (durchschnittliche) Inter-Item-Korrelation betrug r >.40, was als zufriedenstellend gelten kann.

Antisoziales Verhalten – Anzahl Typen. Zur Bildung der Skala Anzahl Typen antisozialen Verhaltens wurden die Skala Eigentumsdelikte, die Skala Gewaltdelikte und die Skala Vandalismus dichotomisiert, indem bei mindestens einmaligem Vorkommen eines bestimmten Typen antisozialen Verhaltens der Wert 1 und bei Nicht-Vorkommen der Wert 0 zugeordnet wurde. Zusammen mit dem Item „Drogen verkauft“ – einem weiteren Typen antisozialen Verhaltens – wurde über die drei dichotomisierten Skalen eine Summe gebildet. Der Mittelwert der Skala Anzahl Typen antisozialen Verhaltens, die eine Summe von null bis vier aufweisen konnte, betrug M = .68 (SD = 1.02). Die interne Konsistenz der Skala beträgt Cronbachs α = .62 und die durchschnittliche Inter-Item-Korrelation betrug r > .28, was als zufriedenstellend betrachtet werden kann.

Antisoziales Verhalten – Loebers Typen. Die Skala Loebers Typen antisozialen Verhaltens wurde auf der Grundlage der Skala von Loeber (1990) gebildet. Jugendliche wurden in die Gruppe „nicht antisozial“ eingeteilt, wenn sie keinerlei antisoziale Handlungen berichteten. Der Subtyp “*exclusive property offenders*“ umfasst Jugendliche, die Eigentumsdelikte, ohne

irgendwelche Gewaltdelikte berichteten, sei dies mit oder ohne Vandalismus bzw. Verkauf von Drogen. Der Subtyp "*versatiles*" umfasst Jugendliche, die von Gewaltdelikten und Eigentumsdelikten berichten, kombiniert mit oder ohne Vandalismus bzw. Verkauf von Drogen. Der Subtyp "*exclusive drug offenders*" umfasst alle Jugendlichen, die Drogen verkauft haben, aber ansonsten keinerlei antisoziale Handlungen berichteten. Zu den drei von Loeber (1990) berichteten Typen, wurden zwei zusätzliche Typen „exklusiv Gewaltdelikte" und „exklusiv Vandalismus" gebildet. Der Typ „*exklusiv Gewaltdelikte*" umfasst Jugendliche, die ausschliesslich Gewaltdelikte berichteten. Der Typ „*exklusiv Vandalismus*" (analog zu den *exclusive property offenders*) umfasst Jugendliche, die von vandalistischen Handlungen mit oder ohne Drogenverkauf berichteten.

2.3.2 Depressive Tendenzen

Depressive Tendenzen. Depression kann als Konstrukt verstanden werden, welches ein Kontinuum repräsentiert von gesunden Reaktionen auf negative Lebensereignisse auf einem Pol und extremer emotionaler Zustände von tiefer Melancholie, totaler Apathie oder Suizidgefahr auf dem anderen Pol. Inwieweit eine jugendliche Depression klinisch relevant ist, hängt vom Schweregrad der Symptome ab (Alsaker & Dick-Niederhauser, 2006). Zur Erfassung depressiver Tendenzen (im Gegensatz zu einer klinischen Depression oder Major Depression) wurde in der vorliegenden Arbeit eine aus acht Items bestehende vierstufige Skala eingesetzt, die von Alsaker und Olweus (1992) entwickelt wurde (vgl. Anhang, Fragebogen - Frage 35, S. 11). Wie von Alsaker (1992) beschrieben, deckt die Skala Symptome ab, die der Definition von depressiver Verstimmung entsprechen, wie sie die meisten Forschenden verwenden: Gefühle von Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und Unglücklichsein. Verschiedene Studien konnten zeigen, dass die Skala depressiver Tendenzen ein valides und reliables Instrument darstellt (Alsaker, 1992; Holsen, Kraft, & Vitterso, 2000). In der vorliegenden Studie konnte ein Mittelwert von M = 1.72 (SD = .71; Schiefe = 1.08; Kurtosis = .54; Kolmogorov-Smirnov: signifikant nicht normalverteilt) und eine sehr gute interne Konsistenz (Cronbachs α = .90) gemessen werden. Alle Items wurden umgepolt, sodass hohe Werte starke depressive Tendenzen und geringe Wert wenig bzw. keine depressive Tendenzen ausdrücken.

Depressive Tendenzen – dichotomisierte Skala. Für Mittelwertsvergleiche auf Gruppenebene wurden die Jugendlichen in zwei Gruppen eingeteilt, in Jugendliche mit keinen oder wenig depressiven Tendenzen und in Jugendliche mit stark depressiven Tendenzen. Dazu wurde der Cut-off bei der 90. Perzentile verwendet, alle Jugendlichen mit Werten unterhalb der 90. Perzentile wurden der Gruppe mit *keinen oder wenig depressiven* Tendenzen zugeordnet, alle Jugendlichen mit Werten auf oder oberhalb der 90. Perzentile wurden der Gruppe mit *stark depressiven* Tendenzen zugeordnet. Um der Gruppe mit stark depressiven Tendenzen zugeteilt zu werden, mussten die Jugendlichen von den acht Items mindestens bei sechs die Antwort „trifft eher zu" auswählen.

2.3.3 Komorbidität oder kombiniertes Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen

Zur Prüfung der Fragestellungen und Hypothesen zum kombinierten Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen wurden mit Hilfe der beiden dichotomisierten Skalen antisoziales Verhalten und depressive Tendenzen (vgl. oben) eine neue Variable mit vier Gruppen gebildet. Dabei gibt es Jugendliche, die sowohl kein oder wenig antisoziales Verhalten zeigten (< 75. Perzentile) als auch keine oder wenig depressive Tendenzen berichteten (< 90. Perzentile). Das heisst, diese Jugendlichen waren weder in Bezug auf antisoziales Verhalten (A), noch in Bezug auf depressive Tendenzen (D) auffällig. Aus diesem Grund werden sie fortan als *A-D-unauffällige Jugendliche* (n = 5‘022) bezeichnet. Jugendliche, die stark depressive Tendenzen berichteten (≥ 90. Perzentile), jedoch kein oder wenig antisoziales Verhalten zeigten, wurden der Gruppe *depressive Jugendliche* (n = 564) zugeteilt. Jugendliche, die hingegen viel antisoziales Verhalten zeigten (≥ 75. Perzentile), aber keine oder wenig depressive Tendenzen berichteten (< 90. Perzentile), wurden der Gruppe *antisoziale Jugendliche* (n = 1637) zugeteilt. Jugendliche, die sowohl viel antisoziales Verhalten zeigten (≥ 75. Perzentile) als auch starke depressive Tendenzen berichteten (≥ 90. Perzentile), wurden der Gruppe *kombiniert antisozial-depressive Jugendliche* (n = 305) zugeteilt.

2.3.4 Physische und psychische Gesundheit

Globale Gesundheit. Die Jugendlichen wurden eingangs mit einem fünfstufigen Item gefragt, wie sie ihre Gesundheit im Allgemeinen einschätzten (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 1, S. 2). Das Item wurde umgepolt, sodass ein hoher Wert eine positive Einschätzung und ein tiefer Wert eine negative Einschätzung der eigenen Gesundheit darstellt. Der Mittelwert dieses Items betrug M = 3.63 (SD = .81).

Körperliche Beschwerden. Die Jugendlichen wurden gefragt, wie häufig (vierstufiges Antwortformat) sie in den vergangenen 12 Monaten unter körperlichen Beschwerden wie Probleme mit dem Rücken, den Atemwegen etc. litten (vgl. Anhang, Fragebogen – Fragen 36 und 37, S. 11). Die 13 Items (ohne Item zu Frauenbeschwerden) mit vierstufigem Antwortformat wurden zu einer Skala zusammengefasst. Der Mittelwert der Skala betrug M = 1.73 (SD = .43), wobei der Wert 1 keinerlei physische Beschwerden und der Wert 4 sehr häufige physische Beschwerden abbildet. Die interne Konsistenz der Skala ist zufriedenstellend (Cronbachs α = .73).

Schlafstörungen. Schlafstörungen wurden mit Hilfe von vier Items mit einem vierstufigen Antwortformat erhoben (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 41, S. 12). Die vier Items wurden zu einer Skala zusammengefasst und ein Mittelwert gebildet. Der Mittelwert der Skala betrug M = 2.03 (SD = .62), wobei der Wert 1 keine Schlafstörungen und der Wert 4 sehr häufige Schlafstörungen abbildet. Die Skala weist eine zufriedenstellende interne Konsistenz auf (Cronbachs α = .70).

Probleme, bei denen Hilfe benötigt würde. Die Jugendlichen wurden gefragt, inwiefern sie aus einer Liste von 14 Problemen, die bei Jugendlichen vorkommen können, es welche gibt, wofür sie gegenwärtig selbst Hilfe benötigen würden (z.B. Probleme mit der Ernährung, mit der Schule oder der Arbeit, Nervosität etc., vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 45, S. 13). Das Antwortformat war dichotom und die Items wurden zu einem Summenwert zusammengefasst. Der Mittelwert der Skala betrug M = 2.57 (SD = 2.34), wobei der Wert 0 keine Probleme bedeutet, bei denen der / die Jugendliche gegenwärtig Hilfe benötigen würde und der Wert 14 sehr viele Probleme bedeutet, bei denen gegenwärtig Hilfe benötigt würde. Die interne Konsistenz der Skala ist knapp zufriedenstellend (Cronbachs α = .68).

Chronische Krankheit. Die Jugendlichen wurden gefragt, ob sie „an einer chronischen Krankheit, das heisst einer Krankheit [leiden], die lange dauert (mind. 6 Monate) und die eine regelmässige Behandlung erfordern kann (z.B. Diabetes, Skoliose, etc.)“ (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 40, S. 12). Das Item mit dichotomem Antwortformat wies einen Mittelwert von M = .05 (SD = .22) auf.

Physische Behinderung. Physische Behinderungen wurden ebenfalls mit Hilfe eines Items erfasst und folgendermassen definiert: „[…] Körperbehinderung, das heisst eine Schädigung, welche die Unversehrtheit oder die Funktionsfähigkeit Ihres Körpers in irgendeiner Weise einschränkt“. Das Item mit dichotomem Antwortformat wies einen Mittelwert von M = .07 (SD = .25) auf.

Unfälle. Die Jugendlichen wurden mit Hilfe eines Einzelitems mit dichotomem Antwortformat gefragt, ob sie in den vergangenen 12 Monaten einen Unfall hatten, nach welchem sie behandelt werden mussten (z.B. durch eine Pflegefachperson, Ärztin oder Arzt etc.; vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 24, S. 8). Das Item mit dichotomem Antwortformat wies einen Mittelwert von M = .29 (SD = .45) auf.

Suizidale Tendenzen. Suizidale Tendenzen in den vergangenen 12 Monaten wurden mit Hilfe von fünf Items mit dichotomem Antwortformat erfasst, die Fragen abdeckten wie Gedanken an Selbstmord, Momente, in denen Selbstmord hätte begangen wollen bis hin zur Frage, ob ein Selbstmordversuch unternommen wurde (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 46, S. 13). Die fünf Items wurden zu einem Summenwert zusammengefasst, wobei ein Wert von 0 keine suizidalen Tendenzen und ein Wert von 5 hohe suizidale Tendenzen ausdrückt. Der Mittelwert der Skala betrug M = .62 (SD = 1.16). Die interne Konsistenz der Skala ist gut (Cronbachs α = .79).

Suizidversuche, Lebenszeitprävalenz. Mit Hilfe eines dichotomen Items wurde erfasst, ob die Jugendlichen überhaupt schon einmal im Laufe ihres Lebens einen Suizidversuch unternommen haben (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 47, S. 14). Der Mittelwert dieses Items

betrug M = .06 (SD = .23). Das bedeutet, dass 5.7% der Jugendlichen angaben, bereits einmal einen Suizidversuch unternommen zu haben.

Sportliche Aktivität ausserhalb der Schule. Zur Erfassung der sportlichen Aktivität wurden die Jugendlichen gefragt, ob sie und falls ja, wie häufig sie ausserhalb der Schule Sport treiben (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 4, S. 2). Das umgepolte Einzelitem mit vierstufigem Antwortformat wies einen Mittelwert von M = 2.37 (SD = 1.04) auf.

Erlebnissuche. Die Erlebnissuche – oder auch Risikosuche bzw. engl. *sensation seeking* genannt – wurde mit Hilfe von fünf Items erhoben, die auf den Arbeiten von Zuckerman (1979, 1994) basieren. Die Items erfassen Themen wie das Bedürfnis, sich von Zeit zu Zeit wild und ungehemmt ausleben zu können, häufig an die Grenzen der physischen und psychischen Belastbarkeit zu gehen etc. (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 85, S. 25). Die fünf Items wurden alle umgepolt und zu einer Skala zusammengefasst. Der Mittelwert der Skala betrug M = 2.50 (SD = .76), wobei der Wert 1 keine Erlebnissuche und der Wert 4 sehr viel Erlebnissuche abbildet. Die interne Konsistenz der Skala ist gut (Cronbachs α = .82).

2.3.5 Schulischer Erfolg und Absenzen

Schulischer Erfolg und Zukunftsperspektiven. Schulischer Erfolg und Zukunftspersektiven wurden mit Hilfe dreier Items erhoben, die nach dem schulischen Erfolg, der Zuversicht, die Ausbildung abschliessen zu können und der Zuversicht, später eine Stelle zu finden, fragen (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 11, S. 4). Die drei Items mit vierstufigem Antwortformat wurden alle umgepolt und zu einer Skala zusammengefasst, wobei der Wert 1 wenig schulischen Erfolg und pessimistische Zukunftsperspektiven abbildet und der Wert 4 sehr guten schulischen Erfolg und optimistische Zukunftsperspektiven abbildet. Der Mittelwert der Skala betrug M = 3.23 (SD = .53). Die interne Konsistenz der Skala beträgt ein Cronbachs α = .65 und die durchschnittliche Inter-Item-Korrelation betrug r > .38, was als zufriedenstellend betrachtet werden kann. In die weiteren statistischen Analysen wurde sowohl die Skala als auch die Einzelitem mit einbezogen.

Schulische Absenzen. Die Jugendlichen wurden auch nach ihren schulischen Absenzen bzw. Absenzen auf der Arbeit gefragt. Mit Hilfe von drei Items wurden sie gefragt, wie häufig sie in den vergangenen 12 Monaten die Schule oder Arbeit geschwänzt, wegen Krankheit oder aus einem anderen Grund gefehlt haben. Die Items mit einem vierstufigen Antwortformat wurden sowohl einzeln als auch zu einer Skala zusammengefasst in die weiteren Analysen mit einbezogen. Der Mittelwert der Skala betrug M = 1.28 (SD =.40). Die interne Konsistenz der Skala wies ein Cronbachs α = .60, wobei die durchschnittliche Inter-Item-Korrelation r > .30 betrug und die interne Konsistenz als zufriedenstellend eingeschätzt werden kann.

2.3.6 Soziale Beziehungen

Wahrgenommene Qualität der Beziehung zu den Eltern. Zur Erfassung der von den Jugendlichen wahrgenommenen Qualität der Beziehung zu den Eltern wurde auf der Basis der Arbeiten von Armsden und Greenberg (1987) eine sechs Items umfassende Skala entwickelt. Die Items beziehen sich auf Themen wie wahrgenommene elterliche Akzeptanz und elterliches Verständnis für die Anliegen der Jugendlichen, gegenseitiges Vertrauen etc. (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 84, S. 25). Die sechs Items mit vierstufigem Antwortformat wurden alle umgepolt und zu einer Skala zusammengefasst. Der Mittelwert der Skala betrug M = 3.27 (SD = .62), wobei der Wert 1 eine schlechte Qualität der Eltern-Beziehung und der Wert 4 eine gute Qualität der Eltern-Beziehung abbildet. Die interne Konsistenz der Skala ist sehr gut (Cronbachs α = .87).

Furcht, von den Eltern geschlagen zu werden. Ein Einzelitem wurde verwendet, um die Furcht, von den Eltern geschlagen zu werden, zu erheben (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 23, 2. Item, S. 7). Das Item mit vierstufigem Antwortformat wies einen Mittelwert von M = 1.17 (SD = .83) auf, wobei der Wert 1 absolut keine Furcht und der Wert 4 grosse Furcht abbildet.

Sorge, die Eltern könnten sich trennen. Ein Einzelitem wurde verwendet, um die jugendliche Sorge, dass sich ihre Eltern trennen könnten, zu messen (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 23, 1. Item, S. 7). Das Item mit vierstufigem Antwortformat wies einen Mittelwert von M = 1.17 (SD = .56) auf, wobei der Wert 1 absolut keine Sorge und der Wert 4 grosse Sorge abbildet.

Wahrgenommene Qualität der Beziehungen zu den Peers. Die von den Jugendlichen wahrgenommene Qualität der Beziehung zu den Peers wurde mit Hilfe einer vier Item-Skala erhoben. Diese basieren wiederum auf den Arbeiten von Armsden und Greenberg (1987). Die Items umfassen die wahrgenommene Akzeptanz bei den Gleichaltrigen, Offenheit und Vertrauen gegenüber den Gleichaltrigen (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 92, S. 27). Die vier Items mit vierstufigem Antwortformat wurden alle umgepolt und zu einer Skala zusammengefasst. Der Mittelwert der Skala betrug M = 3.46 (SD = .54), wobei der Wert 1 eine schlechte Qualität der Peer-Beziehung und der Wert 4 eine gute Qualität der Peer-Beziehung abbildet. Die interne Konsistenz der Skala ist gut (Cronbachs α = .80).

Vertrauenspersonen der Jugendlichen. Jugendliche Vertrauenspersonen wurden erhoben, indem die Jugendlichen Folgendes gefragt wurden: „Wenn Sie Probleme haben, sprechen Sie im Allgemeinen mit Ihrer Familie, Ihren Freundinnen und Freunden oder anderen Erwachsenen (z.B. Lehrpersonen) darüber?“ In Abhängigkeit verschiedener Problembereiche (Gesundheitsprobleme, Probleme in der Schule und / oder Lehre, psychische Probleme) konnten die Jugendlichen angeben, mit wem sie üblicherweise darüber reden: Familie, anderen naheste-

henden Erwachsenen, Freunden, Partner / Partnerin, anderen Erwachsenen in der Schule oder Lehre, niemandem (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 38, S. 12). Darüber hinaus wurden die Jugendlichen je mit einem dichotomen Einzelitem gefragt, ob sie zum Zeitpunkt der Befragung einen Partner bzw. eine Partnerin haben (M = .44, SD = .50; vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 60, S. 18) und ob sie jemandem zum Reden haben (M = .96, SD = .20; vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 91, S. 27).

2.3.7 Legaler und illegaler Substanzkonsum

Alkoholkonsum. Alkoholkonsum wurde erfasst, indem die Jugendlichen gefragt wurden, ob und wenn ja, wie häufig sie alkoholische Getränke trinken (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 76, S. 76). Unter den möglichen Getränken nach denen gefragt wurde, waren Wein, Bier, starke alkoholische Getränke (z.B. Schnaps), alkoholische Cocktailgetränke und Alkopops (Limonade oder Soda mit Alkohol). Die Häufigkeit wurde mit Hilfe eines sechsstufigen Antwortformats erfasst. Die fünf Items wurden zu einer Skala zusammengefasst, der Mittelwert betrug M = 2.16 (SD = .74), wobei ein Wert von 1 kein Alkoholkonsum bedeutet und ein Wert von 6 einen Alkoholkonsum mehrmals pro Tag bedeutet. Die interne Konsistenz der Skala ist gut (Cronbachs α = .81).

Binge drinking. Missbräuchlicher Alkoholkonsum oder auch *binge drinking* genannt, wurde mit einem Einzelitem gemessen, welches danach fragt, wie oft die Jugendlichen in den vergangenen 12 Monaten, bei einem Anlass mehr als fünf Standardgetränke getrunken haben. Ein Standardgetränk war definiert als: „z.B. ein Bier, ein Glas Wein oder 0.2dl starken Alkohol (pur oder gemixt), 1 Apéritif“ (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 77, S. 22). Die Konstruktion dieses Items basiert auf den Arbeiten von Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens und Castillo (1994) und von Windle (1996). Die Häufigkeit wurde mit Hilfe eines fünfstufigen Antwortformats erfasst, wobei der Wert 1 keinen missbräuchlichen Alkoholkonsum abbildet und der Wert 5 einen täglichen oder fast täglichen missbräuchlichen Alkoholkonsum abbildet. Der Mittelwert dieses Einzelitems betrug M = 2.30 (SD = 1.09).

Betrunkenheitsepisoden. Die Jugendlichen wurden gefragt, ob sie in ihrem Leben schon einmal betrunken waren und wenn ja, wie häufig das insgesamt (Lebenszeitprävalenz), in den vergangenen 12 Monaten bzw. den vergangenen 30 Tagen der Fall war (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 78, S. 22). Die Häufigkeit wurde mit Hilfe eines vierstufigen Antwortformats gemessen, wobei ein Wert von 1 keine Betrunkenheit abbildet und ein Wert von 4 eine Betrunkenheit von zehnmal oder häufiger. Die drei Items (Lebenszeitprävalenz, 12-Monats-Prävalenz, 30 Tage-Prävalenz) gingen als Einzelitems in die weiteren Analysen ein und wiesen die nachfolgenden Mittelwerte auf: M_{life} = 2.96 (SD_{life} = .85), $M_{12Mt.}$ = 2.38 ($SD_{12Mt.}$ = .93) und $M_{30T.}$ = 1.60 ($SD_{30T.}$ = .75).

Probleme im Zusammenhang mit Alkoholkonsum. Die Jugendlichen wurden gefragt, ob und inwiefern sie im Zusammenhang mit ihrem Alkoholkonsum schon einmal Probleme hatten. Die Jugendlichen konnten aus einer Liste von 12 Problemen angeben, welches dieser Probleme sie in diesem Zusammenhang bereits einmal bzw. noch nie gehabt hatten. Darunter waren Probleme wie Verschlechterung der schulischen Leistungen bzw. Leistungen am Arbeitsplatz, kaputte Kleidung oder Gegenstände, Streit / Schlägerei, ungewollter oder ungeschützter Geschlechtsverkehr etc. (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 79, S. 23). Aus den 12 dichotomen Items wurde ein Summenwert gebildet, wobei ein Wert von 0 keinerlei Probleme und ein Wert von 12 sehr viele verschiedene Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum abbildet. Der Mittelwert der Skala betrug M = .95 (SD = 1.60). Die interne Konsistenz der Skala war zufriedenstellend (Cronbachs α = .73).

Cannabiskonsum. Cannabiskonsum wurde gemessen, indem die Jugendlichen gefragt wurden, ob sie schon jemals in ihrem Leben Cannabis konsumiert hätten (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 80, S. 23). Dieses Einzelitem mit dichotomem Antwortformat wies einen Mittelwert von M = .59 (SD = .49) auf. Das bedeutet, dass 59% der Jugendlichen bereits einmal Cannabis konsumiert haben.

Übriger illegaler Substanzkonsum, Lebenszeitprävalenz. Übriger illegaler Substanzkonsum wurde gemessen, indem die Jugendlichen mit Hilfe dichotomer Items gefragt wurden, ob sie im Laufe ihres Lebens verschiedene Substanzen bereits einmal konsumiert haben (z.B. Produkt zum Inhalieren, Designer-Drogen, Kokain, Heroin, etc.; vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 80, S. 23). Die neun Items (ohne Cannabis und Mop – Lügenitem) wurden zusammengefasst und ein Summenwert gebildet. Der Mittelwert der Skala betrug M = 1.03 (SD = .39), wobei der Wert 0 kein illegaler Substanzkonsum abbildet und ein hoher Wert (max. 9) den Konsum sehr vieler verschiedener illegaler Substanzen abbildet. Die interne Konsistenz der Skala ist zufriedenstellend (Cronbachs α = .76).

Probleme im Zusammenhang mit illegalem Substanzkonsum. Die Jugendlichen wurden gefragt, ob und inwiefern sie im Zusammenhang mit ihrem illegalen Substanzkonsum schon einmal Probleme hatten. Die Jugendlichen konnten aus einer Liste von wiederum 12 Problemen angeben, welches dieser Probleme sie in diesem Zusammenhang bereits einmal bzw. noch nie gehabt hatten (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 79, S. 23). Aus den 12 dichotomen Items wurde wiederum ein Summenwert gebildet, wobei ein Wert von 0 keinerlei Probleme und ein Wert von 12 sehr viele verschiedene Probleme im Zusammenhang mit dem illegalen Substanzkonsum abbildet. Der Mittelwert der Skala betrug M = .55 (SD = 1.42). Die interne Konsistenz der Skala ist gut (Cronbachs α = .83).

Konsum verschriebener und nicht verschriebener Medikamente. Der Konsum von sowohl vom Arzt verschriebenen als auch nicht verschriebenen Medikamenten wurde so erho-

ben, dass den Jugendlichen je eine Liste von Medikamenten (z.B. Medikamente gegen Müdigkeit, Schlafmittel, Schmerzmittel etc.) vorgelegt wurde, mit der Frage, wie häufig sie diese in den vergangenen 12 Monaten eingenommen haben (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 51, S. 16). Die je acht Items wiesen ein fünfstufiges Antwortformat auf, wobei ein Wert von 1 für keinerlei Konsum eines entsprechenden Medikamentes steht und ein Wert von 5 für einen täglichen Konsum dieses Medikamentes steht. Aufgrund der geringen Inter-Item-Korrelationen gingen alle Items sowohl zum Konsum der verschriebenen als auch der nicht verschriebenen Medikamente als Einzelitems in die weiteren statistischen Analysen ein. Die Mittelwerte des Konsums verschriebener Medikamente bewegen sich zwischen M = 1.04 (SD = .30) und M = 1.81 (SD = 1.21). Die Mittelwerte des Konsums *nicht* verschriebener Medikamente bewegen sich zwischen M = 1.89 (SD = 1.23) und M = 1.05 (SD = .35).

2.3.8 Sexualverhalten

Geschlechtsverkehr. Die Jugendlichen wurden gefragt, ob sie schon Geschlechtsverkehr gehabt haben und wenn ja, ob einmal oder mehrmals (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 65, S. 19). 40% der Jugendlichen haben noch keinen, 5.7% haben einmal und 54.4% haben bereits mehrmals Geschlechtsverkehr gehabt.

Alter beim ersten Geschlechtsverkehr. Diejenigen Jugendlichen, die bereits Geschlechtsverkehr hatten, wurden gefragt, in welchem Alter sie das erste Mal Geschlechtsverkehr hatten (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 66, S. 19). Das mittlere Alter des ersten Geschlechtsverkehrs lag bei M = 15.95 (SD = 1.47).

Anzahl Sexualpartner / Sexualpartnerinnen. Die Jugendlichen, die bereits Geschlechtsverkehr hatten, wurden auch gefragt, wie viele Sexualpartner bzw. Sexualpartnerinnen sie bis zum Zeitpunkt der Befragung hatten (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 67, S. 19). Dieses Einzelitem wies einen Mittelwert von M = 2.07 (SD = 4.03) auf.

Benutzung eines Kondoms beim letzten Geschlechtsverkehr. Ebenfalls an die Jugendlichen gerichtet, die bereits Geschlechtsverkehr hatten, wurde gefragt, ob sie beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom benutzt hatten (Wert 1) oder nicht (Wert 0) (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 69, S. 20). Dieses Einzelitem wies einen Mittelwert von M = .53 (SD = .50).

Schwangerschaft bzw. Schwangerschaft einer Freundin. Jugendliche, die bereits einmal Geschlechtsverkehr hatten wurden gefragt, ob sie (die Mädchen) einmal schwanger waren (Wert 1) oder nicht (Wert 0) bzw. ob eine ihrer Freundinnen (bei den Jungen) von ihnen schwanger war (Wert 1) oder nicht (Wert 0) (vgl. Anhang, Fragebogen – Fragen 70 und 71, S. 20). Der Mittelwert bei den Mädchen lag bei M = .04 (SD = .21), bei den Jungen bei M = .14 (SD = .47).

Prostitution. Prostitution wurde erhoben, indem die Jugendlichen gefragt wurden, ob sie schon sexuelle Kontakte im Austausch gegen Geld oder Drogen gehabt hätten (Wert 1) oder nicht (Wert 0) (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 73, S. 21). Der Mittelwert betrug M = .02 (SD = .16).

2.3.9 Viktimisierungserfahrungen

Opfererfahrungen – Diebstahl, Erpressung, körperliche Gewalt. Opfererfahrungen wurden erhoben, indem die Jugendlichen gefragt wurden, ob sie in den vergangenen 12 Monaten Opfer eines Diebstahls, Opfer einer Erpressung und / oder Opfer von körperlicher Gewalt wurden (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 31, S. 9). Die drei Items wiesen ein vierstufiges Antwortformat auf. Aufgrund der geringen Inter-Item-Korrelationen wurden die Items als Einzelitems in die weiteren Analysen mit einbezogen. Die Mittelwerte der Einzelitems betrugen: $M_{Diebstahl} = 1.21$ ($SD_{Diebstahl} = .01$), $M_{Erpressung} = 1.06$ ($SD_{Erpressung} = .01$) und $M_{Gewalt} = 1.23$ ($SD_{Gewalt} = .01$), wobei ein Wert von 1 keine diesbezügliche Opfererfahrung und der Wert 4 sehr häufige diesbezügliche Opfererfahrungen bedeuten.

Systematische Belästigungen. Systematische Belästigungen wurden mit Hilfe von drei Items erhoben (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 32, S. 10), wie sie in Instrumenten zur Erhebung von Mobbing verwendet werden (Alsaker, 2003). Die drei Items deckten verbale und körperliche Angriffe sowie Erfahrungen des Ausschlusses aus der Gruppe in den vergangenen 12 Monaten ab. Auf einem vierstufigen Antwortformat konnten die Jugendlichen angeben, wie häufig sie diesen Formen von Belästigungen ausgesetzt sind. Die drei Items wurden zu einer Skala zusammengefasst und der Mittelwert betrug M = 1.37 (SD = .42), wobei der Wert 1 keinerlei derartige Belästigung darstellt und der Wert 4 derartige Belästigungen mehrmals pro Woche darstellt. Die interne Konsistenz betrug Cronbachs $\alpha = .52$ und die durchschnittliche Inter-Items-Korrelation betrug $r > .26$, was als zufriedenstellend betrachtet werden kann.

Sexueller Missbrauch. Sexueller Missbrauch wurde erhoben, indem die Jugendlichen gefragt wurden, ob sie schon sexuell belästigt oder sexuell missbraucht wurden. Dabei wurde sexueller Missbrauch oder Übergriff folgendermassen definiert: „[…], wenn jemand aus Ihrer Familie oder jemand anders Sie an einer Körperstelle berührt, an der Sie nicht berührt werden wollen, oder wenn jemand etwas Sexuelles mit Ihnen tut, das Sie aber nicht wollen.“ (vgl. Anhang, Fragebogen – Frage 74, S. 21). Der Mittelwert dieses Items lag bei M = .07 (SD = .26), das heisst, 7.2% der Jugendlichen berichteten, bereits einmal sexuell belästigt oder missbraucht worden zu sein.

2.4 Auswertungsmethoden

Zur Beantwortung der Fragestellungen und Prüfung der Hypothesen wurden folgende statistische Verfahren angewandt:

Chi-Quadrat-Tests. Für alle Fragestellungen und Hypothesen, welche Zusammenhänge zwischen kategorialen Variablen beinhalten, wurden Häufigkeiten berechnet und mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests geprüft, ob es sich um zufällige oder nicht zufällige Zusammenhänge handelt. Die dem Chi-Quadrat-Test zugrundeliegenden zwei Annahmen wurden geprüft: 1) Eine Person bzw. ein Fall darf ihren Wert nur zu einer Zelle beitragen. Dies ist gewährleistet, weil es sich bei keiner Fragestellung bzw. Hypothese um ein wiederholtes Messdesign handelte. 2) Die erwartete Häufigkeit in jeder Zelle muss mindestens den Wert 5 betragen. In grösseren Kontingenztabellen dürfen bis zu 20% der Zellen einen geringeren Wert als 5 aufweisen, sollten jedoch den Wert 1 nicht unterschreiten, weil damit ein Verlust an Power mit einhergeht (vgl. Field, 2003, 69). Obwohl der Verlust an Power bei der vorliegenden Stichprobengrösse verkraftbar wäre, wurde diese Annahme bis auf wenige Ausnahmen erfüllt. Diese wurden an entsprechender Stelle vermerkt.

Zur Prüfung, ob es sich im Falle eines signifikanten Chi-Quadrat-Werts um eine signifikante Abweichung der beobachteten von den erwarteten Häufigkeit in der einzelnen Zelle handelt, wurde die Faustregel nach Bühl und Zöfel (2002, 241) angewandt: Bei standardisierten Residuen mit einem Wert ≤ -2.0 und ≥ 2.0 wurde die Abweichung als signifikant betrachtet und deshalb der Wert der standardisierten Residuen (SDR) in den Kreuztabellen jeweils in Klammern zu den Prozentangaben hinzugefügt.

Multivariate und univariate Varianzanalysen. Für die offene und in gewisser Weise explorative *Fragestellung C* und die *Fragestellung D* wurden zur Prüfung von Mittelwertsunterschieden (intervallskalierter Daten) multivariate Varianzanalysen verwendet. Damit sollte insbesondere die Wahrscheinlichkeit eines Typ-I-Fehlers verringert werden (Field, 2003, 376). Das heisst, die Ergebnisse der nachfolgenden *univariaten Varianzanalysen* wurden nur dann betrachtet, wenn die multivariate Varianzanalyse ein signifikantes Ergebnis ergab. Bei den univariaten Varianzanalysen (allgemeines lineares Modell) wurde der Typ IV der Quadratsummen gewählt, weil er einerseits unabhängig ist von den Zellgrössen, aber auch für Daten mit fehlenden Werten geeignet ist (Field, 2003, 312f.).

Die der univariaten bzw. multivariaten Varianzanalysen zugrundeliegenden Annahmen (Unabhängigkeit der Beobachtungen, Zufälligkeit der Stichprobenziehung, Normalverteilung der abhängigen Variablen, Homogenität der Varianzen bzw. Kovarianzmatrizen) wurden geprüft.

Aufgrund der (erwartungsgemässen) Nicht-Normalverteilung der abhängigen Variablen, der ungleichen Gruppengrössen und der Heterogenität der Kovarianzmatrizen (Prüfung mit Hilfe des Box-Tests) bei praktisch allen multivariaten Varianzanalysen wurde Wilks Lambda als Test-Statistik gewählt, welche auch gegen Verstösse der Normalverteilung ziemlich robust zu sein scheint (Field, 2003, 399).

Aufgrund der Heterogenität der Varianzen wurden in Anschluss an die univariaten Varianzanalysen Post hoc-Tests nach dem Games-Howell-Verfahren zur Prüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen den vier Gruppen (vgl. oben Komorbidität) durchgeführt. Der konservativere, aber nicht speziell auf die Ungleichheit der Varianzen ausgelegte Bonferroni-Test wurde zur Kontrolle des Typ-I-Fehlers mit herangezogen. Bis auf sehr wenige Ausnahmen – betreffend Signifikanzniveau – stimmten die Ergebnisse überein.

Betreffend Ungleichheit der Varianzen bei den univariaten Varianzanalysen empfiehlt Field (2003) eine Quadratwurzel-Transformation eines jeden Wertes der abhängigen Variablen und, falls dies nicht helfen sollte, empfiehlt er als einzige Option, die Werte des Levenes Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen anzuführen (Field, 2003, 284). Diese wurden an entsprechender Stelle jeweils vermerkt.

Regressionsanalysen. Bei Fragestellungen und Hypothesen des Zusammenhangs, insbesondere aber zur Prüfung der Mediator- und Moderator-Hypothesen, wurden Regressionsanalysen gerechnet. Bei allen Regressionsanalysen wurden die diesen Analysen zugrundeliegenden Annahmen geprüft, insbesondere betreffend Multikollinearität, Homoskedastie, Unabhängigkeit und (approximative) Normalverteilung der Residuen und Linearität der modellierten Zusammenhänge (Field, 2003; Miles & Shevlin, 2003). Die Prüfung der Annahmen ergibt, dass mit wenigen Ausnahmen diese als gewährleistet betrachtet werden können. In einigen wenigen Fällen sind die Residualwerte nicht normal verteilt. Da in diesen Fällen auch eine log-Transformation der involvierten Variablen (wie es etwa Miles & Shevlin, 2003, empfehlen) keine wesentliche Verbesserung hinsichtlich Normalverteilung der Residualwerte mit sich brachte, wurden die Analysen so dargestellt, wie sie ursprünglich gerechnet wurden und mit den entsprechenden Vorbehalten versehen. Die Mediator- und Moderator-Hypothesen wurden so gerechnet wie es Baron und Kenny (1986) nahe legen und auch andere Autoren empfehlen (z.B. Miles & Shevlin, 2003). Das konkrete Vorgehen wird an entsprechender Stelle eingehender erläutert.

Strukturgleichungsmodelle. Schliesslich wurde der – wie theoretisch angenommen – durch eine Reihe von Faktoren vermittelte Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik mit Strukturgleichungen modelliert. Unter Verwendung der Software AMOS (Version 16.0) wurde für Jungen und Mädchen je ein eigenes – inhaltlich aber identisches – Strukturmodell gerechnet, in dem das antisoziale Verhalten (als endogene

Variable) einerseits die depressive Symptomatik (ebenfalls als endogene Variable modelliert) direkt beeinflusst, andererseits aber auch indirekt via diverse mögliche Moderatoren (resp. Mediatoren): Peer-Beziehungen, Eltern-Beziehung, Viktimisierung und Schulerfolg. Für die Beurteilung des Modell-Fits wurden der RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) und der CFI (Comparative Fit Index) berechnet (vgl. Hu & Bentler, 1999). Der Chi-Quadrat-Wert ist demgegenüber zu wenig aussagekräftig, weil er zu stark abhängig ist von der Stichprobengrösse.

3. Resultate

3.1 Phänomenologie des gemeinsamen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik

Die vorliegende Arbeit geht im Wesentlichen der Kombination von antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik nach. Dazu ist es in einem ersten Schritt notwendig zu prüfen, ob diese beiden Phänomene miteinander zusammenhängen (*Fragestellung A*) und ob dieser Zusammenhang für beide Geschlechter gleichermassen gilt (*Fragestellung B*). Tatsächlich besteht ein schwacher, aber signifikanter positiver Zusammenhang (vgl. Tabelle 1): Mehr antisoziales Verhalten geht mit mehr depressiven Tendenzen einher. Damit kann *Hypothese 1* als bestätigt gelten.

Tabelle 1: Mittelwert, Standardabweichung und Korrelationen der Modellvariablen

Variable	M	SD	Antisoziales Verhalten	Depressive Tendenzen
Antisoziales Verhalten	0.79	1.30	1	.11**
Depressive Tendenzen	1.72	0.71	.11**	1

Anmerkung. ** p < .01

Die Regressionsanalyse zeigt, dass nachdem das Geschlecht (als Kontrollvariable) ca. 5% der Varianz der depressiven Tendenzen der Jugendlichen aufklärt, das antisoziale Verhalten weitere 3% der Varianz aufzuklären vermag (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Hierarchische Regressionsanalyse zu Prädiktoren jugendlicher depressiver Tendenzen (N =7528)

Variable	B	SE B	β	R^2	ΔR^2	ΔF
Model 1				.05	.05	353.75***
Geschlecht	-.30	.02	-.21			
Model 2				.08	.03	258.40***
Geschlecht	-.38	.02	-.27			
Antisoziales Verhalten	.10	.01	.19			

Anmerkung. *** < .001; Kodierung Geschlecht: 1 = weiblich, 2 = männlich

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen je für Jungen und Mädchen einzeln, so sieht man, dass die geschlechtsspezifischen Korrelationskoeffizienten etwas höher ausfallen, aber mit r = .19 bzw. r = .20 immer noch relativ tief sind (vgl. Tabelle 3). Nonparametrische Analysen haben vergleichbare Koeffizienten ergeben.

Tabelle 3: Mittelwert, Standardabweichungen und Korrelationen der Modellvariablen

Variable	M	SD	Antisoziales Verhalten	Depressive Tendenzen
Antisoziales Verhalten	♀: 0.38 ♂: 1.17	♀: 0.77 ♂: 1.55	----	♂: .20** (n = 3878)
Depressive Tendenzen	♀: 1.88 ♂: 1.57	♀: 0.74 ♂: 0.65	♀: .19** (n = 3650)	----

Anmerkung. ** p < .01

Betrachtet man den Beitrag antisozialen Verhaltens zur Aufklärung der Varianz depressiver Tendenzen nach Geschlechtern getrennt, so wird ersichtlich, dass sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen das antisoziale Verhalten in gleichem Ausmass Varianz aufzuklären vermag, nämlich ungefähr 4% (vgl. auch Abbildung 9).

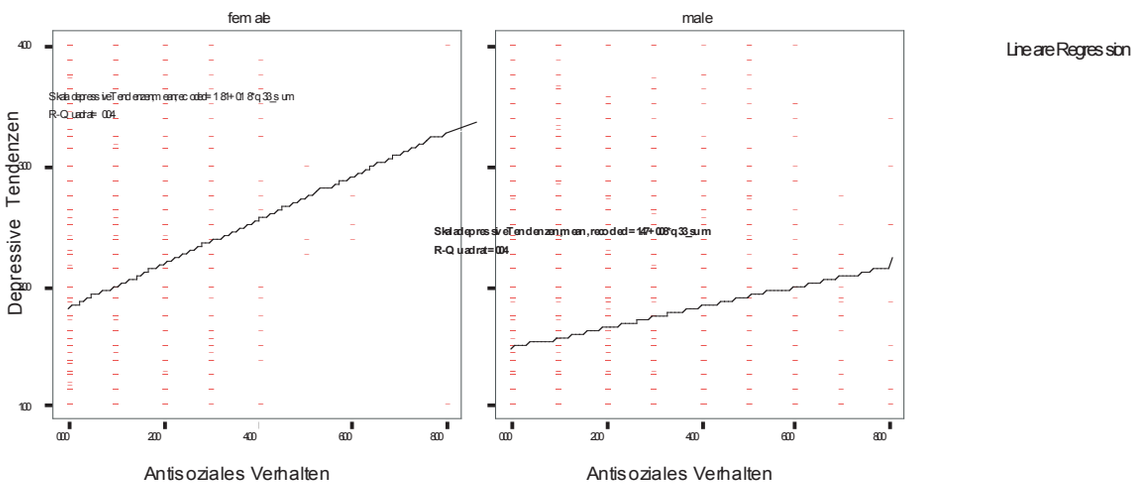

Abbildung 9: Streudiagramme für antisoziales Verhalten und depressive Tendenzen mit Regressionslinie, nach Geschlechtern getrennt dargestellt

Die *Hypothese 2*, wonach der Zusammenhang zwischen depressiven Tendenzen und antisozialem Verhalten nur für Mädchen besteht, kann somit eindeutig verworfen werden.

Im Folgenden geht es nun darum, das Besondere der Jugendlichen, die sowohl antisozial als auch depressiv sind, herauszuarbeiten (*Fragestellung C*). Wie lassen sie sich charakterisieren? Vereinigen sie lediglich die Folgen beider Problembereiche auf sich (additive Effekte) oder sind in bestimmten Bereichen auch interaktive Effekte beobachtbar? Um diese Fragen analysieren zu können, wurden das antisoziale Verhalten und die depressiven Tendenzen dichotomisiert (vgl. Kapitel 2) und zusammen mit dem Geschlecht als unabhängige Variablen (2x2x2-Design) in multivariaten Varianzanalysen eingesetzt. Die abhängigen Variablen dieser MANOVAs wurden thematisch gruppiert.

Zunächst werden nachfolgend soziodemografische Merkmale analysiert, gefolgt von Gesundheit, sozialen Beziehungen, Arbeit und Schule, Substanzkonsum, Sport und Risikosuche, Sexualverhalten sowie Viktimisierungserfahrungen. Entlang dieser Gruppierungen ist auch die anschliessende Darstellung gegliedert.

3.1.1 Soziodemografische Merkmale

Ein Blick auf die Mittelwerte der Tabelle 4 ergibt keine grösseren Altersunterschiede zwischen den Gruppen.

Tabelle 4: Mittelwert und Standardabweichung für die Variable Alter, in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen

			Alter	
Gruppe			M	SD
Mädchen				
	Kein / wenig antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	17.86	1.15
		Hoch depressiv	17.87	1.13
	Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	17.86	1.12
		Hoch depressiv	17.56	1.07
Jungen				
	Kein / wenig antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	17.91	1.19
		Hoch depressiv	18.11	1.30
	Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	17.83	1.18
		Hoch depressiv	17.78	1.17

Gleichwohl sind die Jungen etwas älter als die Mädchen und die Jugendlichen mit viel antisozialem Verhalten etwas jünger als die übrigen Jugendlichen (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Varianzanalyse für die Variable Alter

	ANOVA Alter
Variable	F (1, 7520)
Geschlecht	6.39*
Antisoziales Verhalten	14.00***
Depressive Tendenzen	.43
Geschlecht x antisoziales Verhalten	.29
Geschlecht x depressive Tendenzen	5.51*
Antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	8.22**
Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	.11

Anmerkung. ANOVA = Univariate Varianzanalyse; *p < .05, **p < .01, ***p < .001

Die signifikanten Interaktionen zeigen, dass die Jungen mit depressiven Tendenzen im Vergleich zu den Mädchen mit der gleichen Problematik etwas älter sind. Was uns hier aber vor allem interessiert, ist der Befund, dass die Jugendlichen mit kombiniert antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik im Vergleich zu den anderen Gruppen etwas jünger sind (vgl. Tabelle 5).

Die Kombination der dichotomisierten Problembereiche (antisoziales Verhalten und depressive Tendenzen) ergibt die vier Gruppen der Tabelle 6.

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung des Geschlechts

	D-A-unauffällige Jugendliche n = 5022	Depressive Jugendliche n = 564	Antisoziale Jugendliche n = 1637	Kombiniert antisozial-depressive Jugendliche n = 305	χ^2
	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	(df)
Geschlecht					688.48*** (3)
Mädchen	54.0 (5.6)	76.8 (9.6)	22.4 (-15.1)	45.2	
Jungen	46.0 (-5.4)	23.2 (-9.4)	77.6 (14.7)	54.8	

Anmerkung. SDR = Standardisierte Residuen; ***p < .001

Jungen und Mädchen verteilen sich erwartungsgemäss unterschiedlich auf die acht Zellen: Während Jungen in der Gruppe mit nur antisozialem Verhalten übervertreten sind, findet man überzufällig viele Mädchen in der depressiven Gruppe. Die Geschlechtsverteilung der Gruppe mit der kombinierten Störung weicht, wie an den standardisierten Residuen ersichtlich, nicht von den zufällig erwarteten Häufigkeiten ab (vgl. Tabelle 6).

Jungen ohne depressive Symptomatik und ohne nennenswertes antisoziales Verhalten besuchen häufiger als die anderen drei Gruppen eine *weiterführende Schule*, also z.B. Gymnasium oder Handelsschule (vgl. Tabelle 7). Demgegenüber besuchen bei den Mädchen die depressiven und die kombiniert antisozial und depressiven bedeutend seltener eine weiterführende Schule (vgl. Tabelle 8). Im Übrigen ist bei Jungen und Mädchen der erhöhte *Ausländeranteil* bei der depressiven (aber nicht bei der kombinierten!) Gruppe auffällig (vgl. Tabelle 7 und Tabelle 8). Für die Gruppe mit den kombinierten Problembereichen ist demgegenüber der erhöhte Anteil *geschiedener bzw. getrennter Eltern* charakteristisch; bei den Mädchen dieser Gruppe ist ausserdem der *Anteil der adoptierten Kinder* erhöht (vgl. Tabelle 7 und Tabelle 8).

Der Bildungshintergrund der Eltern von Jugendlichen mit antisozialem Verhalten bzw. mit kombiniertem Bild ist demgegenüber nicht auffällig.

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Variablen Ausbildungstyp, Nationalität, Familienstatus, Wohnort und Adoption für die männlichen Jugendlichen

Jungen	D-A-unauffällige Jugendliche	Depressive Jugendliche	Antisoziale Jugendliche	Kombiniert antisozial-depressive Jugendliche	χ^2
	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	(df)
Ausbildungstyp	n = 2310	n = 131	n = 1270	n = 167	47.53*** (3)
Lehrling	68.7 (-2.2)	82.4	77.8 (2.1)	81.4	
Schüler	31.3 (3.7)	17.6 (-2.1)	22.2 (-3.5)	18.6 (-2.2)	
Nationalität	n = 2310	n = 131	n = 1270	n = 167	18.05*** (3)
Schweizer	85.3	74.0	81.8	80.2	
Nicht-Schweizer	14.7 (-2.1)	26.0 (2.7)	18.2	19.8	
Familienstatus	n = 2296	n = 129	n = 1259	n = 165	23.30[1]*** (6)
Eltern leben zusammen	80.1	76.7	75.7	67.3	
Eltern getrennt / geschieden	16.4 (-2.2)	18.6	20.4	29.1 (3.2)	
Ein Elternteil / beide Elternteile gestorben	3.5	4.7	3.9	3.6	
Wohnort	n = 2283	n = 129	n = 1242	n = 162	22.20*** (3)
Stadt	41.0 (-2.0)	45.0	47.4	53.7	
Land	59.0	55.0	52.6	46.3	
Adoption	n = 2251	n = 127	n = 1224	n = 158	3.51[2] (3)
Ja	0.9	0.8	1.6	1.9	
Nein	99.1	99.2	98.4	98.1	

Anmerkung. SDR = Standardisierte Residuen; ***p < .001; [1] Eine Zelle mit einer erwarteten Häufigkeit von < 5. [2] Zwei Zellen mit einer erwarteten Häufigkeit von < 5.

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Variablen Ausbildungstyp, Nationalität, Familienstatus, Wohnort und Adoption für die weiblichen Jugendlichen

Mädchen	D-A-unauffällige Jugendliche	Depressive Jugendliche	Antisoziale Jugendliche	Kombiniert antisozial-depressive Jugendliche	χ^2
	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	(df)
Ausbildungstyp	n = 2712	n = 433	n = 367	n = 138	17.76*** (3)
Lehrling	58.3	66.1	60.8	71.7	
Schüler	41.7	33.9 (-2.0)	39.2	28.3 (-2.2)	
Nationalität	n = 2310	n = 131	n = 1270	n = 167	52.58*** (3)
Schweizerin	86.4	73.4 (-2.6)	88.3	84.8	
Nicht-Schweizerin	13.6	26.6 (6.2)	11.7	15.2	
Familienstatus	n = 2693	n = 429	n = 360	n = 173	35.59[1]*** (6)
Eltern leben zusammen	78.7	70.6	71.9	62.4	
Eltern getrennt / geschieden	18.0 (-2.1)	24.5 (2.1)	23.1	33.1 (3.4)	
Ein Elternteil / beide Elternteile gestorben	3.3	4.9	5.0	4.5	
Wohnort	n = 2689	n = 431	n = 364	n = 136	13.52** (3)
Stadt	41.8 (-2.0)	49.7	48.4	45.6	
Land	58.2	50.3	51.6	54.4	
Adoption	n = 2612	n = 408	n = 341	n = 129	22.44**[2] (3)
Ja	1.2	2.5	2.1	6.2 (4.1)	
Nein	98.8	97.5	97.9	93.8	

Anmerkung. SDR = Sandardisierte Residuen; ***p <.001

Bezüglich des *Bildungshintergrunds* der Eltern finden sich nur wenige Unterschiede. Auffällig sind vor allem die etwas tieferen Bildungsabschlüsse in der Gruppe der Jugendlichen mit depressiver Symptomatik (vgl. Tabelle 9 und Tabelle 10).

Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung der Variablen Ausbildung der Mutter und Ausbildung des Vaters für die männlichen Jugendlichen

Jungen	D-A-unauffällige Jugendliche	Depressive Jugendliche	Antisoziale Jugendliche	Kombiniert antisozial-depressive Jugendliche	χ^2
	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	(df)
Ausbildung der Mutter	n = 2271	n = 128	n = 1244	n = 162	25.44* (12)
Obligatorische Schule	20.4	29.7 (2.0)	21.5	26.5	
Berufslehre, Berufsschule	47.9	37.5	45.8	32.7 (-2.5)	
Handelsschule oder technische Schule	11.3	11.7	12.4	14.2	
Universität, Hochschule oder Fachhochschule	13.6	12.5	12.2	16.0	
Weiss nicht	6.7	8.6	8.1	10.5	
Ausbildung des Vaters	n = 2249	n = 128	n = 1235	n = 163	18.04 (12)
Obligatorische Schule	14.1	18.8	14.7	15.3	
Berufslehre, Berufsschule	46.2	40.6	46.8	46.0	
Handelsschule oder technische Schule	12.3	14.8	12.1	10.4	
Universität, Hochschule oder Fachhochschule	21.5	16.4	18.5	17.8	
Weiss nicht	5.9	9.4	7.9	10.4	

Anmerkung. SDR = Standardisierte Residuen; *p < .05

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Variablen Ausbildung der Mutter und Ausbildung des Vaters für die weiblichen Jugendlichen

Mädchen	D-A-unauffällige Jugendliche	Depressive Jugendliche	Antisoziale Jugendliche	Kombiniert antisozial-depressive Jugendliche	χ^2
	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	(df)
Ausbildung der Mutter	n = 2679	n = 426	n = 362	n = 132	48.96*** (12)
Obligatorische Schule	21.7	30.5 (3.4)	22.4	18.2	
Berufslehre, Berufsschule	51.8	40.1 (-2.8)	47.2	41.7	
Handelsschule oder technische Schule	9.7	9.9	9.4	13.6	
Universität, Hochschule oder Fachhochschule	12.3	11.7	15.2	15.2	
Weiss nicht	4.5	7.7 (2.2)	5.8	11.4 (3.1)	
Ausbildung des Vaters	n = 2634	n = 417	n = 356	n = 129	48.33*** (12)
Obligatorische Schule	13.9	21.1 (3.3)	14.0	16.3	
Berufslehre, Berufsschule	48.7	44.6	47.2	39.5	
Handelsschule oder technische Schule	11.7	8.4	9.6	13.2	
Universität, Hochschule oder Fachhochschule	20.3	17.5	22.5	15.5	
Weiss nicht	5.4	8.4	6.7	15.5 (4.2)	

Anmerkung. SDR = Standardisierte Residuen; *p < .05

3.1.2 Physische und psychische Gesundheit

Im Folgenden werden anhand des bereits oben zur Prüfung von Alterseffekten verwendeten 2x2x2-Designs (MANOVA) Haupt- und Interaktionseffekte des antisozialen Verhaltens, der Depressivität und des Geschlechts auf diverse Gesundheitsmasse (subjektive Gesundheit, körperliche Beschwerden, Schlafverhalten, Bedarf an Hilfe, Suizidalität) analysiert (vgl. Tabelle 11 und Tabelle 12). Da alle multivariaten Haupteffekte sowie zwei der drei multivariaten Zweifachinteraktionen und die multivariate Dreifachinteraktion signifikant waren (vgl. Tabelle 12), konnten auch die entsprechenden univariaten Analysen durchgeführt und interpretiert werden. Diese Analysen ergeben auf allen abhängigen Massen signifikante Haupteffekte sowohl des Geschlechts als auch (und vor allem) der depressiven Tendenzen und (weniger ausgeprägt) auch des antisozialen Verhaltens (vgl. Tabelle 12). Depressive und antisoziale Jugendliche fühlen sich demnach weniger gesund, haben mehr somatische Beschwerden und Schlafprobleme, berichten mehr Probleme, bei denen sie Hilfe benötigen würden und waren in den 12 Monaten vor der Erhebung auch häufiger suizidal als die Vergleichsjugendlichen.

Die hier besonders interessierende multivariate Interaktion von antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen kommt aufgrund der Angaben zur Suizidalität zustande (vgl. Tabelle 11 und Tabelle 12). Diese Zweifachinteraktion bedeutet, dass der Mittelwert der Gruppe der antisozialen Jugendlichen in Abhängigkeit der depressiven Tendenzen stärker ansteigt als dies bei den nicht antisozialen Jugendlichen der Fall ist.

Tabelle 11: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung der Gesundheit, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen

		Gesundheit und Wohlbefinden									
		Gesundheit		Phys. Beschwerden		Schlaf / Müdigkeit		Probleme, Hilfe benötigt		Suizidale Gedanken	
Gruppe		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Mädchen											
Kein / wenig antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	3.59	.72	1.80	.39	2.08	.58	2.42	1.96	.43	.92
	Hoch depressiv	3.19	.72	2.14	.47	2.65	.69	5.39	2.23	2.10	1.63
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	3.45	.82	1.87	.39	2.17	.59	3.41	2.21	.91	1.30
	Hoch depressiv	2.99	.84	2.26	.49	2.70	.74	6.21	2.54	2.57	1.61
Jungen											
Kein / wenig antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	3.90	.78	1.53	.34	1.79	.51	1.56	1.78	.27	.72
	Hoch depressiv	3.31	.94	1.81	.43	2.32	.69	4.65	2.62	1.56	1.55
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	3.60	.86	1.66	.40	1.94	.55	2.51	2.25	.56	1.01
	Hoch depressiv	3.17	.85	2.00	.45	2.47	.75	5.65	2.92	2.33	1.69

Tabelle 12: Multivariate und univariate Varianzanalysen: F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen

		ANOVA				
	MANOVA	Gesundheit	Phys. Beschwerden	Schlaf / Müdigkeit	Probleme, Hilfe benötigt	Suizidale Gedanken
Variable	F (5, 7398)	F (1, 7402)	F (1, 7402)	F (1, 7402)	F (1, 7402)	F (1, 7402)
Geschlecht	62.65***	31.90***	274.01***	129.06***	79.27***	53.49***
Antisoziales Verhalten	44.46***	33.07***	58.17***	19.72***	117.38***	137.41***
Depressive Tendenzen	442.41***	204.62***	445.25***	508.57***	1238.33***	1438.86***
Geschlecht x antisoziales Verhalten	.87	.28	2.91	2.04	.01	.39
Geschlecht x depressive Tendenzen	2.82*	1.96	3.53	.12	1.67	2.01
Antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	2.90*	1.31	1.55	.41	.32	6.93**
Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	2.58*	3.00	.00	.27	.07	8.45***

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

Damit ist *Hypothese 4*, die genau diese Interaktion postuliert, bestätigt. Die ebenfalls signifikante Dreifachinteraktion kommt zustande, weil die eben beschriebene Interaktion bei den Jungen (vgl. Abbildung 10) ausgeprägter ist als bei den Mädchen.

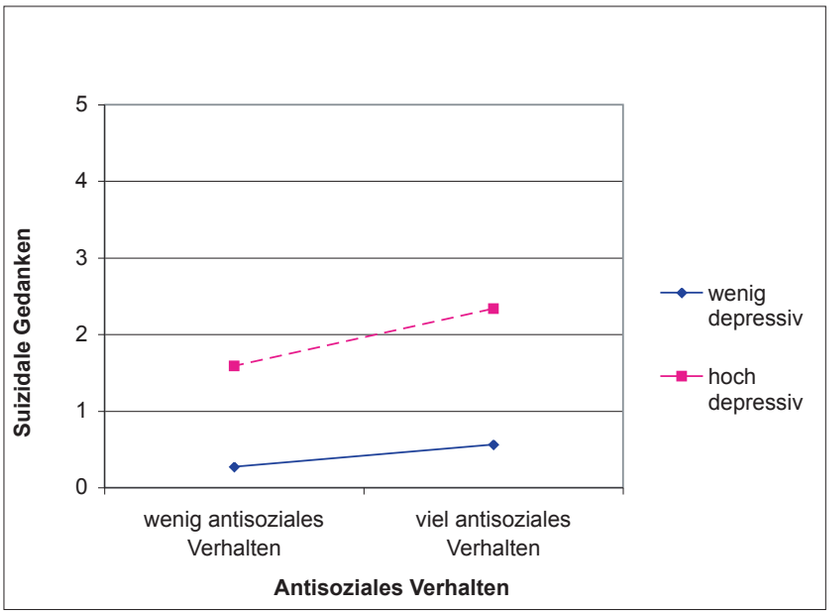

Abbildung 10: Ausmass suizidaler Gedanken in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen bei den männlichen Jugendlichen

Die Jugendlichen der kombinierten Gruppe sind im Vergleich zu den übrigen Jugendlichen auch bezüglich weiterer Gesundheitsaspekte besonders belastet. Wie die Jungen der depressiven Gruppe leiden Jungen mit kombiniertem Bild häufiger an körperlichen Behinderungen und wie die antisoziale Gruppe leiden sie häufiger an chronischen Krankheiten und an Unfallfolgen (vgl. Tabelle 13). Ein etwas anderes Ergebnis findet man bei den Mädchen: Die kombinierte Gruppe ist mehr als alle drei andern Gruppen durch körperliche Behinderungen, chronische Krankheiten und Unfälle belastet (vgl. Tabelle 14). Aufgrund der oben bereits berichteten Ergebnisse zur Suizidalität überrascht es nicht, dass sowohl die Einjahres- als auch die Lebenszeitprävalenzen der Suizidversuche bei Jungen und Mädchen gegenüber den andern Gruppen erhöht sind. Die Lebenszeitprävalenzen von 25% (Jungen) bzw. 31% (Mädchen) müssen als ausserordentlich hoch bezeichnet werden.

Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung der Variablen körperliche Behinderung, chronische Krankheit, Unfälle und Suizidversuche für die männlichen Jugendlichen

Jungen		D-A-unauffällige Jugendliche	Depressive Jugendliche	Antisoziale Jugendliche	Kombiniert antisozial-depressive Jugendliche	χ^2
		% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	(df)
Körperliche Behinderung		n = 2246	n = 124	n = 1231	n = 161	24.12*** (3)
	Ja	5.8 (-2.2)	14.5 (3.1)	8.0	12.4 (2.5)	
	Nein	94.2	85.5	92.0	87.6	
Chronische Krankheit		n = 2240	n = 122	n = 1225	n = 159	13.26[1] ** (3)
	Ja	3.2 (-2.0)	4.1	5.2 (2.0)	7.5 (2.2)	
	Nein	96.8	95.9	94.8	92.5	
Unfälle (12 Mt.)		n = 2265	n = 130	n = 1234	n = 161	49.42*** (3)
	Ja	29.9 (-3.3)	31.5	40.0 (3.6)	47.2 (2.9)	
	Nein	70.1 (2.4)	68.5	60.0 (-2.6)	52.8 (-2.1)	
Suizidversuche (12 Mt.)		n = 2280	n = 130	n = 1249	n = 163	223.80[2] *** (3)
	Ja	0.5 (-4.0)	6.9 (4.9)	1.2	14.7 (13.4)	
	Nein	99.5	93.1	98.8	85.3	
Suizidversuche (Lebenszeit)		n = 2290	n = 130	n = 1258	n = 166	316.70[1] *** (3)
	Ja	1.3 (-5.0)	10.0 (4.4)	2.9	25.3 (16.2)	
	Nein	98.7	90.0	97.1	74.7 (-2.9)	

Anmerkung. SDR = Standardisierte Residuen; [1] Eine Zelle mit erwarteter Häufigkeit < 5. [2] Zwei Zellen mit erwarteter Häufigkeit < 5; **p < .01, ***p < .001

Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung der Variablen körperliche Behinderung, chronische Krankheit, Unfälle und Suizidversuche für die weiblichen Jugendlichen

Mädchen		D-A-unauffällige Jugendliche	Depressive Jugendliche	Antisoziale Jugendliche	Kombiniert antisozial-depressive Jugendliche	χ^2
		% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	(df)
Körperliche Behinderung		n = 2619	n = 417	n = 349	n = 128	39.36*** (3)
	Ja	4.9 (-2.3)	7.9	8.0	17.2 (5.2)	
	Nein	95.1	92.1	92.0	82.8	
Chronische Krankheit		n = 2630	n = 415	n = 350	n = 127	25.31*** (3)
	Ja	5.9	8.4	5.7	16.5 (4.4)	
	Nein	94.1	91.6	94.3	83.5	
Unfälle (12 Mt.)		n = 2656	n = 423	n = 359	n = 131	10.11* (3)
	Ja	22.2	25.3	26.2	32.1 (2.1)	
	Nein	77.8	74.7	73.8	67.9	
Suizidversuche (12 Mt.)		n = 2681	n = 422	n = 360	n = 136	238.25*** (3)
	Ja	1.4 (-6.2)	12.3 (9.2)	4.4	20.6 (10.2)	
	Nein	98.6	87.7	95.6	79.4 (-2.0)	
Suizidversuche (Lebenszeit)		n = 2689	n = 429	n = 362	n = 137	255.43*** (3)
	Ja	4.6 (-6.8)	22.4 (9.9)	11.9 (2.2)	31.4 (9.2)	
	Nein	95.4 (2.1)	77.6 (-3.0)	88.1	68.6 (-2.8)	

Anmerkung. SDR = Standardisierte Residuen; *p ≤ .05, ***p < .001

3.1.3 Soziale Beziehungen

Im Hinblick auf die sozialen Beziehungen steht wiederum die Frage im Vordergrund, wie sich die Jugendlichen der kombinierten Gruppe im Vergleich zu den (lediglich) depressiven und (lediglich) antisozialen Jugendlichen sowie zu den Jugendlichen ohne nennenswerte depressive bzw. antisoziale Merkmale charakterisieren lassen. Der Abschnitt folgt der oben bereits verwendeten Auswertungslogik (2x2x2-MANOVA), wobei hier die Haupt- und Interaktionseffekte des antisozialen Verhaltens, der depressiven Tendenzen und des Geschlechts auf die Qualität der Beziehung zu den Eltern, auf das Ausmass der Sorge über eine elterliche Trennung, auf die Furcht, von den Eltern geschlagen zu werden sowie auf die Qualität der Peer-Beziehungen analysiert werden (vgl. Tabelle 15 und Tabelle 16).

Insgesamt beurteilen die Mädchen ihre Familienbeziehungen kritischer, die Peer-Beziehungen jedoch positiver als die Jungen. Demgegenüber beurteilen depressive Jugendliche sowohl die Familien- als auch die Peer-Beziehungen negativer als die nicht depressiven Jugendlichen. Die Gruppe der antisozialen Jugendlichen schätzt die Eltern-Beziehung negativer ein als die übrigen Jugendlichen. Aus der Tabelle 16 geht hervor, dass alle multivariaten Haupteffekte sowie zwei der drei multivariaten Zweifachinteraktionen signifikant sind.

Von besonderem Interesse ist wiederum die (hier allerdings schwache) Zweifachinteraktion von antisozialem Verhalten und depressiver Tendenzen auf die Furcht, von den Eltern geschlagen zu werden. Interessanterweise ist der Anstieg dieser Furcht innerhalb der Gruppe der nicht antisozialen Jugendlichen – insbesondere der *männlichen* Jungendlichen – in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik stärker als in der Gruppe der antisozialen Jugendlichen. Das antisoziale Verhalten scheint also diese Furcht in gewisser Weise sogar abzuschwächen.

Tabelle 15: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung der sozialen Beziehungen, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen

		Soziale Beziehungen							
		Qualität Beziehung zu Eltern		Sorge einer elterlichen Trennung		Furcht, von den Eltern geschlagen zu werden		Qualität Beziehung zu Peers	
Gruppe		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Mädchen									
Kein / wenig antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	3.37	.58	1.53	.84	1.16	.53	3.59	.48
	Hoch depressiv	2.92	.75	1.85	1.10	1.56	.56	3.38	.62
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	3.09	.72	1.48	.80	1.28	.71	3.61	.47
	Hoch depressiv	2.64	.83	1.80	1.07	1.56	.98	3.36	.61
Jungen									
Kein / wenig antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	3.39	.51	1.39	.73	1.08	.36	3.38	.54
	Hoch depressiv	2.93	.79	1.65	1.00	1.28	.70	3.25	.68
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	3.20	.62	1.42	.77	1.14	.49	3.40	.55
	Hoch depressiv	2.75	.75	1.65	1.00	1.23	.62	3.26	.65

Tabelle 16: Multivariate und univariate Varianzanalysen: F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen

		ANOVA			
	MANOVA	Qualität Beziehung zu Eltern	Sorge einer elterlichen Trennung	Furcht, von den Eltern geschlagen zu werden	Qualität Beziehung zu Peers
Variable	F (4, 6800)	F (1, 6803)	F (1, 6803)	F (1, 6803)	F (1, 6803)
Geschlecht	39.46***	9.72**	15.59***	87.51***	58.95***
Antisoziales Verhalten	22.02***	80.70***	.13	.33	.55
Depressive Tendenzen	99.50***	303.47***	59.48***	95.76***	61.88***
Geschlecht x antisoziales Verhalten	2.19	5.44*	.52	3.31	.02
Geschlecht x depressive Tendenzen	5.44***	.09	1.41	19.62***	1.49
Antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	3.00*	.01	.07	10.87***	.54
Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	.17	.21	.25	.01	.15

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; * ≤ .05, **p < .01, ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

Im Folgenden wird auf weitere Aspekte sozialer Beziehungen eingegangen. Ähnlich wie die depressiven Jugendlichen, berichten die Jugendlichen der kombinierten Gruppe etwas häufiger, sie hätten keinen Freund bzw. keine Freundin, mit dem / der sie reden könnten (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Häufigkeitsverteilung der Variable Freund, mit dem man reden kann, nach Geschlechtern getrennt dargestellt

Freund/Freundin, mit dem/der ich reden kann		D-A-unauffällige Jugendliche % (SDR)	Depressive Jugendliche % (SDR)	Antisoziale Jugendliche % (SDR)	Kombiniert antisozial-depressive Jugendliche % (SDR)	χ^2 (df)
Mädchen		n = 2670	n = 425	n = 359	n = 136	18.711*** (3)
	Ja	97.9	95.5	98.9	94.1	
	Nein	2.1	4.5 (2.8)	1.1	5.9 (2.6)	
Jungen		n = 2263	n = 130	n = 1235	n = 154	13.58** (3)
	Ja	93.9	89.2	94.9	89.0	
	Nein	6.1	10.8 (2.1)	5.1	11.0 (2.5)	

Anmerkung. SDR = Standardisierte Residuen; [1] Eine Zelle mit einem erwarteten Wert < 5. **p ≤ .01, ***p ≤ .001

Der Mangel an Gesprächspartnern zeigt sich auch in den Kontakten innerhalb der Familie, in der diese Jugendlichen seltener als die anderen Jugendlichen über gesundheitliche, schulische bzw. arbeitsbezogene und psychische Probleme reden können (vgl. Tabelle 18 und Tabelle 19). Während die männlichen Jugendlichen mit kombinierten Problembereichen ein ähnliches Muster wie die (nur) depressiven männlichen Jugendlichen aufweisen, heben sich die weiblichen Jugendlichen mit kombiniertem (antisozial-depressivem) Bild stärker von den nur depressiven Mädchen ab und zeigen ein problematischeres Muster als diese. Bemerkenswert ist beispielsweise, dass die kombiniert antisozial-depressiven Mädchen am signifikant seltensten – im Vergleich zu den drei anderen Gruppen – bei Gesundheitsproblemen überhaupt mit der Familie darüber sprechen oder dass nur 17% mit dieser über psychische Probleme reden können (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Variablen Gesprächspartner betreffend verschiedener Probleme bei den männlichen Jugendlichen

Jungen Mit jemandem über Probleme sprechen	D-A-unauffällige Jugendliche (n = 2310)	Depressive Jugendliche (n = 131)	Antisoziale Jugendliche (n = 1270)	Kombiniert antisozial-depressive Jugendliche (n = 167)	χ^2
Probleme betreffend…	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	(df)
Gesundheit					
Familie	86.8 (2.3)	64.9 (-2.2)	79.2	62.9 (-2.8)	111.96*** (3)
Nahestehende erwachsene Person	7.7	9.2	9.5	10.8	4.58 (3)
Freunde	29.1 (-2.1)	30.5	36.5 (3.1)	29.9	21.08*** (3)
Freund / Freundin	17.7	13.0	21.0	25.1	13.11** (3)
Erwachsene in der Schule / bei der Arbeit	4.0	3.8	4.7	6.0	2.18 (3)
Spreche nicht darüber	6.7 (-3.6)	18.3 (3.6)	10.4	21.0 (5.2)	61.31*** (3)
Schule / Arbeit					
Familie	70.5 (3.2)	45.8 (-2.7)	61.0	38.9 (-4.2)	110.76*** (3)
Nahestehende erwachsene Person	8.4	7.6	10.6	12.0	6.45 (3)
Freunde	43.7	46.6	47.1	38.3	6.83 (3)
Freund / Freundin	18.9	16.8	22.3	25.1	9.25* (3)
Erwachsene in der Schule / bei der Arbeit	13.6	13.0	14.2	13.8	0.30 (3)
Spreche nicht darüber	8.5 (-2.6)	19.1 (3.2)	10.9	22.8 (5.0)	47.41*** (3)
Psyche					
Familie	41.6 (5.0)	16.0 (-3.7)	28.7 (-4.0)	15.6 (-4.3)	113.69*** (3)
Nahestehende erwachsene Person	5.2	4.6	4.1	7.2	4.10 (3)
Freunde	35.9	35.9	39.8	33.5	6.44 (3)
Freund / Freundin	18.3	16.0	21.8	28.7 (2.6)	16.23[2]*** (3)
Erwachsene in der Schule / bei der Arbeit	1.6	1.5	1.7	1.8	0.09 (3)
Spreche nicht darüber	24.5 (-2.3)	40.5 (3.0)	28.7	38.3 (2.8)	31.72*** (3)

Anmerkung. SDR = Standardisierte Residuen; [1] Zwei Zellen mit erwarteter Häufigkeit < 5. *p ≤ .05, **p ≤ .01, ***p ≤ .001

Tabelle 19: Häufigkeitsverteilung der Variablen Gesprächspartner betreffend verschiedener Probleme bei den weiblichen Jugendlichen

Mädchen Mit jemandem über Probleme sprechen	D-A-unauffällige Jugendliche (n = 2712)	Depressive Jugendliche (n = 433)	Antisoziale Jugendliche (n = 367)	Kombiniert antisozial-depressive Jugendliche (n = 138)	χ^2
Probleme betreffend…	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	(df)
Gesundheit					
Familie	89.5	78.1	81.7	68.1 (-2.3)	93.85*** (3)
Nahestehende erwachsene Person	11.0	11.3	11.4	13.0	0.65 (3)
Freunde	52.0	48.0	56.4	44.2	8.75* (3)
Freund / Freundin	36.9	31.6	44.1 (2.4)	26.8	19.39*** (3)
Erwachsene in der Schule / bei der Arbeit	4.0	5.8	6.5	8.0	10.09* (3)
Spreche nicht darüber	2.6 (-3.5)	9.0 (5.4)	3.8	14.5 (6.3)	83.67*** (3)
Schule / Arbeit					
Familie	74.3 (2.8)	57.0 (-3.2)	61.9	41.3 (-4.0)	123.51*** (3)
Nahestehende erwachsene Person	10.6	12.2	13.4	13.8	4.14 (3)
Freunde	63.9	57.3	71.1	59.4	17.62*** (3)
Freund / Freundin	38.2	33.3	45.8 (2.4)	33.3	14.80** (3)
Erwachsene in der Schule / bei der Arbeit	12.3	11.5	14.7	13.0	2.16 (3)
Spreche nicht darüber	4.0 (-2.8)	9.5 (3.9)	5.2	16.7 (5.9)	60.60*** (3)
Psyche					
Familie	42.0 (3.7)	23.8 (-4.7)	30.0 (-2.4)	16.7 (-4.0)	92.71*** (3)
Nahestehende erwachsene Person	6.3	7.6	7.1	6.5	1.25 (3)
Freunde	58.7	50.8	65.4	44.9 (-2.0)	27.64*** (3)
Freund / Freundin	35.6	29.3 (-2.1)	42.5 (2.4)	26.1	20.33*** (3)
Erwachsene in der Schule / bei der Arbeit	1.7 (-2.0)	5.1 (3.9)	2.2	5.1 (2.2)	25.12[2]*** (3)
Spreche nicht darüber	14.7 (-4.3)	33.3 (7.3)	18.5	39.9 (6.0)	131.59*** (3)

Anmerkung. SDR = Standardisierte Residuen; [1] Eine Zelle mit erwarteter Häufigkeit < 5. *p ≤ .05, **p ≤ .01, ***p ≤ .001

3.1.4 Schule – Arbeit

Als weiteres Beschreibungsmerkmal der hier zur Diskussion stehenden Gruppen werden nun die subjektiven Einschätzungen der Jugendlichen den schulischen Erfolg betreffend, die Zuversicht, die gegenwärtige Ausbildung abzuschliessen und dereinst einen Job zu finden sowie entschuldigte und unentschuldigte Absenzen bei der Arbeit und in der Schule betrachtet. Der bisherigen Auswertungslogik folgend werden wiederum 2x2x2-MANOVAs gerechnet, um die Haupt- und Interaktionseffekte des antisozialen Verhaltens, der depressiven Tendenzen und des Geschlechts aufzudecken (vgl. Tabelle 20 und Tabelle 21).

Die erwähnten ausbildungs- und schulbezogenen Beurteilungen fallen bei depressiven Jugendlichen deutlich skeptischer aus als bei den nicht depressiven Jugendlichen. Auch die antisozialen Jugendlichen beurteilen im Vergleich zu den übrigen Jugendlichen ihren Schulerfolg und die beruflichen Aussichten skeptischer, was – kombiniert mit dem erhöhten Schulabsentismus – eine wohl realistische Einschätzung ist. Das Geschlecht ist nur marginal signifikant und kann hier vernachlässigt werden. Da keine der multivariaten Interaktionen signifikant ist, bedeutet dies für die kombinierte Gruppe, dass alle Effekte additiv sind. Dennoch scheint es erwähnenswert, dass die kombinierte Gruppe durch die beiden additiven Haupteffekte auch in diesem Bereich diejenige Gruppe ist, die am stärksten belastet ist: Die kombiniert antisozial-depressiven Jugendlichen haben die schlechtesten Noten, berichten die geringste Zuversicht betreffend Ausbildungsabschluss und Finden einer Arbeitsstelle und fehlen darüber hinaus am häufigsten in der Schule, sei dies, weil sie geschwänzt haben oder krankheitshalber oder aus anderen Gründen nicht zur Schule gehen konnten.

Die *Hypothese 3a*, wonach bezüglich des schulischen Erfolgs Interaktionseffekte bestehen, muss allerdings verworfen werden.

Tabelle 20: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung des schulischen Erfolges bzw. der schulischen Absenzen, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen

		Schulischer Erfolg, schulische Absenzen											
		Gute Noten		Zuversicht, Ausbildung abzuschliessen		Zuversicht, Job zu finden		Schule / Arbeit geschwänzt		Schule / Arbeit krankheitshalber gefehlt		Schule / Arbeit aus anderen Gründen gefehlt	
Gruppe		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Mädchen													
Kein / wenig antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	3.02	.68	3.41	.64	3.36	.64	1.32	.59	1.30	.52	1.15	.39
	Hoch depressiv	2.75	.78	3.10	.79	3.07	.79	1.40	.67	1.45	.62	1.26	.52
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	2.79	.78	3.34	.68	3.36	.68	1.58	.73	1.45	.59	1.26	.53
	Hoch depressiv	2.47	.78	2.84	.95	3.01	.84	1.55	.75	1.54	.69	1.26	.57
Jungen													
Kein / wenig antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	3.01	.70	3.46	.62	3.45	.63	1.24	.53	1.23	.46	1.17	.43
	Hoch depressiv	2.76	.90	3.10	.82	3.22	.80	1.28	.64	1.36	.57	1.22	.58
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	2.84	.76	3.37	.69	3.46	.65	1.40	.67	1.35	.54	1.23	.48
	Hoch depressiv	2.56	.85	2.96	.84	3.05	.88	1.56	.78	1.48	.66	1.37	.68

Tabelle 21: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen

		ANOVA					
	MANOVA	Gute Noten	Zuversicht, Ausbildung abzuschliessen	Zuversicht, Job zu finden	Schule / Arbeit geschwänzt	Schule / Arbeit krankheitshalber gefehlt	Schule / Arbeit aus anderen Gründen gefehlt
Variable	F (6,7194)	F (1,7199)	F (1,7199)	F (1,7199)	F (1,7199)	F (1,7199)	F (1,7199)
Geschlecht	6.07***	1.44	2.82	9.22**	14.18***	13.67***	.70
Antisoziales Verhalten	21.44***	52.84***	26.74***	4.31*	71.37***	29.02***	17.57***
Depressive Tendenzen	44.25***	88.01***	192.10***	138.36***	7.08**	32.70***	13.88***
Geschlecht x antisoziales Verhalten	.68	1.03	.60	.41	.06	.03	1.31
Geschlecht x depressive Tendenzen	.41	.07	.00	.35	1.42	.05	1.07
Antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	1.07	.39	4.71*	3.76	.08	.20	.05
Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	1.75	.00	1.07	.93	4.12*	.13	4.85*

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; * ≤ .05; **p < .01; ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

73.1.5 Substanzkonsum

Nachdem die bisherigen Auswertungen einige diskriminierende Merkmale des kombinierten (antisozial-depressiven) Typs ergeben haben und diese Gruppe in verschiedenen Bereichen am stärksten belastet zu sein scheint, macht es Sinn auch den Substanzkonsum nach der gleichen Auswertungslogik zu analysieren.

Der *Alkoholkonsum* ist bei den antisozialen Jugendlichen (im Vergleich zu den übrigen Jugendlichen) und bei den Jungen (im Vergleich zu den Mädchen) deutlich erhöht; bei den gleichen Gruppen ist auch der *Alkoholmissbrauch* häufiger (vgl. Tabelle 22 und Tabelle 23). Der Alkoholkonsum der depressiven Gruppe ist gegenüber den nicht oder nur wenig depressiven Jugendlichen nur leicht erhöht; allerdings berichten die depressiven Jugendlichen im Zusammenhang mit ihrem Alkoholkonsum deutlich mehr Probleme als die Vergleichsgruppe (vgl. Tabelle 23).

Die multivariate Interaktion des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen auf Alkoholkonsum und –missbrauch ist zwar leicht signifikant, die einzelnen univariaten Varianzanalysen hingegen nicht. Aus diesem Grund kann von additiven Effekten ausgegangen werden. Dies bedeutet dennoch, dass die kombinierte (antisozial-depressive) Gruppe den höchsten Konsum und die höchsten Missbrauchsquoten aufweist. Besonders ausgeprägt sind denn auch die von dieser Gruppe berichteten Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum (vgl. dazu auch Abbildung 11).

Tabelle 22: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung des Alkoholkonsums, der Episoden von Betrunkenheit und der Probleme im Zusammenhang mit Alkoholkonsum, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen

		Alkoholkonsum											
		Alkohol-konsum		Binge Drinking, vergangene 12 Mt.		Betrunkenheit, Lebenszeit		Betrunkenheit, vergangene 12 Mt.		Betrunkenheit, vergangene 30 Tage		Probleme mit Alkoholkonsum	
Gruppe		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Mädchen													
Kein / wenig anti-soziales Verhalten	Wenig depressiv	1.88	.55	1.85	.89	2.61	.75	2.01	.77	1.33	.54	.41	.97
	Hoch depressiv	1.97	.67	2.03	1.01	2.71	.84	2.12	.84	1.41	.60	.91	1.50
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	2.25	.70	2.46	1.07	3.09	.82	2.46	.95	1.65	.74	1.48	1.79
	Hoch depressiv	2.37	.78	2.50	1.11	2.88	.83	2.49	.86	1.66	.76	2.07	2.05
Jungen													
Kein / wenig anti-soziales Verhalten	Wenig depressiv	2.18	.70	2.37	1.05	2.96	.83	2.38	.90	1.56	.69	.74	1.32
	Hoch depressiv	2.23	.81	2.45	1.11	2.94	.88	2.29	.95	1.63	.77	1.07	1.74
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	2.65	.83	3.03	1.05	3.41	.76	2.87	.95	1.99	.88	1.97	2.05
	Hoch depressiv	2.75	.95	3.14	1.03	3.44	.79	2.93	1.00	2.06	.89	2.82	2.66

Tabelle 23: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen

		ANOVA					
	MANOVA	Alkohol-konsum	Binge Drinking, vergangene 12 Mt.	Betrunkenheit, Lebenszeit	Betrunkenheit, vergangene 12 Mt.	Betrunkenheit, vergangene 30 Tage	Probleme im Zusammenhang mit Alkohol-konsum
Variable	F (6,4835)	F (1,4835)	F (1,4835)	F (1,4835)	F (1,4835)	F (1,4835)	F (1,4835)
Geschlecht	24.62***	103.19***	80.50***	79.20***	66.03***	78.64***	20.56***
Antisoziales Verhalten	54.36***	119.58***	111.59***	117.05***	132.10***	108.64***	246.72***
Depressive Tendenzen	11.33***	10.05**	3.89*	.09	1.27	3.18	53.38***
Geschlecht x antisoziales Verhalten	2.00	3.94*	2.91	2.50	2.25	4.64*	9.11**
Geschlecht x depressive Tendenzen	1.81	.36	3.08	.08	1.20	.39	.38
Antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	2.26*	3.37	1.65	1.21	.04	.38	3.14
Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	1.43	.08	1.41	3.92*	1.03	.35	5.38*

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; * ≤ .05, **p < .01, ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

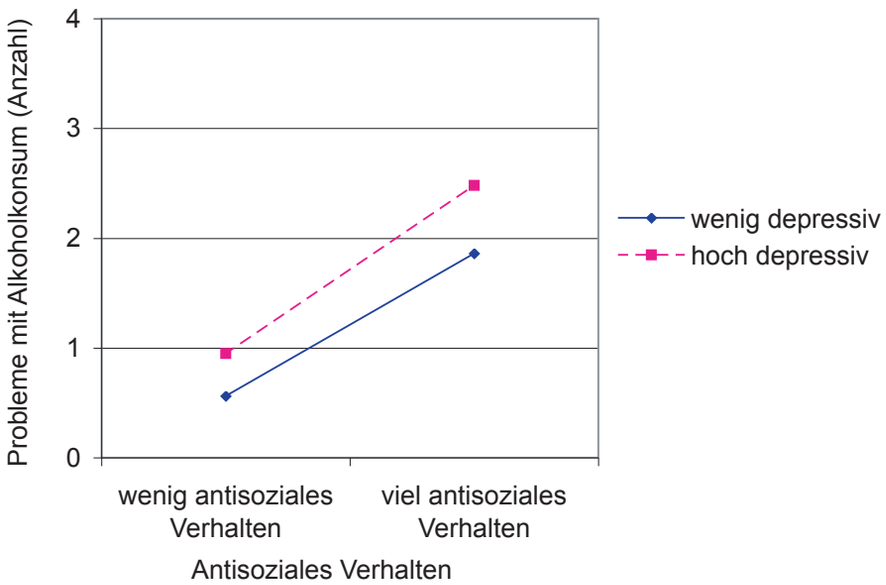

Abbildung 11: Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen

Zu den oben dargestellten Ergebnissen passt auch die hohe *Prävalenz des Rauchens* in der kombinierten Gruppe (vgl. Tabelle 24 und Tabelle 25). Im Hinblick auf die *Lebenszeitprävalenzen* der *Betrunkenheit* (Alkohol) und des *Cannabiskonsums* bewegt sich die kombinierte Gruppe auf dem gleichen Niveau wie die (rein) antisoziale Gruppe (vgl. Tabelle 24 und Tabelle 25). Jungen und Mädchen unterscheiden sich in diesen Bereichen nicht wesentlich.

Tabelle 24: Häufigkeit (%) von Rauchen, Betrunkenheit (Lebenszeitprävalenz) und Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz) als eine Funktion des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen, bei männlichen Jugendlichen

Jungen	D-A-unauffällige Jugendliche	Depressive Jugendliche	Antisoziale Jugendliche	Kombiniert antisozial-depressive Jugendliche	χ^2
	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	(df)
Rauchen	n = 2292	n = 128	n = 1253	n = 166	392.68*** (9)
Nie	59.7 (8.4)	46.9	29.2 (-9.5)	21.1 (-5.0)	
Aufgehört	3.3 (2.3)	4.7	5.9 (2.7)	6.0	
Unregelmässig	13.4	12.5	16.2	12.0	
Regelmässig	23.6 (-8.4)	35.9	48.7 (9.1)	60.8 (6.0)	
Betrunkenheit, Lebenszeit	n = 2240	n = 124	n = 1221	n = 160	175.06*** (3)
Ja	73.9 (-3.6)	80.6	91.4 (4.2)	94.4 (1.9)	
Nein	26.1 (7.3)	19.4	8.6 (-8.5)	5.6 (-3.9)	
Cannabis, Lebenszeit	n = 2302	n = 128	n = 1261	n = 166	371.34*** (3)
Ja	52.7 (-7.0)	58.6	83.7 (8.6)	83.7 (3.1)	
Nein	47.3 (9.4)	41.4	16.3 (-11.5)	16.3 (-4.2)	

Anmerkung. SDR = Standardisierte Residuale; ***p < .001

Tabelle 25: Häufigkeit (%) von Rauchen, Betrunkenheit (Lebenszeitprävalenz) und Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz) als eine Funktion des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen, bei weiblichen Jugendlichen

Mädchen	D-A-unauffällige Jugendliche	Depressive Jugendliche	Antisoziale Jugendliche	Kombiniert antisozial-depressive Jugendliche	χ^2
	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	(df)
Rauchen	n = 2695	n = 426	n = 367	n = 136	255.73*** (9)
Nie	55.3 (4.7)	40.4 (-2.5)	24.0 (-6.8)	17.6 (-5.2)	
Aufgehört	4.5	5.4	7.9 (2.6)	4.4	
Unregelmässig	15.0	13.6	14.2	16.2	
Regelmässig	25.2 (-5.7)	40.6 (3.4)	54.0 (7.8)	61.8 (6.4)	
Betrunkenheit, Lebenszeit	n = 2645	n = 422	n = 357	n = 132	157.62*** (3)
Ja	57.6 (-3.4)	67.1	87.7 (5.9)	85.6 (3.3)	
Nein	42.4 (4.4)	32.9	12.3 (-7.7)	14.4 (-4.3)	
Cannabis, Lebenszeit	n = 2692	n = 429	n = 366	n = 138	261.54*** (3)
Ja	48.0 (-4.4)	55.2	87.7 (8.7)	85.5 (5.0)	
Nein	52.0 (4.8)	44.8	12.3 (-9.5)	14.5 (-5.4)	

Anmerkung. SDR = Standardisierte Residuen; ***p < .001

Auch im Hinblick auf den illegalen Substanzkonsum (ohne Cannabis) finden wir keine Geschlechtsunterschiede, dafür wiederum deutliche Effekte des antisozialen Verhaltens und (etwas schwächer) der depressiven Tendenzen (vgl. Tabelle 26 und Tabelle 27). Antisoziale und depressive Jugendliche konsumieren mehr illegale Drogen und haben mehr diesbezüg-

liche Probleme als die jeweiligen Vergleichsgruppen (ohne antisoziales Verhalten bzw. ohne depressive Tendenzen).

Tabelle 26: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung des Konsums illegaler Substanzen (ohne Cannabis) und Probleme in diesem Zusammenhang, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen

		Konsum illegaler Substanzen (ohne Cannabis)			
		Konsum illegaler Substanzen		Probleme mit Konsum illegaler Substanzen	
Gruppe		M	SD	M	SD
Mädchen		.30	.88	.46	1.32
Kein / wenig antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	.17	.64	.26	1.00
	Hoch depressiv	.36	.87	.67	1.68
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	.81	1.33	1.05	1.74
	Hoch depressiv	1.24	1.80	1.89	2.32
Jungen		.51	1.18	.64	1.49
Kein / wenig antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	.24	.77	.24	.82
	Hoch depressiv	.34	.85	.67	1.79
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	.89	1.48	1.18	1.89
	Hoch depressiv	1.28	1.94	1.79	2.42

Die (schwache, aber doch signifikante) Interaktion des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen (vgl. Tabelle 27) belegt die besondere Belastung der kombiniert (antisozial-depressiven) Gruppe, die in diesem Fall den rein additiven Effekt übersteigt, womit *Hypothese 3b* als bestätigt betrachtet werden kann.

Tabelle 27: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen

		ANOVA	
	MANOVA	Konsum illegaler Substanzen (ohne Cannabis)	Probleme mit Konsum illegaler Substanzen
Variable	F (2,6838)	F (1,6839)	F (1,6839)
Geschlecht	.58	1.05	.01
Antisoziales Verhalten	236.32***	329.54***	315.48***
Depressive Tendenzen	55.15***	42.16***	101.10***
Geschlecht x antisoziales Verhalten	.08	.15	.08
Geschlecht x depressive Tendenzen	.53	.58	.85
Antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	6.34*	10.13***	7.00**
Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	.78	.07	1.10

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; * ≤ .05, **p < .01, ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

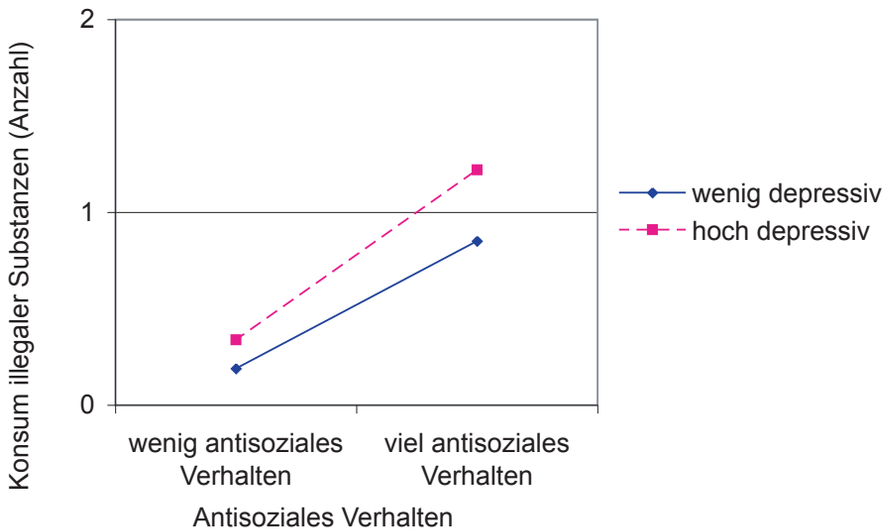

Abbildung 12: Konsum illegaler Substanzen (ohne Cannabis) in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen

Die Abbildung 12 und Abbildung 13 visualisieren je die signifikante Interaktion des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen aus den univariaten Varianzanalysen. Sowohl hinsichtlich der Anzahl konsumierten illegalen Substanzen (Lebenszeitprävalenz, ohne Cannabis) als auch hinsichtlich den damit verbundenen Problemen (z.B. Verlust von Wertgegenständen, Unfälle, Verletzungen, ungeschützter Geschlechtsverkehr etc.) sind die kombiniert antisozial-depressiven Jugendlichen bedeutend belasteter: Sie haben in ihrem Leben bereits mehr verschiedene illegale Substanzen konsumiert und haben mit dem Konsum dieser illegalen Substanzen bedeutend mehr Probleme als die übrigen Gruppen.

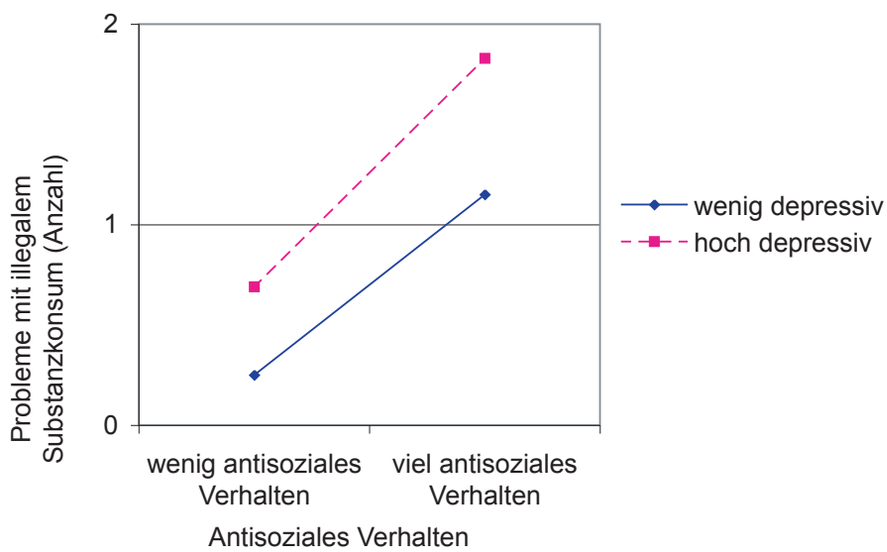

Abbildung 13: Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Substanzen in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen

Bei den *verschriebenen* und *nicht verschriebenen Medikamenten* finden sich deutliche und über verschiedene Medikamente hinweg konsistente Geschlechts- und Depressivitätseffekte (vgl. Tabelle 28 und Tabelle 29, am Beispiel *verschriebener* Medikamente): Weibliche und depressive Jugendliche konsumieren mehr Medikamente als männliche und nicht depressive Jugendliche. Eine Ausnahme bilden Medikamente gegen Akne, die von den depressiven und von den Mädchen nicht häufiger eingenommen werden als von nicht depressiven Jugendlichen und von Jungen. Die antisozialen Jugendlichen konsumieren nur marginal mehr Medikamente (vgl. Tabelle 28 und Tabelle 29) und auch die Interaktion des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen ist nur sehr schwach (wenngleich signifikant). Man kann deshalb davon ausgehen, dass die kombiniert antisozial-depressive Gruppe weitgehend einem additiven Muster – also dem erhöhten Medikamentenkonsum der depressiven plus die marginale Steigerung der antisozialen Jugendlichen – folgt.

Tabelle 28: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung des Konsums verschriebener Medikamente, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen

		Konsum von einem Arzt *verschriebener* Medikamente: Medikament gegen / zum…															
		…Müdigkeit		…Einschlafen		...Nervosität / Ängstlichkeit		…Schmerzen		…Verstopfung		…Appetit-zügler		…Akne		homöopath. Mittel	
Gruppe		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Mädchen																	
Kein / wenig anti-soziales Verhalten	Wenig depressiv	1.13	.58	1.07	.38	1.19	.66	1.80	.95	1.11	.47	1.04	.32	1.37	1.06	1.94	1.28
	Hoch depressiv	1.38	.95	1.38	.93	1.67	1.23	2.19	1.11	1.22	.65	1.11	.52	1.45	1.12	2.27	1.44
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	1.15	.61	1.11	.44	1.15	.58	1.88	1.07	1.14	.53	1.07	.42	1.34	.98	2.01	1.27
	Hoch depressiv	1.49	1.09	1.22	.77	1.72	1.35	2.31	1.12	1.33	.86	1.20	.77	1.53	1.28	2.44	1.53
Jungen																	
Kein / wenig anti-soziales Verhalten	Wenig depressiv	1.06	.38	1.04	.27	1.05	.35	1.45	.76	1.03	.23	1.01	.14	1.46	1.14	1.55	1.00
	Hoch depressiv	1.18	.66	1.20	.73	1.25	.82	1.57	.90	1.08	.38	1.07	.39	1.43	1.11	1.75	1.19
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	1.08	.43	1.09	.45	1.06	.38	1.66	.90	1.06	.34	1.02	.25	1.43	1.10	1.70	1.12
	Hoch depressiv	1.26	.81	1.27	.80	1.32	.86	1.89	1.12	1.14	.52	1.03	.26	1.49	1.16	1.87	1.22

Tabelle 29: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen

Konsum *verschriebener* Medikamente:		ANOVA							
	MANOVA	…Müdigkeit	…Einschlafen	...Nervosität / Ängstlichkeit	…Schmerzen	…Verstopfung	…Appetit-zügler	…Akne	homöopath. Mittel
Variable	F (8,6959)	F (1,6966)	F (1,6966)	F (1,6966)	F (1,6966)	F (1,6966)	F (1,6966)	F (1,6966)	F (1,6966)
Geschlecht	33.14***	47.54***	8.35**	101.15***	113.15***	49.68***	33.32***	.35	76.70***
Antisoziales Verhalten	4.54***	4.61*	.24	3.39	25.71***	7.87**	3.50	.12	6.58**
Depressive Tendenzen	30.99***	78.31***	77.29***	171.76***	52.50***	30.54***	23.32***	2.41	30.94***
Geschlecht x anti-soziales Verhalten	4.26***	1.49	8.17**	1.86	3.24	2.30	12.14***	.02	.02
Geschlecht x depressive Tendenzen	6.95***	14.52***	1.69	34.75***	11.96***	10.02**	7.61**	1.45	4.09*
Antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	2.44*	1.53	3.21	5.34*	2.14	2.97	.02	.86	.37
Geschlecht x antisozi-ales Verhalten x depres-sive Tendenzen	2.74**	.28	6.32*	.21	.07	3.48	8.50**	.03	.49

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; * ≤ .05, **p < .01, ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianz-matrizen

3.1.6 Sport und Risikosuche

Sport ist ein weiterer Lebensbereich der zur Beantwortung der *Fragestellung C* und damit zur Charakterisierung der kombinierten (antisozial-depressiven) Gruppe herangezogen werden soll. In die multivariate Varianzanalyse wurde zudem die oft im Zusammenhang mit Sport auftretende Risikosuche (*sensation seeking*) eingeschlossen.

Tabelle 30: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung der sportlichen Aktivitäten in der Freizeit und der Risikosuche, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen

		Sport und Risikosuche			
		Sportliche Aktivitäteen ausserhalb der Schule		Risikosuche	
Gruppe		M	SD	M	SD
Mädchen					
Kein / wenig antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	2.19	.97	2.18	.66
	Hoch depressiv	1.90	.95	2.44	.69
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	2.07	1.00	2.61	.67
	Hoch depressiv	1.94	1.05	2.75	.72
Jungen					
Kein / wenig antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	2.63	1.03	2.56	.73
	Hoch depressiv	2.23	1.02	2.70	.86
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	2.61	1.02	2.94	.70
	Hoch depressiv	2.22	1.07	3.06	.76

Während Jungen deutlich mehr Sport treiben als Mädchen und auch häufiger Sensationen suchen als diese, sind die depressiven Jugendlichen sportlich weniger aktiv als die nicht depressiven, suchen jedoch mehr Sensation als diese (vgl. Tabelle 30 und Tabelle 31).

Tabelle 31: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen

		ANOVA	
	MANOVA	Sportliche Aktivitäten ausserhalb der Schule	Risikosuche
Variable	F (2,7340)	F (1,7341)	F (1,7341)
Geschlecht	86.56***	87.40***	119.62***
Antisoziales Verhalten	86.23***	.52	161.44***
Depressive Tendenzen	52.24***	51.66***	32.40***
Geschlecht x antisoziales Verhalten	.00	.00	.00
Geschlecht x depressive Tendenzen	2.61	4.76*	1.20
Antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	1.23	.92	1.05
Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	1.40	1.18	1.06

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; * ≤ .05, **p < .01, ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

Die Risikosuche ist erwartungsgemäss bei den antisozialen Jugendlichen am stärksten ausgeprägt (vgl. Tabelle 31). Aufgrund dieser Ergebnisse (und dem Fehlen von Interaktionseffekten) ist es nicht weiter erstaunlich, dass die kombinierte Gruppe relativ wenig Sport treibt (der „depressive Effekt“), jedoch ausgeprägt Sensation sucht (der „antisoziale Effekt“).

3.1.7 Sexualität

Ein weiterer zentraler Erfahrungsbereich des Jugendalters ist die Sexualität, die ebenfalls zur phänomenologischen Konturierung der kombinierten (antisozial-depressiven) Gruppe herangezogen werden soll (*Fragestellung C*).

Antisoziale Jugendliche haben im Vergleich zu den nicht antisozialen Jugendlichen nicht nur etwas früher ihren ersten Geschlechtsverkehr, sie haben auch durchschnittlich mehr Sexualpartner bzw. Sexualpartnerinnen gehabt. Ein gleichgerichteter, allerdings schwächerer Effekt trifft auch auf die depressiven Jugendlichen zu, die im Vergleich zu den nicht depressiven ebenfalls etwas früher ihren ersten Geschlechtsverkehr erlebt und etwas mehr Sexualpartner bzw. Sexualpartnerinnen gehabt haben (vgl. Tabelle 32 und Tabelle 33). Da wiederum keine Interaktionseffekte vorliegen, sind die Effekte für die kombinierte Gruppe additiv. Das bedeutet, dass sowohl die Jungen als auch die Mädchen der kombinierten Gruppe am frühesten ihren ersten Geschlechtsverkehr und die meisten Sexualpartner bzw. Sexualpartnerinnen haben.

Tabelle 32: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung der sexuellen Aktivitäten, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen

		Sexuelle Aktivitäten			
		Alter des ersten Geschlechtsverkehrs		Anzahl Sexualpartner / Sexualpartnerinnen	
Gruppe		M	SD	M	SD
Mädchen					
Kein / wenig antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	16.16	1.35	1.33	2.13
	Hoch depressiv	15.90	1.51	1.72	2.64
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	15.71	1.40	2.84	3.91
	Hoch depressiv	15.46	1.16	2.83	3.42
Jungen					
Kein / wenig antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	16.17	1.44	1.83	3.99
	Hoch depressiv	15.97	1.72	2.44	4.06
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	15.53	1.55	3.55	5.61
	Hoch depressiv	15.44	1.67	4.89	9.85

Tabelle 33: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen

		ANOVA	
	MANOVA	Alter des ersten Geschlechtsverkehrs	Anzahl Sexualpartner / Sexualpartnerinnen
Variable	F (2,4301)	F (1,4302)	F (1,4302)
Geschlecht	25.37***	.08	46.35***
Antisoziales Verhalten	32.86***	47.13***	40.25***
Depressive Tendenzen	5.13**	8.66**	4.70*
Geschlecht x antisoziales Verhalten	1.48	1.26	2.57
Geschlecht x depressive Tendenzen	1.98	.78	1.94
Antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	.16	.09	.13
Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	2.11	.22	3.00

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; * ≤ .05, **p < .01, ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

Die Analyse der zu diesem Thema vorliegenden kategorialen Daten macht deutlich, dass die kombinierte Gruppe zusammen mit den (nur) antisozialen Jugendlichen – bei den Jungen sogar eher noch ausgeprägter als diese – die sexuell aktivste Gruppe sind. Darüber hinaus lassen sie sich auch überzufällig häufig prostituieren.

Tabelle 34: Häufigkeit (%) von Geschlechtsverkehr, Prostitution, Benutzung eines Präservativs, Schwangerschaft einer Freundin als eine Funktion des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen, bei männlichen Jugendlichen

Jungen		D-A-unauffällige Jugendliche % (SDR)	Depressive Jugendliche % (SDR)	Antisoziale Jugendliche % (SDR)	Kombiniert antisozial-depressive Jugendliche % (SDR)	χ^2 (df)
Geschlechtsverkehr		n = 2275	n = 126	n = 1247	n = 165	177.37*** (6)
	Nie	48.7 (6.2)	37.3	28.1 (-6.8)	21.8 (-3.8)	
	Einmal	6.6	9.5	6.5	9.7	
	Mehrmals	44.6 (-5.3)	53.2	65.4 (6.1)	68.5 (2.8)	
Prostitution		n = 2265	n = 126	n = 1236	n = 164	94.29*** (3)
	Ja	1.7 (-5.7)	7.9 (2.1)	7.3 (5.3)	12.2 (5.0)	
	Nein	98.3	92.1	92.7	87.8	
Benutzung eines Präservativs beim letzten Geschlechtsverkehr		n = 1136	n = 76	n = 861	n = 124	5.09 (3)
	Ja	64.8	63.2	61.7	55.6	
	Nein	35.2	36.8	38.3	44.4	
Schwangerschaft der Freundin		n = 1131	n = 78	n = 864	n = 124	88.07[1]*** (6)
	Ja	2.5 (-2.4)	5.1	4.2	13.7 (5.6)	
	Nein	95.6	87.2	87.4	78.2	
	Weiss nicht	1.9 (-4.6)	7.7	8.4 (4.4)	8.1	

Anmerkung. SDR = Standardisierte Residuen; [1] Drei Zellen mit erwarteter Häufigkeit < 5. ***p < .001

Nennenswert ist auch, dass in der kombinierten Gruppe Schwangerschaften – eigene bzw. der Freundin – mit einer Prävalenz von 14% (!) deutlich häufiger vorkommen als in den drei anderen Gruppen (vgl. Tabelle 34 und Tabelle 35).

Tabelle 35: Häufigkeit (%) von Geschlechtsverkehr, Prostitution, Benutzung eines Präservativs, Schwangerschaft als eine Funktion des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen, bei weiblichen Jugendlichen

Mädchen		D-A-unauffällige Jugendliche	Depressive Jugendliche	Antisoziale Jugendliche	Kombiniert antisozial-depressive Jugendliche	
		% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	χ^2 (df)
Geschlechtsverkehr		n = 2673	n = 427	n = 365	n = 136	77.55*** (6)
	Nie	42.5 (2.6)	38.6	23.8 (-4.7)	21.3 (-3.4)	
	Einmal	4.3	5.2	2.7	8.8 (2.5)	
	Mehrmals	53.2 (-2.1)	56.2	73.4 (4.4)	69.9 (2.1)	
Prostitution		n = 2676	n = 427	n = 358	n = 135	26.70[1]*** (3)
	Ja	0.3	0.9	2.0 (3.1)	3.0 (3.4)	
	Nein	99.7	99.1	98.0	97.0	
Benutzung eines Präservativs beim letzten Geschlechts-verkehr		n = 1508	n = 255	n = 275	n = 104	3.45 (3)
	Ja	42.6	40.8	37.8	47.1	
	Nein	47.5	59.2	62.2	52.9	
Schwangerschaft		n = 1537	n = 260	n = 273	n = 105	33.23[2]*** (3)
	Ja	3.3 (-2.3)	5.4	7.0	14.3 (4.7)	
	Nein	96.7	94.6	93.0	85.7	

Anmerkung. SDR = Standardisierte Residuen; [1] Drei Zellen mit erwarteter Häufigkeit < 5. [2] Eine Zelle mit erwarteter Häufigkeit < 5. ***p < .001

3.1.8 Viktimisierung

Im Zusammenhang mit Viktimisierungserfahrungen soll ebenfalls die Frage nach dem spezifischen Profil der kombinierten Gruppe im Vergleich zu den drei anderen Gruppen herausgearbeitet werden (*Fragestellung C*).

Geschlechtseffekte sind hier relativ schwach und betreffen vor allem die Erfahrung physischer Gewalt und systematischer Belästigungen (vgl. Tabelle 36 und Tabelle 37). Mädchen werden seltener Opfer *physischer Gewalt* als Jungen, werden dafür aber etwas häufiger *systematisch belästigt* als diese.

Tabelle 36: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung der Viktimisierungen, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen

		Viktimisierungen: Opfer von …							
		… Diebstahl		… Erpressung		… physischer Gewalt		… systematischer Belästigung	
Gruppe		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Mädchen									
Kein / wenig antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	1.13	.38	1.02	.15	1.05	.77	1.32	.36
	Hoch depressiv	1.14	.42	1.05	.28	1.20	.53	1.54	.52
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	1.30	.60	1.03	.22	1.22	.56	1.46	.42
	Hoch depressiv	1.32	.57	1.15	.55	1.33	.69	1.76	.62
Jungen									
Kein / wenig antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	1.14	.41	1.02	.14	1.09	.35	1.31	.38
	Hoch depressiv	1.12	.35	1.03	.21	1.20	.49	1.52	.49
Viel antisoziales Verhalten	Wenig depressiv	1.26	.55	1.06	.34	1.27	.64	1.41	.45
	Hoch depressiv	1.31	.63	1.13	.48	1.62	.98	1.66	.65

Neben dem deutlichen Effekt des antisozialen Verhaltens – antisoziale Jugendliche sind häufiger Opfer verschiedenster Übergriffe – interessieren uns hier vor allem die signifikante Zweifachinteraktion des antisozialen Verhaltens mit den depressiven Tendenzen und die signifikante Dreifachinteraktion mit dem Geschlecht (vgl. Tabelle 37). Letztere kommt zustande, weil die antisozial-depressiven Jungen noch *mehr als die Mädchen* besonders häufig Opfer *physischer Gewalt* werden (eine Zunahme die den additiven Effekt übersteigt). Die erwähnte Zweifachinteraktion ist signifikant, weil antisozial-depressive Jungen und Mädchen deutlich häufiger *erpresst* und *physisch angegriffen* werden als die Jugendlichen der anderen Gruppen.

Tabelle 37: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen

		ANOVA: Opfer von …			
	MANOVA	… Diebstahl	… Erpressung	… physischer Gewalt	… systematischer Belästigung
Variable	F (4,7253)	F (1,7256)	F (1,7256)	F (1,7256)	F (1,7256)
Geschlecht	10.77***	1.90	.21	23.68***	6.99**
Antisoziales Verhalten	52.12***	72.82***	38.94***	131.78***	68.74***
Depressive Tendenzen	58.36***	.55	34.43***	85.15***	189.93***
Geschlecht x antisoziales Verhalten	5.84***	.70	1.54	11.72***	4.81*
Geschlecht x depressive Tendenzen	3.25**	.15	.70	7.88**	.60
Antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	3.58**	.80	9.94**	7.21**	3.32
Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen	3.51**	.05	.03	10.55***	1.75

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; * ≤ .05, **p < .01, ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

Schliesslich ist festzustellen, dass die Jugendlichen der kombinierten Gruppe deutlich häufiger als (nur) depressive und (nur) antisoziale von sexuellem Missbrauch betroffen sind (vgl. Tabelle 38).

Tabelle 38: Häufigkeit (%) der Erfahrung eines sexuellen Missbrauchs, in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen, nach Geschlechtern getrennt

		D-A-unauffällige Jugendliche	Depressive Jugendliche	Antisoziale Jugendliche	Kombiniert antisozial-depressive Jugendliche	χ^2
		% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	% (SDR)	(df)
Mädchen		n = 2683	n = 426	n = 363	n = 133	136.76*** (3)
	Ja	9.8 (-5.1)	24.2 (6.0)	20.1 (3.4)	34.6 (6.6)	
	Nein	90.2 (2.0)	75.8 (-2.4)	79.9	65.4 (-2.6)	
Jungen		n = 2285	n = 130	n = 1245	n = 163	33.43[1]*** (3)
	Ja	1.1	1.5	1.7	6.7 (5.4)	
	Nein	98.9	98.5	98.3	93.3	

Anmerkung. SDR = Standardisierte Residuen. [1] Zwei Zellen mit einem erwarteten Wert < 5. ***p < .001

Die Lebenszeitprävalenzen von 35% (Mädchen) bzw. 7% (Jungen) sind aufgrund der standardisierten Residuen als bedeutsame Abweichungen (nach oben) von der Zufallsverteilung zu werten (vgl. Abbildung 14).

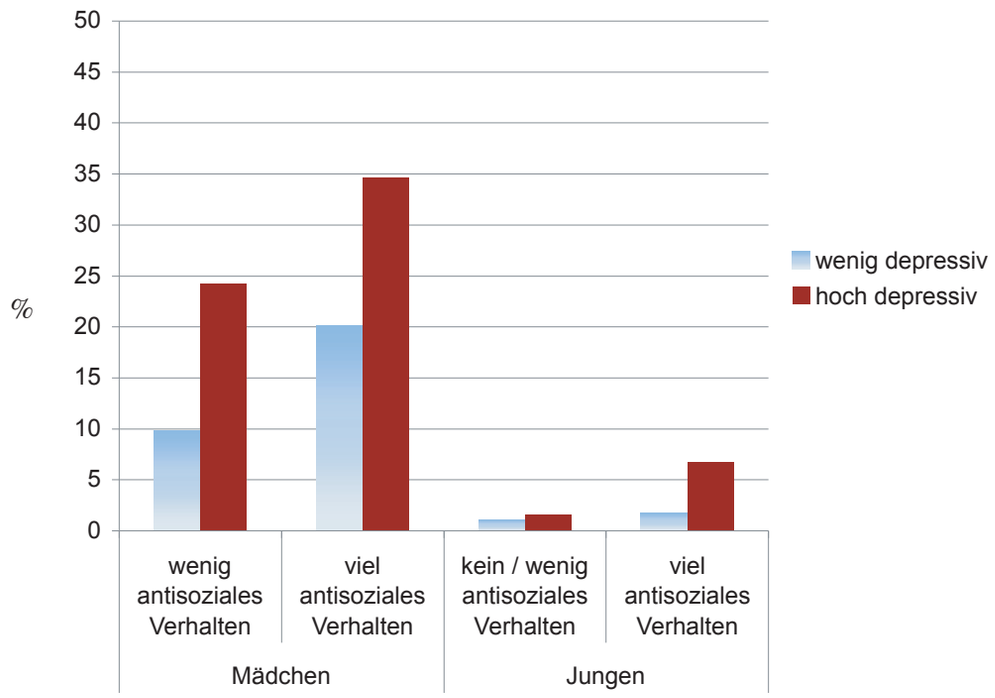

Abbildung 14: Erfahrungen eines sexuellen Missbrauchs (%) in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen, nach Geschlechtern getrennt dargestellt

3.1.9 Antisoziale versus antisozial-depressive Jugendliche

Die depressiven Tendenzen eines Teils der antisozialen Jugendlichen wurde – wie im Kapitel 1 aufgezeigt – lange übersehen. Die *Fragestellung D* fokussiert deshalb auf den Unterschied zwischen den antisozialen Jugendlichen, die nicht depressiv sind, und den Jugendlichen, die sowohl antisozial als auch depressiv sind. Inbesondere geht es um die auch für die psychologische Praxis relevante Frage, welche Probleme man allenfalls übersehen kann, wenn die depressiven Symptome der kombinierten Gruppe ausgeblendet werden.

Im Folgenden wird dies anhand ausgewählter vorwiegend empirisch begründbarer Bereiche, nämlich Gesundheit, soziale Beziehungen, schulischer Erfolg, Sport und Risikosuche, der Substanzkonsum, Sexualverhalten sowie Viktimisierung untersucht. Zur statistischen Analyse werden wiederum MANOVAs verwendet, diesmal jedoch mit einer vierstufigen gruppierenden (unabhängigen) Variablen (weder antisozial noch depressive Untergruppe – *restliche* Gruppe genannt –, nur Depressive, nur Antisoziale und antisozial-depressive Untergruppe – auch *kombinierte* Gruppe genannt) sowie dem Geschlecht, welches ebenfalls als unabhängige Variable in die Analyse mit eingeht. Die vierstufige Variable entspricht der oben bereits im Zusammenhang mit den kategorialen Daten verwendeten Variablen (vgl. z.B. Tabelle 38). Dieses Vorgehen hat gegenüber den bisherigen 2x2x2-Varianzanalysen den Vorteil, dass anhand der (an die ANOVAs anschliessenden) Post hoc-Tests (Games-Howell), die Unterschiede zwischen allen vier Untergruppen auf Signifikanz geprüft werden können, sofern

der Haupteffekt dieser Variable signifikant ist. Dabei interessieren in der vorliegenden Arbeit vor allem die Unterschiede zwischen der *antisozialen* und der *antisozial-depressiven* Gruppe (*Fragestellung D*).

Bei der anschliessenden Darstellung der Ergebnisse werden die Mittelwerte und Standardabweichungen nicht erneut (in Tabellenform) festgehalten, sondern es wird auf die entsprechenden Tabellen, die bereits im Zusammenhang mit den multivariaten 2x2x2-Varianzanalysen entstanden sind, verwiesen. Analog dazu werden auch die Auswertungen der kategorialen Daten mit den Häufigkeitsverteilungen, standardisierten Residuen und den Chi-Quadrat-Tests nicht erneut tabellarisch präsentiert, sondern es wird lediglich darauf verwiesen.

Während es bei *Fragestellung C* darum ging, wie sich die kombiniert antisozial-depressiven Jugendlichen im Allgemeinen hinsichtlich verschiedener Dimensionen charakterisieren lassen, fokussiert *Fragestellung D* darauf, inwiefern sie sich im Vergleich zu den (ausschliesslich) antisozialen Jugendlichen beschreiben lassen, wo allenfalls Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten feststellbar sind.

Physische und psychische Gesundheit

Bezüglich der persönlichen Einschätzung der eigenen Gesundheit, der Suizidalität und der Hilfe, die die Jugendlichen für ihre Probleme bedürften, ergibt sich das folgende Bild: Die Einschätzungen der gemischten Gruppe hinsichtlich subjektiver Gesundheit, physischer Beschwerden und Schlafprobleme sind mit denjenigen der depressiven Gruppe vergleichbar, unterscheiden sich aber signifikant von denjenigen der antisozialen Gruppe. Die kombinierte Gruppe berichtet – im Vergleich zu der antisozialen – eine schlechtere physische Gesundheit, mehr physische Beschwerden (wie Rückenschmerzen, Kopfweh etc.) und mehr Schlafprobleme (vgl. Tabelle 11 und Tabelle 39).

Suizidalität in den vergangenen 12 Monaten und das Bedürfnis nach Hilfe für bestehende Probleme sind bei der kombinierten Gruppe nicht nur am stärksten ausgeprägt, sondern im Vergleich zu allen anderen Gruppen – darunter auch der antisozialen – signifikant erhöht. Das heisst, die kombinierte Gruppe berichtet signifikant mehr Suizidalität und ein bedeutend grösseres Bedürfnis nach Hilfe bei ihren Problemen.

Tabelle 39: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität

	MANOVA	ANOVA				
		Gesundheit	Phys. Beschwerden	Schlaf / Müdigkeit	Suizidale Gedanken	Probleme, Hilfe benötigt
Variable	F	F (df)	F (df)	F (df)	F (df)	F (df)
Geschlecht	63.65[1]***	31.90*** (1,7402)	274.01*** (1,7402)	129.06*** (1,7402)	79.27*** (1,7402)	53.49*** (1,7402)
Gruppe	184.75[2]***	121.87*** (3,7402)	212.25*** (3,7402)	221.64*** (3,7402)	603.77*** (3,7402)	636.60*** (3,7402)
Geschlecht x Gruppe	3.38[2]***	4.63** (3,7402)	2.67* (3,7402)	0.83 (3,7402)	0.56 (3,7402)	6.10*** (3,7402)

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; F-Werte sind Wilks-Approximationen. [1] df = 5, 7398; [2] df = 15, 20423. * ≤ .05, **p < .01, ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

Nebst dem signifikanten Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit (Variable Komorbidität) gibt es auch eine zwar signifikante, aber schwache Interaktion mit dem Geschlecht (vgl. Tabelle 11 und Tabelle 39). Diese ist insbesondere auf die Interaktion hinsichtlich des Hilfebedürfnisses zurückzuführen, jedoch auch bei diesem sehr schwach ausgeprägt, was sich auch in der visuellen Darstellung leicht feststellen lässt (vgl. Abbildung 15).

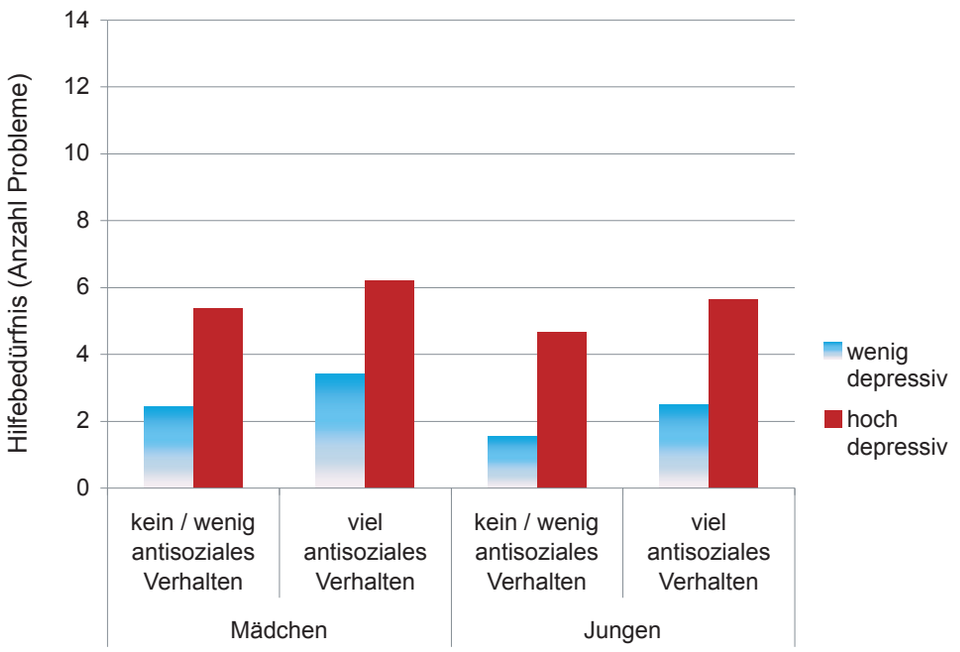

Abbildung 15: Hilfebedürfnis (für Anzahl Probleme), in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen, nach Geschlechtern getrennt dargestellt

Zusammenfassend sollen an dieser Stelle auch die bereits berichteten Ergebnisse (vgl. Tabelle 13 und Tabelle 14) der kategorialen Variablen im Hinblick auf *Fragestellung D* kurz dargestellt werden. Hinsichtlich Unfällen können die kombiniert antisozial-depressiven Jugendlichen mit den antisozialen Jugendlichen verglichen werden, wenngleich sowohl die Jungen als auch – in ausgeprägterem Masse – die Mädchen der kombinierten Gruppe in den vergangenen 12 Monaten etwas mehr Unfälle gehabt haben. Betrachtet man die Prävalenzen der Suizidversuche – Lebenszeit und vergangene 12 Monate – so bestätigt sich der oben berichtete Interaktionseffekt der Suizidalität: Die kombinierte Gruppe weist signifikant erhöhte Prävalenzen gegenüber allen anderen Gruppen auf, aber ganz besonders auch gegenüber der antisozialen Gruppe. Dies gilt in besonderem Masse für die Jungen (vgl. Abbildung 16): Während 2.9% der antisozialen Jungen berichten, (mindestens) schon einmal versucht zu haben, sich das Leben zu nehmen, sind es 25.3% der Jungen der kombinierten Gruppe (im Vergleich dazu 10% der depressiven und 1.3% der restlichen Jugendlichen), die mindestens einen Suizidversuch hinter sich haben.

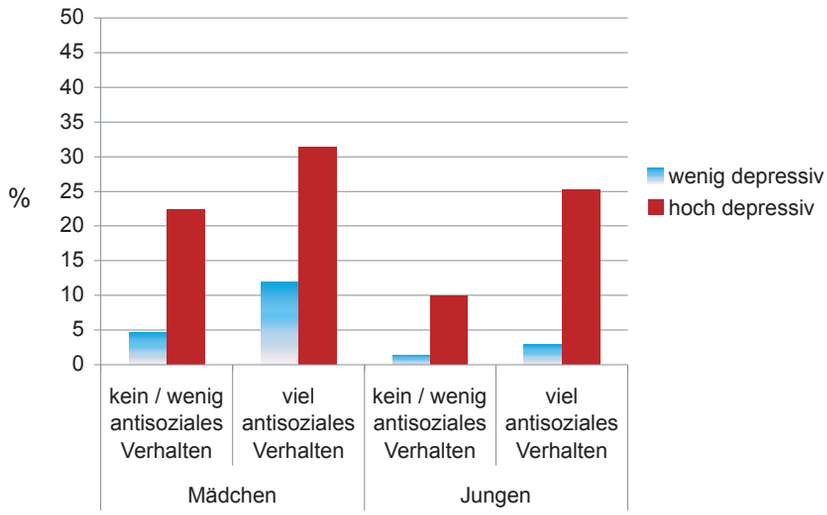

Abbildung 16: Suizidversuche (Lebenszeitprävalenz, in %) in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen, nach Geschlechtern getrennt

Insgesamt bedeutet dies, dass die antisozial-depressive Gruppe im Hinblick auf die subjektive Gesundheit, physische Beschwerden, Schlafprobleme, Hilfebedürfnis für die eigenen Probleme, suizidale Gedanken und Handlungen ein von der antisozialen Gruppe deutlich unterschiedliches – und vor allem belasteteres – Muster aufweist, das teilweise ähnlich ist wie dasjenige der depressiven Gruppe.

Soziale Beziehungen

Hinsichtlich sozialer Beziehungen weist die kombinierte Gruppe die am wenigsten positiven Beziehungen zu ihren Eltern auf. Post hoc-Tests ergeben, dass sie sich sowohl von der antisozialen als auch von der depressiven Gruppe signifikant unterscheidet (vgl. Tabelle 15 und Tabelle 40). Bei der Furcht, von den Eltern geschlagen zu werden, der Sorge einer elterlichen Trennung und der wahrgenommenen Qualität der Peer-Beziehungen findet man – wie schon bei der Gesundheit –, dass das Muster der depressiven und der antisozial-depressiven Jugendlichen ähnlich ist. Die Einschätzungen dieser beiden Gruppen sind ungünstiger als diejenigen der antisozialen und der Jugendlichen, die weder den einen noch den anderen Problembereich aufweisen (vgl. Tabelle 15 und Tabelle 40).

Tabelle 40: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität

		ANOVA			
	MANOVA	Qualität Beziehung zu Eltern	Sorge einer elterlichen Trennung	Furcht, von den Eltern geschlagen zu werden	Qualität Beziehung zu Peers
Variable	F	F (df)	F (df)	F (df)	F (df)
Geschlecht	39.46[1]***	9.72** (1,6803)	15.59*** (1,6803)	87.51*** (1,6803)	58.95*** (1,6803)
Komorbidität	58.07[2]***	192.46*** (3,6803)	21.84*** (3,6803)	54.82*** (3,6803)	21.09*** (3,6803)
Geschlecht x Komorbidität	3.71[2]***	2.82* (3,6803)	1.05 (3,6803)	10.41*** (3,6803)	0.88 (3,6803)

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; F-Werte sind Wilks-Approximationen.
[1] df = 4, 6800; [2] df = 12, 17991. * ≤ .05, **p < .01, ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

Wie unter *Fragestellung C* bereits angedeutet (vgl. Tabelle 17, Tabelle 18 und Tabelle 19), haben die Jugendlichen der kombinierten Gruppe ähnlich wenige Ansprechpersonen wie die depressiven Jugendlichen. In ähnlicher Weise reden sie seltener als die anderen Jugendlichen – insbesondere auch als die antisozialen Jugendlichen – über gesundheitliche, schulische bzw. arbeitsbezogene und psychische Probleme.

Insgesamt ergibt sich somit hinsichtlich sozialer Beziehungen ein ähnliches Bild wie bei den Gesundheitsmassen: Die kombiniert antisozial-depressiven Jugendlichen sind eher mit den depressiven als mit den antisozialen Jugendlichen vergleichbar und zeigen damit ein problematischeres Bild als dies die antisozialen Jugendlichen tun.

Schulischer Erfolg und Absenzen

Nachdem unter *Fragestellung C* bereits die (negativen) additiven Effekte des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen auf den Schulerfolg und auf Absenzen in der Schule und bei der Arbeit festgestellt wurden, soll hier ergänzend noch die Frage der Unterschiede zwischen den vier Gruppen in Form von Post hoc-Tests (Games-Howell) näher beleuchtet werden. Dabei interessieren insbesondere die Unterschiede zwischen den antisozialen und den antisozial-depressiven Jugendlichen (*Fragestellung D*). Wie aufgrund der bereits erwähnten additiven Effekte zu erwarten, schätzt die kombinierte Gruppe den eigenen Schulerfolg und den eigenen Ausbildungserfolg am negativsten ein (auch negativer als die depressive und die antisoziale Gruppe). Darüber hinaus schwänzt die kombinierte Gruppe die Schule oder die Arbeit auch am häufigsten oder bleibt ihr begründet fern. Ähnlich wie die depressive Gruppe, aber pessimistischer als die antisozialen Jugendlichen, schätzen die antisozial-depressiven Jugendlichen die eigenen Berufsaussichten ein (vgl. Tabelle 20 und Tabelle 41).

Tabelle 41: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität

	MANOVA	ANOVA					
		Gute Noten	Zuversicht, Ausbildung ab-zuschliessen	Zuversicht, Job zu finden	Schule / Arbeit geschwänzt	Schule / Arbeit krankheitshalber gefehlt	Schule / Arbeit aus anderen Gründen gefehlt
Variable	F	F (df)	F (df)	F (df)	F (df)	F (df)	F (df)
Geschlecht	6.07[1] ***	1.44 (1,7199)	2.82 (1,7199)	9.22** (1,7199)	14.18*** (1,7199)	13.67*** (1,7199)	0.70 (1,7199)
Komorbidität	31.00[2]***	73.20*** (3,7199)	84.42*** (3,7199)	49.78*** (3,7199)	50.88*** (3,7199)	39.47*** (3,7199)	20.46*** (3,7199)
Geschlecht x Komorbidität	0.89[2]	0.75 (3,7199)	0.37 (3,7199)	0.37 (3,7199)	2.29 (3,7199)	0.16 (3,7199)	1.79 (3,7199)

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; F-Werte sind Wilks-Approximationen.
[1] df = 6, 7194; [2] df = 18, 20348. * ≤ .05, **p < .01, ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

Substanzkonsum

Beim *Alkoholkonsum* konnten unter *Fragestellung C* (vgl. Kapitel 3.1.5) im Wesentlichen additive Effekte festgestellt werden. Die Post hoc-Tests (Games-Howell) ergeben allerdings – mit einer Ausnahme –, dass die antisozialen und die depressiv-antisozialen Jugendlichen eine vergleichbare Belastung aufweisen, die stärker ist als diejenige der depressiven und der unauffälligen Jugendlichen (vgl. Tabelle 22 und Tabelle 42). Die Ausnahme bezieht sich auf die Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum, die von den Jugendlichen der kombinierten Gruppe bedeutend häufiger noch als von den antisozialen Jugendlichen berichtet werden.

Tabelle 42: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität

	MANOVA	ANOVA					
		Alkoholkonsum	Binge Drinking, vergangene 12 Mt.	Betrunkenheit, Lebenszeit	Betrunkenheit, vergangene 12 Mt.	Betrunkenheit, vergangene 30 Tage	Probleme im Zusammenhang mit Alkohol-konsum
Variable	F	F (df)	F (df)	F (df)	F (df)	F (df)	F (df)
Geschlecht	24.62[1]***	103.19*** (1,4835)	80.50*** (1,4835)	79.20*** (1,4835)	66.03*** (1,4835)	78.64*** (1,4835)	20.55*** (1,4835)
Komorbidität	37.27[2]***	69.91*** (3,4835)	66.09*** (3,4835)	89.10*** (3,4835)	87.64*** (3,4835)	82.46*** (3,4835)	172.24*** (3,4835)
Geschlecht x Komorbidität	1.92[2]*	2.13 (3,4835)	2.07 (3,4835)	1.33 (3,4835)	1.17 (3,4835)	2.37 (3,4835)	3.24* (3,4835)

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; F-Werte sind Wilks-Approximationen.
[1] df = 6, 4830; [2] df = 18, 13661. * ≤ .05, **p < .01, ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

Während die Jugendlichen der kombinierten Gruppe am häufigsten und sehr viel häufiger als die antisozialen Jugendlichen unter den *regelmässig Rauchenden* anzutreffen sind, ist die Lebenszeitprävalenz des *Cannabiskonsums* bei den beiden Gruppen durchaus vergleichbar (vgl. Tabelle 24 und Tabelle 25).

Ein etwas anderes Bild ergibt sich bei den *illegalen Substanzen (ohne Cannabis)*: Die Jugendlichen der kombinierten Gruppe unterscheiden sich bedeutsam von den antisozialen Jugendlichen. Im Kapitel 3.1.5 wurden im Rahmen der 2x2x2-ANOVAs signifikante Zweifachinteraktionen (antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen) festgestellt. Erwartungsgemäss zeigen deshalb hier die Post hoc-Tests (Games-Howell), dass die kombinierte Gruppe den grössten Konsum und die damit verbundene höchste Belastung aufweist, gefolgt von den antisozialen, den depressiven und den unauffälligen Jugendlichen (vgl. Tabelle 26 und Tabelle 43).

Tabelle 43: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität

		ANOVA	
	MANOVA	Konsum illegaler Substanzen (ohne Cannabis)	Probleme im Zusammenhang mit Konsum illegaler Substanzen
Variable	F	F (df)	F (df)
Geschlecht	0.58[1]	1.05 (1,6839)	0.01 (1,6839)
Komorbidität	151.84[2]***	197.92*** (3,6839)	227.00*** (3,6839)
Geschlecht x Komorbidität	0.69[2]	0.26 (3,6839)	1.06 (3,6839)

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; F-Werte sind Wilks-Approximationen. [1] df = 2, 6838; [2] df = 6, 13676. * ≤ .05, **p < .01, ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

Die Einnahme *verschriebener* und *nicht verschriebener Medikamente* ist in der gemischten Gruppe gleich stark ausgeprägt wie in der depressiven Gruppe und insgesamt – was Post hoc-Tests zeigen – bedeutend stärker als in der antisozialen und in der unauffälligen Gruppe (vgl. Tabelle 28 und Tabelle 44, stellvertretend auch für die Kennwerte betreffend der Einnahme *nicht verschriebener* Medikamente).

Tabelle 44: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität

Konsum *verschriebener* Medikamente:		ANOVA							
	MANOVA	…Müdigkeit	…Einschlafen	...Nervosität / Ängstlichkeit	…Schmerzen	…Verstopfung	…Appetit-zügler	…Akne	homöopath. Mittel
Variable	F	F (df)	F (df)	F (df)	F (df)	F (df)	F (df)	F (df)	F (df)
Geschlecht	33.14[1]***	47.54*** (1,6966)	8.35** (1,6966)	101.15*** (1,6966)	113.15*** (1,6966)	49.68*** (1,6966)	33.32*** (1,6966)	0.35 (1,6966)	76.70*** (1,6966)
Komorbidität	14.08[2]***	30.32*** (3,6966)	36.22*** (3,6966)	59.95*** (3,6966)	34.20*** (3,6966)	13.90*** (3,6966)	12.01*** (3,6966)	0.94 (3,6966)	15.98*** (3,6966)
Geschlecht x Komorbidität	3.90[2]***	6.10*** (3,6966)	3.75** (3,6966)	12.58*** (3,6966)	5.16*** (3,6966)	4.10** (3,6966)	6.53*** (3,6966)	0.51 (3,6966)	1.40 (3,6966)

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; F-Werte sind Wilks-Approximationen. 1 df = 8, 6959; 2 df = 24, 20183.
* ≤ .05, **p < .01, ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

Sport und Risikosuche

Aus den Post hoc-Tests (Games-Howell) wird ersichtlich, dass bezüglich sportlicher Aktivitäten sich die antisozial-depressiven Jugendlichen zusammen mit den depressiven Jugendlichen auf einem tieferen Niveau bewegen als die beiden anderen Gruppen. Bezüglich Risikosuche entsprechen die Werte der antisozial-depressiven Jugendlichen allerdings denjenigen der antisozialen Jugendlichen (vgl. Tabelle 45).

Tabelle 45: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität

		ANOVA	
	MANOVA	Sportliche Aktivitäten ausserhalb der Schule	Risikosuche
Variable	F	F (df)	F (df)
Geschlecht	86.56[1]***	87.39*** (1,7341)	119.62*** (1,7341)
Komorbidität	94.11[2]***	23.16*** (3,7341)	145.18*** (3,7341)
Geschlecht x Komorbidität	1.64[2]	1.86 (3,7341)	1.41 (3,7341)

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; F-Werte sind Wilks-Approximationen. [1] df = 2, 7340; [2] df = 6, 14680. * ≤ .05, **p < .01, ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

Sexuelles Verhalten

Das sexuelle Verhalten der antisozial-depressiven Jugendlichen gleicht in mancher Hinsicht stark der (rein) antisozialen Jugendlichen. Diese beiden Gruppen haben früher als die anderen beiden Gruppen ihren ersten Geschlechtsverkehr und sie haben auch mehr Sexualpartner bzw. Sexualpartnerinnen gehabt als diese (vgl. Tabelle 32 und Tabelle 46).

Tabelle 46: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität

		ANOVA	
	MANOVA	Alter des ersten Geschlechtsverkehrs	Anzahl Sexualpartner / Sexualpartnerinnen
Variable	F	F (df)	F (df)
Geschlecht	25.37[1]***	0.08 (1,4302)	46.35*** (1,4302)
Komorbidität	25.43[2]***	39.48*** (3,4302)	28.27*** (3,4302)
Geschlecht x Komorbidität	1.84[2]	1.48 (3,4302)	1.73 (3,4302)

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; F-Werte sind Wilks-Approximationen. [1] df = 2, 4301; [2] df = 6, 8602. * ≤ .05, **p < .01, ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

Betrachtet man die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs, den die Jugendlichen bis zum Zeitpunkt der Erhebung hatten, so sieht man, dass sich die Jugendlichen der kombinierten Gruppe und der antisozialen Gruppe ähneln (vgl. Tabelle 34 und Tabelle 35). Ein vergleich-

bares Muster lässt sich zwischen kombinierter und antisozialer Gruppe hinsichtlich Prostitution auch bei den Mädchen, nicht aber bei den Jungen finden. Während 3% der weiblichen Jugendlichen der kombinierten Gruppe und 2% der weiblichen Jugendlichen der antisozialen Gruppe bereits einmal eine sexuelle Beziehung im Austausch gegen Geld oder Drogen eingegangen sind, sind es bei den männlichen Jugendlichen der kombinierten – im Vergleich zur antisozialen Gruppe – bedeutend mehr: 12.2% vs. 7.3%. Nennenswert ist an dieser Stelle, dass Jungen nicht nur bedeutend mehr Prostitution berichten, sondern dass depressive männliche Jugendliche in vergleichbarer Höhe (7.9%) wie die antisozialen männlichen Jugendlichen angeben, sich bereits einmal prostituiert zu haben (vgl. Tabelle 34 und Tabelle 35).

Einen anderen bemerkenswerten Unterschied gibt es auch – wie bereits im Kapitel 3.1.7 dargestellt – hinsichtlich Schwangerschaften. Die Mädchen der kombinierten Gruppe berichteten mit Abstand am häufigsten, bereits einmal schwanger gewesen zu sein. Sie unterscheiden sich in dieser Hinsicht von allen anderen drei Gruppen und damit auch von den antisozialen Mädchen. In gleicher Weise verhält es sich bei den Jungen der kombinierten Gruppe, allerdings ist dieser Unterschied noch ausgeprägter als dies bei den Mädchen der Fall ist: Die antisozial-depressiven Jungen berichteten mit Abstand am häufigsten (fast 14%), dass bereits einmal ein Mädchen von ihnen schwanger geworden ist. Sie unterscheiden sich damit ebenfalls von allen anderen Gruppen, auch von den antisozialen Jungen (7%, vgl. Tabelle 34 und Tabelle 35).

Viktimisierungserfahrungen.

Ein ähnlich komplexes Bild ergibt sich bei den Viktimisierungserfahrungen. Post hoc-Tests (Games-Howell) ergeben, dass die kombinierte Gruppe zwar etwa gleich häufig von Diebstahl und Erpressung betroffen ist wie die antisoziale Gruppe (und häufiger als die anderen beiden Gruppen), jedoch signifikant häufiger als alle andern Gruppen von physischer Gewalt und systematischer Belästigung (vgl. Tabelle 36 und Tabelle 47).

Tabelle 47: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität

		ANOVA – Opfer von…			
	MANOVA	… Diebstahl	… Erpressung	… physischer Gewalt	… systematischer Belästigung
Variable	F	F (df)	F (df)	F (df)	F (df)
Geschlecht	10.77[1]***	1.90 (1,7256)	0.21 (1,7256)	23.68*** (1,7256)	6.99** (1,7256)
Komorbidität	50.26[2]***	41.66*** (3,7256)	27.26*** (3,7256)	103.75*** (3,7256)	114.50*** (3,7256)
Geschlecht x Komorbidität	3.26[2]***	0.79 (3,7256)	0.94 (3,7256)	6.38*** (3,7256)	2.18 (3,7256)

Anmerkung. MANOVA = Multivariate Varianzanalyse; ANOVA = Univariate Varianzanalyse; F-Werte sind Wilks-Approximationen. [1] df = 4, 7253; [2] df = 12, 19189. * ≤ .05, **p < .01, ***p < .001; Box-Test: sign. Ungleichheit der Kovarianzmatrizen

Betrachtet man die Häufigkeiten der Erfahrungen eines sexuellen Missbrauchs, so wird deutlich – wie bereits im Kapitel 3.1.8 erwähnt –, dass die Gruppe der kombinierten Jugendlichen mit Abstand am häufigsten von solchen Erfahrungen berichten: 34.6% der Mädchen und 6.7% der Jungen. Im Vergleich dazu sind es 20.1% der antisozialen (und 24.2% der depressiven) Mädchen und 1.7% der antisozialen (und 1.5% der depressiven) Jungen (vgl. Tabelle 38). Die antisozial-depressiven Jugendlichen sind also in vielerlei Hinsicht im Bereich Viktimisierung sehr viel stärker betroffen als antisoziale Jugendliche und von daher nicht als „antisoziale“ Jugendliche zu betrachten.

3.1.10 Anzahl Typen antisozialen Verhaltens

In diesem Abschnitt steht die Frage im Zentrum, ob das Ausmass depressiver Symptome mit der *Anzahl verschiedener* antisozialer Verhaltensweisen zusammenhängt (*Fragestellung E*). Die diesbezügliche *Hypothese 5* postuliert, dass depressive Symptome umso häufiger sind, je mehr verschiedene Typen antisozialen Verhaltens vorkommen.

Die (schwache, aber signifikante) Korrelation (vgl. Tabelle 48, nonparametrische Korrelation Spearman-Rho = .12**) und die entsprechende Regressionsanalyse (vgl. Tabelle 49) geben Anlass zur Annahme der *Hypothese 5*.

Tabelle 48: Mittelwert, Standardabweichung und Korrelationen der Modellvariablen

Variable	M	SD	Antisoziales Verhalten	Depressive Tendenzen
Antisoziales Verhalten (Anzahl Typen)	.68	1.02	1	.11** (n = 7528)
Depressive Tendenzen	1.72	.71	.11** (n = 7528)	1

Anmerkung. ** p < .01

Einschränkend ist jedoch festzuhalten, dass der Zusammenhang nur wenig mehr als 1% der Varianz erklärt und praktisch identisch ist mit dem oben berichteten Zusammenhang zwischen depressiven Tendenzen und antisozialem Verhalten, der unter Verwendung der Summenskala ermittelt wurde und nicht nach Typen des antisozialen Verhaltens differenziert (vgl. Tabelle 1 und Tabelle 2).

Tabelle 49: Hierarchische Regressionsanalyse zu Prädiktoren jugendlicher depressiver Tendenzen (N =7528)

Variable	B	SE B	β	R^2	ΔR^2	ΔF
Modell 1				.05	.05	353.75***
Geschlecht	-.30	.02	-.21			
Modell 2				.08	.03	277.69***
Geschlecht	-.39	.02	-.27			
Antisoziales Verhalten (Anzahl Typen)	.14	.01	.19			

Anmerkung. *** p ≤ .001; Kodierung Geschlecht: 1 = Mädchen, 2 = Jungen

Die geschlechtsspezifische Betrachtung der gleichen Korrelationskoeffizienten (*Fragestellung F*) ergibt (wie bereits mittels Summenskala, vgl. Tabelle 3) etwas stärkere Zusammenhänge (vgl. Tabelle 50 und Tabelle 51), was mit dem unterschiedlichen Verlauf der Regressionsgeraden für Jungen und Mädchen erklärbar ist. Die Stärke des Zusammenhangs ist aber bei beiden Geschlechtern gleich.

Tabelle 50: Mittelwert, Standardabweichung und Korrelationen der Modellvariablen

Variable	M	SD	Antisoziales Verhalten	Depressive Tendenzen
Antisoziales Verhalten (Anzahl Typen)	♀: .36 ♂: .98	♀: .69 ♂: 1.18	----	.21** (n = 3878)
Depressive Tendenzen	♀: 1.88 ♂: 1.57	♀: .74 ♂: .65	.19** (n = 3650)	----

Anmerkung. Der Korrelationskoeffizient für die Jungen (n = 3878) befindet sich in der oberen Ecke, der Korrelationskoeffizient für die Mädchen (n = 3650) befindet sich in der unteren Ecke. Die Koeffizienten sind signifikant auf einem ** p < .01. Die nonparametrischen Korrelationen sind sowohl für Mädchen als auch Jungen vergleichbar.

Tabelle 51: Hierarchische Regressionsanalysen zu Prädiktoren jugendlicher depressiver Tendenzen, nach Geschlechtern getrennt ($n_{♀}$ = 3650, $n_{♂}$ = 3878)

Variable	B	SE B	β	R^2	ΔR^2	ΔF
Antisoziales Verhalten (Anzahl Typen)						
nur *Jungen*	.11	.01	.21	.04	.04	170.22***
nur *Mädchen*	.20	.02	.19	.04	.04	133.99***

Anmerkung. *** p ≤ .001

3.2 Soziale Beziehungen als Mediatoren

Im Nachfolgenden soll der Frage nachgegangen werden, ob die Beziehung zwischen antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik durch das Ausmass sozialer Zurückweisung bzw. durch die Qualität der sozialen Beziehungen, die die Jugendlichen zu ihren Peers und ihren Eltern haben, vermittelt wird (*Fragestellung G*).

3.2.1 Wahrgenommene Qualität der Peer-Beziehungen

Aus Tabelle 52 wird ersichtlich, dass sowohl mehr antisoziales Verhalten mit einer schlechteren Qualität der Peer-Beziehungen einhergeht als auch mehr depressive Tendenzen mit einer schlechteren Qualität der Peer-Beziehungen einhergehen. In beiden Fällen handelt es sich um einen signfikanten negativen Zusammenhang, wenngleich der zweitere etwas stärker ausgeprägt ist.

Tabelle 52: Mittelwert, Standardabweichung und Korrelationen der Modellvariablen

Variable	M	SD	Antisoziales Verhalten	Depressive Tendenzen	Qualität der Peer-Beziehung
Antisoziales Verhalten	.78	1.29	1		
Depressive Tendenzen	1.72	.71	.11***	1	
Qualität der Peer-Beziehung	3.47	.54	-.06***	-.13***	1

Anmerkung. *** $p \leq .001$

Zur Prüfung der *Hypothese 6*, welche annnimmt, dass die Beziehung zwischen dem antisozialen Verhalten und den depressiven Tendenzen durch die Qualität der Peer-Beziehungen vermittelt wird, wurden – wie auch bei den übrigen Mediator-Hypothesen – nach Baron und Kenny (1986) drei Regressionsanalysen gerechnet. In einem ersten Schritt wurde geprüft, ob antisoziales Verhalten (Prädiktor) ein signifikanter Prädiktor für depressive Tendenzen (Kriterium) darstellt (vgl. Tabelle 53, 1. Gleichung). Das Ergebnis zeigt, dass antisoziales Verhalten als signifikanter Prädiktor für depressive Tendenzen verstanden werden kann.

Tabelle 53: Hierarchische Regressionsanalyse zu Prädiktoren jugendlicher depressiver Tendenzen (N =7528)

Variable	B	SE B	β	R^2	ΔR^2	ΔF
1. Gleichung				.08	.08	312.13***
Geschlecht (Kontrollvariable)	-.38	.02	-.27			
Antisoziales Verhalten	.10	.01	.19			
3. Gleichung				.11	.11	291.71***
Geschlecht (Kontrollvariable)	-.43	.02	-.30			
Antisoziales Verhalten	.10	.01	.19			
Qualität der Peer-Beziehung	-.22	.02	-.17			

Anmerkung. *** $p \leq .001$

In einem zweiten Schritt wurde geprüft, ob antisoziales Verhalten (Prädiktor) ein signifikanter Prädiktor für die Qualität der Peer-Beziehungen (Mediator) darstellt. Dies ist nicht der Fall, antisoziales Verhalten ist kein signifikanter Prädiktor für die Qualität der Peer-Beziehungen. Darüber hinaus wird auch aus der 3. Regressionsgleichung (vgl. Tabelle 53, 3. Gleichung) ersichtlich, dass der Steigungskoeffizient (B) des antisozialen Verhaltens sich bei Kontrolle der Qualität der Peer-Beziehung (vorhergesagter Mediator) nicht von demjenigen der ersten Regressionsgleichung unterscheidet. Das bedeutet, dass es sich bei der Qualität der Peer-Beziehung nicht um einen Mediator handelt, der die Beziehung zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen zu vermitteln vermag und damit *Hypothese 6* nicht bestätigt werden kann.

3.2.2 Wahrgenommene Qualität der Eltern-Beziehung

Nachdem geprüft wurde, ob die Qualität der Peer-Beziehung als Mediator in der Beziehung zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen fungiert, soll nun geprüft werden, ob die Qualität der Beziehung zu den Eltern diesen Zusammenhang tatsächlich zu vermitteln vermag und ob dies im Besonderen für die Mädchen zutrifft (*Hypothese 7*).

Werden die Zusammenhänge zwischen antisozialem Verhalten bzw. depressiven Tendenzen und der Qualität der Beziehung zu den Eltern nach Geschlechtern getrennt berechnet, so wird ersichtlich, dass – ähnlich wie bei der Qualität der Peer-Beziehung – sowohl mehr antisoziales Verhalten mit einer schlechteren Qualität der Beziehung zu den Eltern einhergeht als auch mehr depressive Tendenzen mit einer schlechteren Qualität der Beziehung zu den Eltern einhergehen (vgl. Tabelle 54). In beiden Fällen handelt es sich um signifikante negative Zusammenhänge, die im Vergleich zu denjenigen bei der Qualität der Peer-Beziehung ausgeprägter sind. Dabei scheint es interessant, dass der Zusammenhang zwischen mehr depressiven Tendenzen und schlechterer Qualität der Eltern-Beziehung ausgeprägter ist als der Zusammenhang zwischen mehr antisozialem Verhalten und schlechterer Qualität der Eltern-Beziehung. Dabei ist der negative Zusammenhang zwischen depressiven Tendenzen und Qualität der Eltern-Beziehung bei den Mädchen etwas stärker ausgeprägt als bei den Jungen. Im Gegensatz dazu ist der negative Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und Qualität der Eltern-Beziehung bei den Jungen etwas stärker ausgeprägt ist als bei den Mädchen (vgl. Tabelle 54).

Tabelle 54: Mittelwert, Standardabweichung und Korrelationen der Modellvariablen, nach Geschlechtern getrennt dargestellt

Variable	M	SD	Antisoziales Verhalten	Depressive Tendenzen	Qualität der Eltern-Beziehung
Antisoziales Verhalten	♀: .38 ♂: 1.17	♀: .77 ♂: 1.56	----	.20*** (n = 3878)	-.23*** (n = 3878)
Depressive Tendenzen	♀: 1.88 ♂: 1.57	♀: .74 ♂: .65	.19*** (n = 3650)	----	-.34*** (n = 3878)
Qualität der Eltern-Beziehung	♀: 3.26 ♂: 3.29	♀: .66 ♂: .59	-.20*** (n = 3650)	-.36*** (n = 3650)	----

Anmerkung. Die Korrelationskoeffizienten für die Jungen (n = 3878) befinden sich in der oberen Ecke, die Korrelationskoeffizienten für die Mädchen (n = 3650) befinden sich in der unteren Ecke. Alle Koeffizienten sind signifikant auf einem *** $p \leq .001$.

Zur Prüfung der *Hypothese 7* wurden wiederum drei Regressionsanalysen nach Baron und Kenny (1986) gerechnet, einmal über alle Jugendlichen hinweg und einmal je für die Geschlechter getrennt.

Dabei wissen wir bereits, dass das antisoziale Verhalten ein signifikanter Prädiktor für depressive Tendenzen – über alle Jugendlichen hinweg - darstellt (vgl. Tabelle 55). Betrachtet man die erste Gleichung für beide Geschlechter getrennt berechnet, so stellt man fest, dass dies für die Jungen – im Vergleich zu den Mädchen – in etwas ausgeprägterem Mass der Fall ist (vgl. Tabelle 55).

Tabelle 55: Hierarchische Regressionsanalysen zu Prädiktoren depressiver Tendenzen über alle Jugendlichen (N = 7528) und nach Geschlechtern getrennt ($n_{♀}$ = 3650, $n_{♂}$ = 3878)

Variable	B	SE B	β	R^2	ΔR^2	ΔF
alle Jugendlichen				.08	.08	312.13***
Geschlecht (Kontrollvariable)	-.38	.02	-.27			
Antisoziales Verhalten	.10	.01	.19			
nur *Jungen* Antisoziales Verhalten	.08	.01	.20	.04	.04	162.97***
nur *Mädchen* Antisoziales Verhalten	.18	.02	.19	.04	.04	135.11***

Anmerkung. *** $p \leq .001$

In einem zweiten Schritt wurde geprüft, ob antisoziales Verhalten (Prädiktor) ein signifikanter Prädiktor für die Qualität der Beziehung zu den Eltern (Mediator) darstellt. Dies ist sowohl über alle Jugendlichen gesehen, als auch für beide Geschlechter getrennt betrachtet der Fall. Der Effekt ist für die Jungen jedoch stärker ausgeprägt als für die Mädchen (vgl. Tabelle 56).

Tabelle 56: Hierarchische Regressionsanalysen zu Prädiktoren wahrgenommener Qualität der Eltern-Beziehung, über alle Jugendlichen (N = 7528) und nach Geschlechtern getrennt ($n_{♀}$ = 3650, $n_{♂}$ = 3878)

Variable	B	SE B	β	R^2	ΔR^2	ΔF
alle Jugendlichen				.04	.04	157.75***
Geschlecht (Kontrollvariable)	.11	.02	.09			
Antisoziales Verhalten	-.10	.01	-.21			
nur *Jungen*				.05	.05	204.89***
Antisoziales Verhalten	-.09	.01	-.23			
nur *Mädchen*				.04	.04	144.94***
Antisoziales Verhalten	-.17	.01	-.20			

Anmerkung. *** $p \leq .001$. Bei der Regressionsanalyse für die Mädchen sind die Residuen *nicht* normalverteilt.

In einer dritten Regressionsgleichung soll geprüft werden, ob die Qualität der Eltern-Beziehung (Mediator) tatsächlich ein signifikanter Prädiktor für depressive Tendenzen (Kriterium) darstellt, wenn das antisoziale Verhalten (Prädiktor) kontrolliert wird. Dies ist der Fall, sowohl über alle Jugendlichen hinweg gesehen, als auch über die beiden Geschlechter getrennt berechnet. Es handelt sich dabei nicht um eine vollständige, sondern um eine teilweise Mediation. Diese ist bei den Mädchen am stärksten ausgeprägt, das heisst, der Steigungskoeffizient (B) des antisozialen Verhaltens nimmt bei den Mädchen ($B_{1.\ Gleichung}$ = .18 vs. $B_{3.\ Gleichung}$ = .12) stärker ab als bei den Jungen ($B_{1.\ Gleichung}$ = .08 vs. $B_{3.\ Gleichung}$ = .06, vgl. Tabelle 57). Zur Prüfung, ob der indirekte Einfluss des antisozialen Verhaltens auf die depressiven Tendenzen signifikant durch die Qualität der Beziehung zu den Eltern mediiert wird, wurden Sobel-Tests (Baron & Kenny, 1986) gerechnet. Alle drei Test-Statistiken, diejenige über alle Jugendlichen hinweg (Sobel-Test-Statistik = 9.65), diejenige für die Jungen (Sobel-Test-Statistik = 7.95) und diejenige für die Mädchen (Sobel-Test-Statistik = 12.67) wurden hoch signifikant ($p < .0000$). Damit darf *Hypothese 7* als bestätigt betrachtet werden: Die Qualität der Beziehung zu den Eltern mediiert den Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen, was in besonderem Masse bei den Mädchen der Fall ist.

Tabelle 57: Hierarchische Regressionsanalyse zu Prädiktoren jugendlicher depressiver Tendenzen über alle Jugendlichen (N = 7528) und nach Geschlechtern getrennt ($n_{♀}$ = 3650, $n_{♂}$ = 3878)

Variable	B	SE B	β	R^2	ΔR^2	ΔF
alle Jugendlichen				.18	.18	530.97***
Geschlecht	-.35	.02	-.24			
Antisoziales Verhalten	.07	.01	.12			
Qualität der Eltern-Beziehung	-.37	.01	-.32			
nur *Jungen*				.13	.13	290.21***
Antisoziales Verhalten	.06	.01	.13			
Qualität der Eltern-Beziehung	-.34	.02	-.31			
nur *Mädchen*				.15	.15	309.43***
Antisoziales Verhalten	.12	.02	.12			
Qualität der Eltern-Beziehung	-.38	.02	-.34			

Anmerkung. *** p ≤ .001

In der Folge wurde geprüft, ob der Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen auch durch das Ausmass wahrgenommener Strenge der Erziehungspraktiken der Eltern – wie das in *Hypothese 8* angenommen wurde – vermittelt wird. Die wahrgenommene Strenge der Erziehungspraktiken kann als anderes Mass für die Qualität der Eltern-Beziehung oder als Mass wahrgenommener Zurückweisung durch die Eltern verstanden werden. Vorab kann festgehalten werden, dass sowohl mehr antisoziales Verhalten als auch mehr depressive Tendenzen mit mehr wahrgenommener Strenge des elterlichen Erziehungsverhaltens einher gehen. Das heisst, sowohl antisoziales Verhalten als auch depressive Tendenzen korrelieren signifikant positiv mit der wahrgenommenen Strenge des elterlichen Erziehungsverhaltens, wobei der Zusammenhang zwischen depressiven Tendenzen und wahrgenommener Strenge des elterlichen Erziehungsverhaltens stärker ausgeprägt ist (vgl. Tabelle 58).

Tabelle 58: Mittelwert, Standardabweichung und Korrelationen der Modellvariablen

Variable	M	SD	Antisoziales Verhalten	Depressive Tendenzen	Elterliche Erziehungspraktiken
Antisoziales Verhalten	.78	1.30	1		
Depressive Tendenzen	1.72	.71	.10***	1	
Elterliche Erziehungspraktiken	1.17	.56	.04***	.23***	1

Anmerkung. *** p ≤ .001

Das Ergebnis der ersten Gleichung kann wiederum von den vorangegangenen Analysen übernommen werden: Das antisoziale Verhalten ist ein signifikanter Prädiktor für depressive Tendenzen (vgl. Tabelle 53). In einer zweiten Gleichung wurde geprüft, ob antisoziales Verhalten auch ein Prädiktor darstellt für die wahrgenommene Strenge der elterlichen Erziehungspraktiken (vorhergesagter Mediator). Dies ist der Fall: Antisoziales Verhalten ist ein

signifikanter Prädiktor für wahrgenommene Strenge der elterlichen Erziehungspraktiken (vgl. Tabelle 59).

Tabelle 59: Hierarchische Regressionsanalyse zu Prädiktoren für die Variable Furcht, von den Eltern geschlagen zu werden (N = 7372)

Variable	B	SE B	β	R^2	ΔR^2	ΔF
2. Gleichung				.02	.02	66.91***
Geschlecht	-.15	.01	-.13			
Antisoziales Verhalten	.03	.01	.08			

Anmerkung. *** p ≤ .001. Die Residuen dieser zweiten Gleichung sind *nicht* normalverteilt.

Schliesslich wurde in einer dritten Gleichung (vgl. Tabelle 60) wiederum geprüft, ob die wahrgenommene Strenge elterlicher Erziehungspraktiken als signifikanter Prädiktor für depressive Tendenzen fungiert, wenn das antisoziale Verhalten kontrolliert wird. Dies ist der Fall: Die wahrgenommene Strenge elterlicher Erziehungspraktiken stellt ein signifikanter Prädiktor für depressive Tendenzen dar. Vergleicht man in der Folge die Steigungskoeffizienten des antisozialen Verhaltens, so stellt man fest, dass der Steigungskoeffizient in der dritten Gleichung – im Vergleich zur ersten – etwas zurückgeht, es sich aber keinesfalls um eine vollständige, sondern allenfalls um eine schwache teilweise Mediation handelt ($B_{1.\ Gleichung}$ = .10 vs. $B_{3.\ Gleichung}$ = .09, vgl. Tabelle 60). Der Sobel-Test zeigt, dass es sich um eine signifikante Mediation handelt (Sobel-Test-Statistik = 2.98, p = .003).

Tabelle 60: Hierarchische Regressionsanalyse zu Prädiktoren jugendlicher depressiver Tendenzen (N = 7365)

Variable	B	SE B	β	R^2	ΔR^2	ΔF
3. Gleichung				.11	.11	315.55***
Geschlecht	-.35	.02	-.24			
Antisoziales Verhalten	.09	.01	.17			
Furcht, geschlagen zu werden	.25	.01	.20			

Anmerkung. *** p ≤ .001

Damit kann *Hypothese 8* bestätigt werden: Die wahrgenommene Strenge der elterlichen Erziehungspraktiken vermittelt – wenngleich auch in geringem Ausmass – den Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen.

3.2.3 Viktimisierungserfahrungen

Nachfolgend soll geprüft werden, ob Viktimisierungserfahrungen (z.B. durch Gleichaltrige) den Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik moderieren (*Fragestellung H*). Die Annahme ist, dass antisoziale Jugendliche, die selbst auch schon Opfer aggressiven Verhaltens (z.B. durch Gleichaltrige) wurden, signifikant depressiver sind als solche, die selbst noch keine Viktimisierungserfahrungen (Moderator) gemacht haben

(*Hypothese 9*). Nach Baron und Kenny (1986) gibt es in einem Moderator-Modell drei kausale Pfade, die zu einer Outcome-Variable (in dieser Hypothese die depressiven Tendenzen) führen: a) den Prädiktor → Outcome-Pfad (antisoziales Verhalten → depressive Tendenzen), b) den Moderator-Outcome-Pfad (Viktimisierungserfahrungen → depressive Tendenzen), c) den Prädiktor x Moderator → Outcome-Pfad (antisoziales Verhalten multipliziert mit Viktimisierungserfahrungen → depressive Tendenzen). Die Moderator-Hypothese kann bestätigt werden, wenn die Interaktion von Prädiktor und Moderator (Pfad c) signifikant wird. Möglich sind auch Haupteffekte des Prädiktors und des Moderators (Pfade a und b), diese sind allerdings – zur Prüfung der Moderator-Hypothese – konzeptuell nicht direkt von Bedeutung (Baron & Kenny, 1986, 1174).

Alle Viktimisierungserfahrungen – operationalisiert als systematische Belästigungen, Erfahrungen von Erpressung und physischer Gewalt – wurden einzeln der Prüfung der Moderator-Hypothese unterzogen. Sowohl bei der Analyse der *systematischen Belästigung* als Moderator als auch bei der *Erfahrung von Erpressung* als Moderator konnten zwar je ein Haupteffekt von Prädiktor (antisoziales Verhalten) und Moderator festgestellt werden, die Interaktion von Prädiktor und Moderator wurde jedoch nicht signifikant. Hingegen die Viktimisierungserfahrungen physischer Gewalt fungierten als signifikanter Moderator der Beziehung zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen. Nachfolgend wird die Prüfung der *Viktimisierungserfahrungen physischer Gewalt* eingehender erläutert.

Betrachtet man vorab die Korrelationen der zu involvierenden Variablen so sieht man, dass mehr Viktimisierungserfahrungen physischer Gewalt sowohl mit mehr antisozialem Verhalten als auch mit mehr depressiven Tendenzen einhergehen. Das heisst, es handelt sich in beiden Fällen um einen signifikanten positiven Zusammenhang. Interessanterweise ist der Zusammenhang zwischen Viktimisierungserfahrungen physischer Gewalt und antisozialem Verhalten stärker ausgeprägt als der Zusammenhang zwischen Viktimisierungserfahrungen physischer Gewalt und depressiven Tendenzen (vgl. Tabelle 61).

Tabelle 61: Mittelwert, Standardabweichung und Korrelationen der Modellvariablen (N = 7356)

Variable	M	SD	Antisoziales Verhalten	Depressive Tendenzen	Viktimisierungserfahrungen physischer Gewalt	Interaktion (Produkt) Depressive Tendenzen x Viktimisierung
Antisoziales Verhalten	.78	1.29	1			
Depressive Tendenzen	1.72	.71	.11***	1		
Viktimisierungserfahrungen physischer Gewalt	1.14	.46	.23***	.14***	1	
Interaktion (Produkt) Depressive Tendenzen x Viktimisierung	1.02	2.17	.84***	.12***	.56***	1

Anmerkung. *** $p \leq .001$

Rechnet man die drei Gleichungen wie von Baron und Kenny (1986, vgl. oben) vorgeschlagen, so stellt man fest, dass sowohl ein Haupteffekt des Prädiktors (Pfad a, vgl. Tabelle 55) als auch ein Haupteffekt des Moderators (Pfad b) zu verzeichnen sind. Aus der dritten Gleichung – die der eigentlichen Prüfung der Moderator-Hypothese dient – wird ersichtlich, dass der Interaktionseffekt von Prädiktor und Moderator, also von antisozialem Verhalten und Viktimisierungserfahrungen physischer Gewalt ebenfalls signifikant ist. Der Beitrag der zusätzlichen Varianzaufklärung durch diesen Interaktionseffekt ist jedoch gering (vgl. Tabelle 62).

Tabelle 62: Prüfung des Moderators Viktimisierungserfahrung physischer Gewalt für den Zusammenhang von antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen: Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse, 3. Gleichung (N = 7356)

Variable	B	SE B	β	R^2	ΔR^2	ΔF
Modell 1				.08	.08	301.93***
Geschlecht	-.38	.02	-.27			
Antisoziales Verhalten	.10	.01	.19			
Modell 2				.09	.02	129.06***
Geschlecht	-.39	.02	-.27			
Antisoziales Verhalten	.09	.01	.16			
Viktimisierungserfahrungen	.20	.02	.13			
Modell 3				.09	.001	11.57***
Geschlecht	-.39	.02	-.27			
Antisoziales Verhalten	.13	.01	.23			
Viktimisierungserfahrungen	.26	.03	.17			
Antisoziales Verhalten x Viktimisierungserfahrungen	-.03	.01	-.10			

Anmerkung. *** $p \leq .001$

Damit kann die *Hypothese 9* als – mindestens teilweise – bestätigt betrachtet werden: Viktimisierungserfahrungen, insbesondere solcher physischer Gewalt, können als – eher schwacher – Moderator in der Beziehung zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen fungieren.

3.2.4 Typen antisozialen Verhaltens (und soziale Zurückweisung)

Wenn soziale Zurückweisung – wie sie oben unterschiedlich operationalisiert – die Beziehung zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen der untersuchten Jugendlichen zu vermitteln vermag, stellt sich die Frage, ob antisoziales Verhalten im Allgemeinen oder allenfalls spezielle Typen antisozialen Verhaltens zur sozialen Zurückweisung und damit zu depressiven Tendenzen führen mögen. Nachfolgend wurde deshalb geprüft, inwiefern die Form des antisozialen Verhaltens (z.B. aggressives Verhalten vs. Eigentumsdelikte bzw. die Typen nach Loeber) mit depressiven Tendenzen zusammenhängt (*Fragestellung I*).

Aus Tabelle 63 wird ersichtlich, dass alle Formen des antisozialen Verhaltens in einem ähnlichen Ausmass mit depressiven Tendenzen korrelieren, wobei das Ausmass bei den Jungen etwas stärker variiert als bei den Mädchen und die Reihenfolge von der ausgeprägtesten zur schwächsten Korrelation bei den Mädchen etwas von derjenigen bei den Jungen unterscheidet. Während bei den Mädchen der stärkste Zusammenhang zwischen Diebstahl und depressiven Tendenzen festzuhalten ist, gefolgt von Vandalismus, Gewalt und schliesslich Verkauf von Drogen, lässt sich der stärkste Zusammenhang bei den Jungen zwischen Gewalt und depressiven Tendenzen erkennen, ebenfalls gefolgt von Vandalismus, Verkauf von Drogen und an letzter Stelle von Diebstahl (vgl. Tabelle 63). Prüft man, ob sich diese unterschiedlichen abhängigen Korrelationen signifikant voneinander unterscheiden (Bortz, 1979, 265), so stellt man fest, dass sich lediglich bei den Jungen die Korrelation zwischen Gewalt und depressiven Tendenzen von der Korrelation zwischen Diebstahl und depressiven Tendenzen signifikant unterscheidet ($p < .05$). Alle übrigen Korrelationen – sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen – unterscheiden sich nicht bedeutsam voneinander.

Tabelle 63: Mittelwert, Standardabweichung und Korrelationen der Modellvariablen, nach Geschlechtern getrennt dargestellt

Variable	M	SD	Depressive Tendenzen	Diebstahl	Vandalismus	Gewalt	Drogenverkauf
Depressive Tendenzen	♀: 1.88 ♂: 1.57	♀: .74 ♂: .65	1	.12**	.15**	.17**	.13**
Diebstahl	♀: .17 ♂: .29	♀: .38 ♂: .50	.13**	1	.41**	.32**	.32**
Vandalismus	♀: .06 ♂: .34	♀: .26 ♂: .60	.12**	.24**	1	.38**	.34**
Gewalt	♀: .09 ♂: .34	♀: .32 ♂: .68	.11**	.14**	.22**	1	.29**
Drogenverkauf	♀: 1.11 ♂: 1.34	♀: .39 ♂: .69	.10**	.24**	.24**	.12**	1

Anmerkung. Die Korrelationskoeffizienten für die Jungen ($n_{♂}$ = 3839) befinden sich in der oberen Ecke, die Korrelationskoeffizienten für die Mädchen ($n_{♀}$ = 3627) befinden sich in der unteren Ecke. Alle Koeffizienten sind signifikant auf einem Niveau von $p \leq .01$**.

Die nicht parametrischen Korrelationen (Spearmans Rho) bestätigen sowohl das Ausmass der Zusammenhänge als auch die Reihenfolge von der stärksten zur schwächsten Korrelation, sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen.

Um den Zusammenhang zwischen den einzelnen Typen antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen zu prüfen, wurde eine *schrittweise* hierarchische Regressionsanalyse gerechnet. Bei dieser Form der Regressionsanalyse wird aufgrund der empirischen Werte – und nicht wie üblich aufgrund konzeptueller bzw. theoretischer Überlegungen – eine hierarchische Regression gerechnet (vgl. Field, 2003, 120). Diese Form der Regressionsanalyse, die in verschiedener Hinsicht nicht ganz unproblematisch ist (vgl. z.B. Miles & Shevlin, 2001, 38f.), schien an dieser Stelle gerechtfertigt, weil aufgrund der bisher fehlenden Erkenntnisse *Fragestellung I* eher explorativen Charakter besitzt.

Aus Tabelle 64 wird ersichtlich, dass – über alle Jugendlichen hinweg – nach dem Geschlecht das gewalttätige Verhalten der beste Prädiktor für depressive Tendenzen darstellt, gefolgt von Diebstahl, Vandalismus und Verkauf von Drogen, wobei die einzelnen Beiträge zur Erklärung der Varianz depressiver Tendenzen gering ist und mit jedem weiteren Prädiktor geringer wird. Wird eine schrittweise Regressionsanalyse je für Mädchen und Jungen getrennt durchgeführt, zeigen sich – nicht überraschender Weise, weil bei dieser Analyse teil-partielle Korrelationen gerechnet werden (vgl. Field, 2003, 120) – die gleichen Rangfolgen hinsichtlich Stärke der Prädiktoren wie bei den oben beschriebenen Zusammenhängen: Stärkster Prädiktor für depressive Tendenzen bei den Mädchen ist Diebstahl, gefolgt von Vandalismus, Gewalt und Verkauf von Drogen. Stärkster Prädiktor für depressive Tendenzen bei den Jungen ist Gewalt, gefolgt von Vandalismus und Verkauf von Drogen. Diebstahl vermag bei dieser Form von Analyse keine zusätzliche Varianz mehr aufzuklären.

Tabelle 64: Prädiktoren (Typen antisozialen Verhaltens) jugendlicher depressiver Tendenzen: Ergebnisse der schrittweisen hierarchischen Regressionsanalysen (N = 6978)

Variable	B	SE B	β	R^2	ΔR^2	ΔF
Modell 1				.05	.05	332.27***
Geschlecht	-.31	.02	-.21			
Modell 2				.06	.02	125.19***
Geschlecht	-.35	.02	-.24			
Gewalt	.17	.02	.13			
Modell 3				.07	.01	58.12***
Geschlecht	-.36	.02	-.25			
Gewalt	.14	.02	.11			
Diebstahl	.14	.02	.09			
Modell 4				.07	.00	31.20***
Geschlecht	-.38	.02	-.26			
Gewalt	.11	.02	.09			
Diebstahl	.11	.02	.07			
Vandalismus	.11	.02	.08			
Modell 5				.08	.00	17.41***
Geschlecht	-.39	.02	-.27			
Gewalt	.10	.02	.08			
Diebstahl	.10	.02	.06			
Vandalismus	.09	.02	.06			
Drogenverkauf	.07	.02	.05			

Anmerkung. *** $p \leq .001$

Nachfolgend wurde geprüft, inwiefern die Typen antisozialen Verhaltens nach Loeber (1990) mit depressiven Tendenzen zusammenhängen. Zur Prüfung von Mittelwertsunterschieden hinsichtlich depressiver Tendenzen bei den nach Loeber (1990) gebildeten Gruppen wurde ein 2 (Geschlecht) x 6 (Loebers Typen)-Design (ANOVA) verwendet (vgl. Tabelle 65) und daran anschliessend Post hoc-Tests (Games-Howell) gerechnet.

Wie aus Tabelle 65 ersichtlich wird, berichteten – über alle Jugendlichen hinweg – die Gruppe der vielseitig Antisozialen (*versatile*) die ausgeprägtesten depressiven Tendenzen, gefolgt von der Gruppe, die ausschliesslich antisoziales Verhalten im Bereich Eigentumsdelikte (*excl. property offenders*) begeht, gefolgt von der Gruppe, die ausschliesslich antisoziales Verhalten im Bereich Gewalt (*excl. Gewalt*) begeht, gefolgt von der Gruppe, die ausschliesslich Drogen verkauft (*excl. drug offenders*), gefolgt von der Gruppe, die ausschliesslich antisoziales Verhalten im Bereich Vandalismus (*excl. Vandalismus*) und schliesslich der Gruppe von Jugendlichen, die kein antisoziales Verhalten zeigt (vgl. Tabelle 65).

Tabelle 65: Varianzanalyse für depressive Tendenzen

Quelle		M	SD	df	F
Geschlecht				1	266.74***
	Mädchen	1.88	.74		
	Jungen	1.57	.65		
Loebers Typen				5	48.35***
	Kein antisoziales Verhalten	1.65	.68		
	Excl. property offenders	1.82	.73		
	Versatile	1.88	.77		
	Excl. Drug offenders	1.79	.76		
	Excl. Gewalt	1.80	.77		
	Excl. Vand.	1.71	.71		
Interaktion Geschlecht x Loebers Typen				5	2.93*
Mädchen (M)	M - Kein antisoziales Verhalten	1.79	.72		
	M - Excl. property offenders	2.08	.74		
	M - Versatile	2.24	.84		
	M - Excl. Drug offenders	2.13	.79		
	M - Excl. Gewalt	2.09	.80		
	M - Excl. Vand.	2.08	.81		
Jungen (J)	J - Kein antisoziales Verhalten	1.45	.58		
	J - Excl. property offenders	1.60	.64		
	J - Versatile	1.82	.74		
	J - Excl. Drug offenders	1.61	.67		
	J - Excl. Gewalt	1.63	.71		
	J - Excl. Vand.	1.63	.66		
Fehler				7513	

Anmerkung. * $p \leq .01$, *** $p \leq .001$; Levenes Test ($F_{11, 7513}$) = 19.68***

Über alle Typen von Loeber (1990) hinweg kann ein signifikanter Haupteffekt festgestellt werden. Post hoc-Analysen zeigen, dass sich die Gruppe, die kein antisoziales Verhalten zeigt, auf unterschiedlichem Signifikanzniveau ($p \leq .001$: exkl. Eigentum und Versatile, $p \leq .01$: exkl. Gewalt, $p \leq .05$: exkl. Drogenverkauf) von allen anderen Gruppen – bis auf eine Ausnahme – unterscheidet (vgl. auch Abbildung 17).

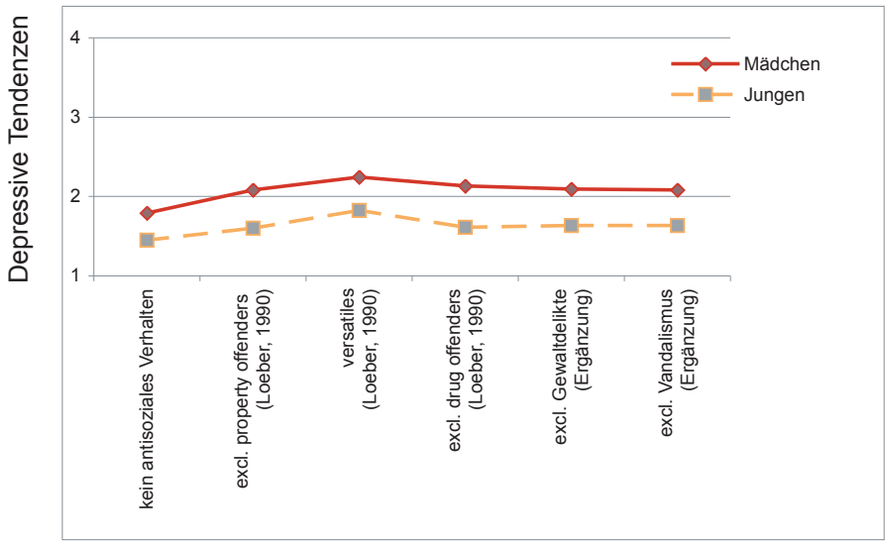

Abbildung 17: Depressive Tendenzen in Abhängigkeit von Loebers Typen, nach Geschlechtern getrennt dargestellt

Diese Ausnahme bildet die Gruppe der ausschliesslich vandalierenden Jugendlichen; sie unterscheidet sich nicht signifikant von der Gruppe, die kein antisoziales Verhalten zeigt. Bei den Gruppen mit antisozialem Verhalten unterscheidet sich nur die Gruppe der Versatilen von der Gruppe der exklusiv vandalierenden Jugendlichen, ansonsten gibt es keine Unterschiede.

3.3 Gesamtmodell – Failure-Modell

Schliesslich wurde in einem letzten Schritt geprüft, ob sowohl soziale Zurückweisung bzw. Qualität der sozialen Beziehungen als auch schulischer Misserfolg bzw. schulische Erfolgszuversicht in einem gemeinsamen Modell (Failure-Modell) den Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik zu vermitteln vermögen (*Fragestellung J*). Um das Failure-Modell multivariat zu überprüfen, wurde die Vermittlung des Zusammenhangs mittels zweier Strukturgleichungsmodelle – je eines für die Mädchen und eines für die Jungen – überprüft. Die beiden Modelle sind inhaltlich identisch, sowohl bezüglich der Messmodelle als auch bezogen auf die faktorielle Struktur (Zusammenhänge zwischen den latenten Variablen). Der Mehrwert der Strukturgleichungsmodelle liegt in der Integration der in den vorderen Abschnitten mittels Regressionsanalysen einzeln untersuchten Zusammenhänge in einem statistisch prüfbaren Gesamtmodell. Darüber hinaus enthält ein Strukturmodell messfehlerbereinigte gemeinsam geschätzte Zusammenhänge, was die Regressionsanalyse nicht leisten kann.

Der Fit des Strukturmodells für die Mädchen (vgl. Abbildung 18) ist befriedigend bis gut (CFI = .90; RMSEA = .047), derjenige des Modells für die Jungen (vgl. Abbildung 19) ist knapp befriedigend (CFI = .89; RMSEA = .047). Die beiden Strukturmodelle bestätigen und ergänzen die bisherigen Befunde. Gemeinsam sind beiden Modellen die signifikanten Zusammenhänge zwischen antisozialem Verhalten auf der einen Seite und (negativen) Peer-Beziehungen, Viktimisierung und Schul(miss)erfolg auf der anderen Seite, wobei letztere wiederum signifikant mit den depressiven Tendenzen zusammenhängen. Gemeinsam ist ihnen auch der ebenfalls signifikante Pfad vom antisozialen Verhalten via wahrgenommene Qualität der Eltern-Beziehung zu den depressiven Tendenzen.

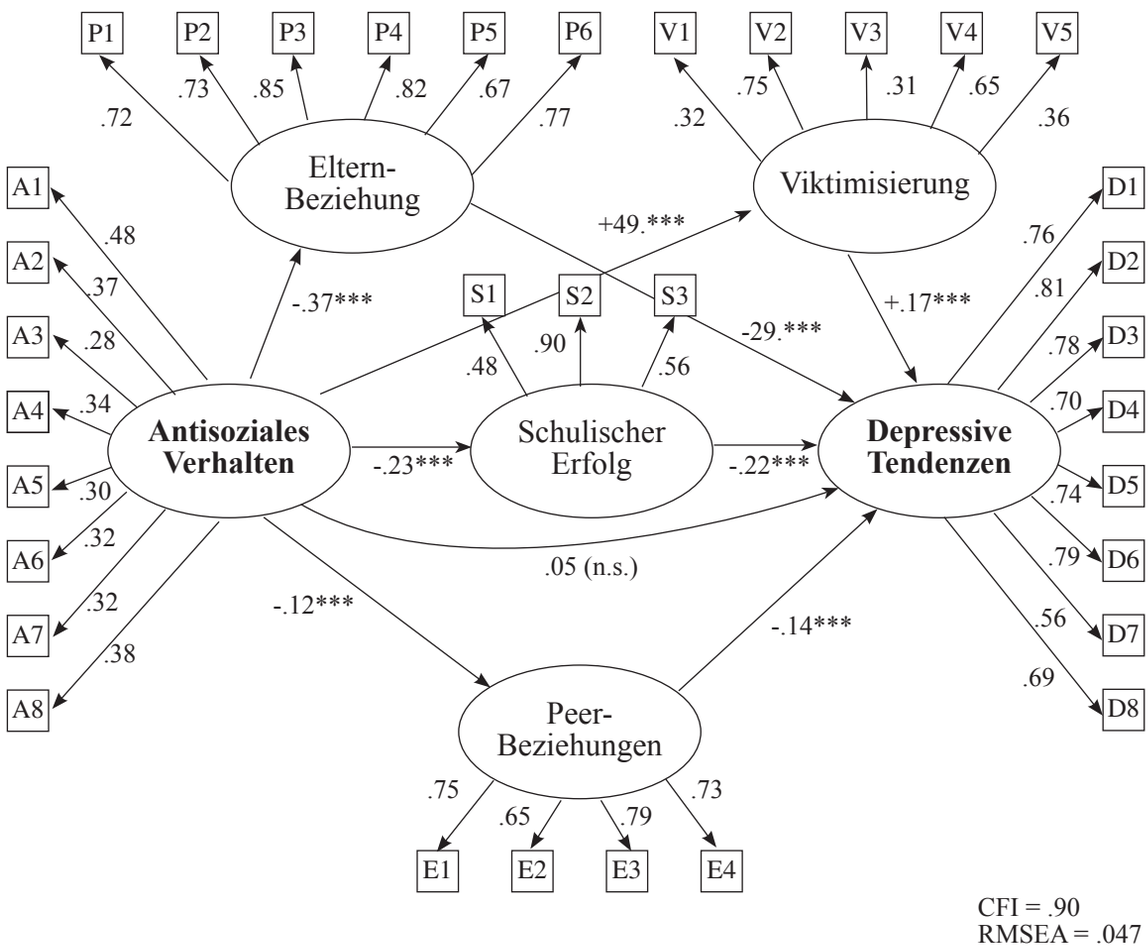

Abbildung 18: Failure-Strukturgleichungsmodell für die weiblichen Jugendlichen (n = 3658)

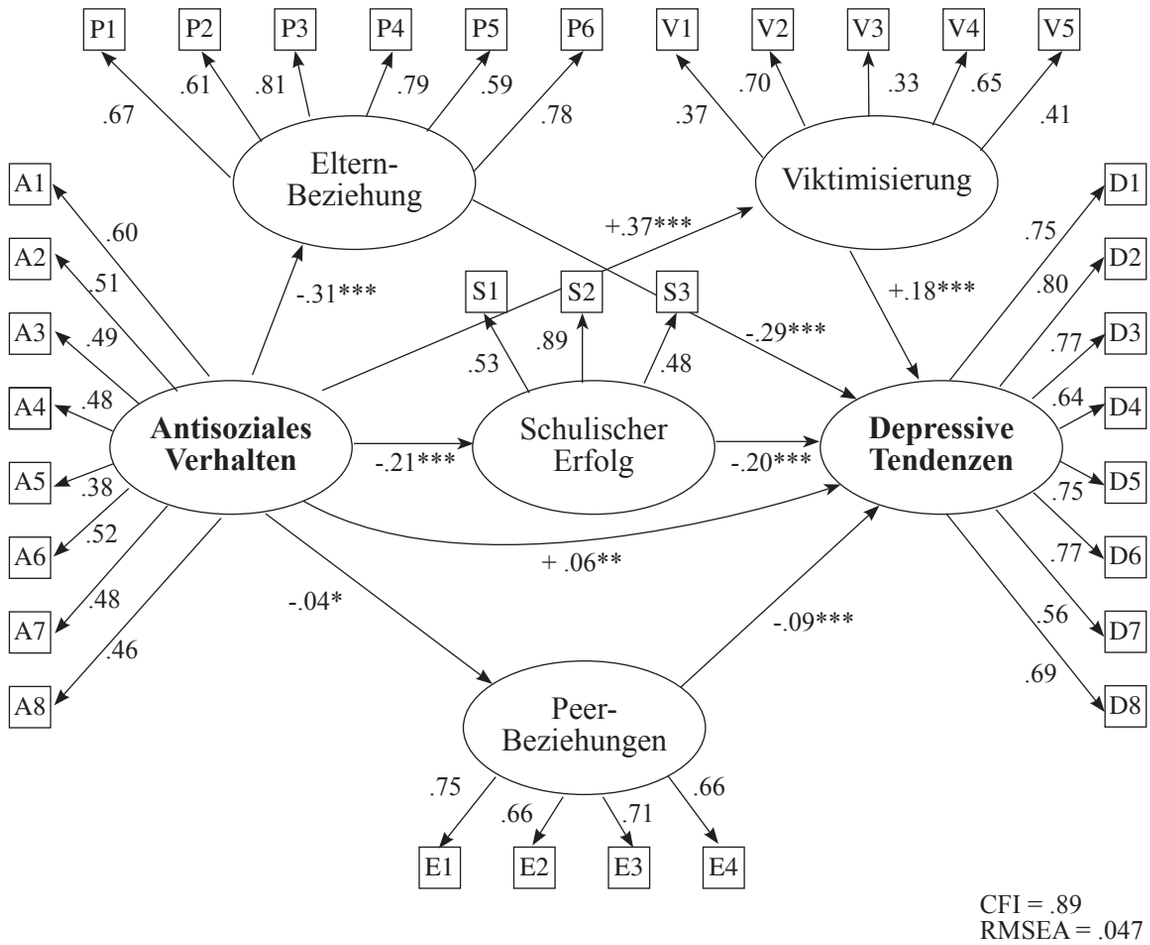

Abbildung 19: Failure-Strukturgleichungsmodell für die männlichen Jugendlichen (n = 3890)

Die Modelle unterscheiden sich jedoch bezüglich der Mediation: Während im Strukturmodell der Mädchen der Zusammenhang zwischen dem antisozialen Verhalten und den depressiven Tendenzen nicht (mehr) signifikant ist, bleibt dieser im Modell der Jungen signifikant. Die Vermittlungsprozesse, die das Failure-Modell postuliert, kommen somit bei den Mädchen etwas akzentuierter zum Ausdruck als bei den Jungen. Bei den Mädchen erklärt das Strukturmodell 25% der depressiven Symptomatik, bei den Jungen 22%.

Im Hinblick auf die *Hypothese 10* ist abschliessend festzuhalten, dass eine Reihe von indirekten Zusammenhängen zwischen dem antisozialen Verhalten auf der einen Seite und der depressiven Symptomatik auf der anderen Seite bestehen.

4. Diskussion

4.1 Phänomenologie des gemeinsamen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik

Vorab interessierte in einem ersten Teil die Frage nach der *Phänomenologie* des gemeinsamen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen (*Fragestellungen A bis F*). Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen festgestellt – und die *Hypothese 1* damit bestätigt – werden, wenngleich dieser Zusammenhang schwächer ausgeprägt ist als aufgrund der in der Literatur dokumentierten Befunde zu erwarten wäre (Rowe, Maughan, & Eley, 2006). Dieses Ergebnis kann aus unterschiedlichen Gründen entstanden sein: Einmal handelt es sich um Jugendliche der Allgemeinbevölkerung, also um eine sog. Normalstichprobe, bei welcher die jeweiligen Problembereiche des antisozialen Verhaltens und der depressiven Symptomatik weniger oft und weniger schwerwiegend in Erscheinung treten dürften als in einer klinischen Stichprobe oder einer Stichprobe mit jugendlichen Straftätern und Straftäterinnen. Darüber hinaus gehören die befragten Jugendlichen zu den gesündesten Jugendlichen, absolvieren sie schliesslich eine Ausbildung in einer öffentlichen Bildungsinstitution, was ein bestimmtes Mass an physischer und psychischer Gesundheit voraussetzt.

Wenn aufgrund der bestehenden empirischen Befunde ein geschlechtsspezifischer Unterschied hinsichtlich des Zusammenhangs angenommen wurde, so konnte die *Hypothese 2* nicht bestätigt werden. Der Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen ist nicht nur bei Mädchen, sondern auch bei Jungen und zwar in vergleichbarem Masse vorhanden. Obwohl die Befundlage diesbezüglich nicht einheitlich erscheint, so gibt es doch einige Studien, die berichten, dass das Risiko depressiv zu werden, insbesondere bei antisozialen Mädchen erhöht ist (z.B. Marmorstein & Iacono, 2003; Moffitt et al., 2001; Waligora, 2003). Gemäss Rowe et al. (2006) gibt es jedoch kaum Studien, welche die dabei involvierten Mechanismen auf Geschlechtsunterschiede geprüft haben. Ihre eigene Studie legt jedoch nahe, dass diese Mechanismen für Mädchen und Jungen in ähnlicher Weise funktionieren.

Betrachtet man die Gruppe der Jugendlichen, die sowohl antisozial als auch depressiv sind, so kann man Folgendes feststellen: Diese Jugendlichen sind etwas jünger als diejenigen der Vergleichsgruppen, sie sind überzufällig seltener in weiterführenden Schulen (z.B. Gymnasium, Handelsschule), kommen überzufällig häufiger aus Familien mit getrennten oder geschiedenen Eltern und die Mädchen der kombiniert antisozial-depressiven Gruppe sind überzufällig häufig adoptierte Kinder. Ausserdem sind drei Merkmale dieser Gruppe augenfällig und meines Erachtens auch bedenklich: Erstens ist diese Gruppe von einer *Kumulation von Problemen* betroffen wie keine andere. Zweitens gibt es darunter *Probleme*, die mir *besonders schwerwiegend* erscheinen, zum Beispiel der Konsum illegaler Substanzen, die ausgeprägte

Suizidalität, die frühen Schwangerschaften und die Erfahrungen von Prostitution und Viktimisierung. Drittens scheinen diese Jugendlichen auf das *am wenigsten tragfähige soziale Netz* zurückgreifen zu können. Das heisst, sie berichten die schlechtesten Beziehungen zu ihren Eltern und zu ihren Peers, sprechen am seltensten mit ihren Familien und am häufigsten überhaupt mit niemandem über ihre Probleme. Und das obwohl ihr Bedürfnis nach Unterstützung für ihre Probleme am ausgeprägtesten ist.

Deshalb erstaunt es nicht, dass die beiden *Hypothesen 3b* und *4* bestätigt werden konnten: Die Kombination von antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen ergibt schwerwiegendere Probleme, insbesondere in den Bereichen *illegaler Substanzkonsum* (*Hypothese 3b*) und *suizidale Gedanken und Handlungen* (*Hypothese 4*) als aufgrund der je einzelnen Problembereiche zu erwarten wäre. Überraschend ist eher, dass *Hypothese 3a*, die auch im Bereich schulischer Erfolg grössere Probleme (Interaktionseffekt) annimmt, nicht bestätigt werden konnte. Zwar berichten die antisozial-depressiven Jugendlichen die schlechtesten Noten, die geringste Zuversicht betreffend Ausbildungserfolg und Finden eines Jobs. Darüber hinaus fehlen sie am häufigsten in der Schule bzw. bei der Arbeit, entweder weil sie geschwänzt haben, krank waren oder aus anderen Gründen nicht anwesend sein konnten. Dennoch handelt es sich bei allen Unterschieden um additive – und nicht wie vorhergesagt um interaktive – Effekte des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen. Dieses Ergebnis liesse sich aber damit erklären, dass die Jugendlichen der kombinierten Gruppe bereits überzufällig seltener in weiterführenden Schulen anzutreffen sind. Die Einschätzungen ihres schulischen Erfolgs und ihrer Zukunftsperspektiven beruhen auf diesen Anforderungen und können glücklicherweise immer noch positiv ausfallen, wenn ihnen vorerst auch eine Bildung auf der Tertiärstufe verschlossen bleibt.

Werden die kombiniert antisozial-depressiven Jugendlichen (nur) als antisoziale Jugendliche (ohne depressive Symptome) behandelt, wird man ihnen in vielerlei Hinsicht nicht gerecht (*Fragestellung D*). Insbesondere hinsichtlich der Bereiche physische und psychische Gesundheit, soziale Beziehungen, schulischer Erfolg und Absenzen, Substanzkonsum, Sport, sexuelles Verhalten und Viktimisierungserfahrungen zeigen die Jugendlichen der kombinierten Gruppe ein *belastenderes Muster des Erlebens und Verhaltens*: Sie fühlen sich weniger gesund, sind bedeutend häufiger suizidal, haben den grössten Bedarf an Unterstützung bei ihren Problemen, berichten die wenigsten und die am wenigsten positiven sozialen Beziehungen, reden im Allgemeinen seltener über ihre Probleme, haben den höchsten Konsum illegaler Substanzen und die meisten damit verbundenen Probleme, treiben am wenigsten Sport, prostituieren sich sehr viel häufiger (insbesondere die Jungen), waren am häufigsten schon einmal schwanger oder haben / hatten eine Freundin, die bereits einmal von ihnen schwanger wurde. Darüber hinaus wurden sie am häufigsten schon Opfer physischer Gewalt bzw. systematischer Belästigung.

Das heisst, kombiniert *antisozial-depressive* Jugendliche sind die belastetsten Jugendlichen mit der geringsten sozialen Unterstützung, denen man in vielerlei Hinsicht nicht gerecht wird, wenn man sie als *antisoziale* Jugendliche behandelt. Die geschilderte Phänomenologie bildet meines Erachtens sehr deutlich das Failure-Modell (Patterson et al., 1989; Patterson & Capaldi, 1990) ab. Das antisoziale Verhalten stört den Erwerb von Fertigkeiten schulischer und sozialer Art, was sich einerseits in schulischem Misserfolg bzw. weniger optimistischen beruflichen Zukunftsaussichten (vielleicht realistischer Weise, z.B. nicht zuletzt auch durch mehr Absenzen), andererseits in weniger positiven sozialen Beziehungen ausdrückt. Darüber hinaus manövrieren sich diese Jugendlichen in mehr psychosozial ungünstige Lebenssituationen (z.B. durch illegalen Substanzkonsum, Prostitution, Viktimisierung, frühe Schwangerschaften), die sich ihrerseits durch mehr Belastung charakterisieren. Das heisst, auf dem Hintergrund von mehr schulischen und sozialen Misserfolgen erleben diese Jugendlichen zusätzlich mehr und möglicherweise auch andere (im Sinne von nicht normativen) Belastungen, die sowohl kognitive als auch soziale Fertigkeiten und funktionales Coping erfordern würden. Diese sind aber nicht in ausreichendem Masse vorhanden. Die Verzweiflung, die aus diesen Misserfolgen resultieren muss, drückt sich einerseits in dem hohen Ausmass an suizidalen Gedanken und Handlungen aus, andererseits möglicherweise auch im Konsum (illegaler) Substanzen als Versuch der Bewältigung dieses Scheiterns.

Das hohe Ausmass an suizidalen Gedanken und Handlungen (Suizidversuche) der kombiniert antisozial-depressiven Jugendlichen gibt zu Bedenken Anlass. Suizidale Gedanken sind allgemein im Jugendalter bis hin zum frühen Erwachsenenalter am häufigsten und der Suizid eine der häufigsten Todesursachen in dieser Entwicklungsphase (Kerr, Owen & Capaldi, 2008). Wenn man bedenkt, dass suizidale Gedanken ein Risikofaktor für nachfolgende Suizidversuche und Suizidversuche wiederum einen Risikofaktor – oder gar *den* Risikofaktor – für einen vollzogenen Suizid darstellen (King, 1997) und das unabhängig vom Geschlecht (Evans, Hawton, Rodham, & Deeks, 2005; Reinherz, Tanner, Berger, Beardslee, & Fitzmaurice, 2006), so besteht in dieser Gruppe Handlungsbedarf, insbesondere wenn man mit berücksichtigt, dass auch depressive Symptome und Substanzkonsum zu den Risikofaktoren für Suizid gehören (Kerr, Owen, & Capaldi, 2008).

Der Konsum illegaler und anderer Substanzen scheint in vielerlei Hinsicht problematisch. Die antisozial-depressiven Jugendlichen haben durch ihre sowohl internalisierenden als auch externalisierenden Probleme ein erhöhtes Risiko für Abhängigkeitsentwicklungen von Suchtmitteln im Allgemeinen (z.B. Alkohol, Tabak, Cannabis oder andere illegale Drogen) (Degenhardt, et al., 2009). Darüber hinaus machen ein früher und missbräuchlicher Konsum, z.B. von Alkohol, die Kontinuität des Konsums wahrscheinlich (Zucker, Donovan, Masten, Mattson, & Moss, 2008). Illegaler Drogenkonsum im Jugendalter ist zudem ein Prädiktor für späteren illegalen und anderen Drogenkonsum (Fergusson, Boden, & Horwood, 2008), was u.a. damit zusammenhängt, dass der Konsum illegaler Substanzen auch durch das damit

verbundene soziale Netzwerk und den darin vereinfachten Zugang zu Drogen verstärkt wird (McCrystal, Percy, & Higgins, 2007a, 2007b). Das heisst, auch hier erleben die betroffenen Jugendlichen – nebst dem problematischen Substanzkonsum – eine zunehmende Einschränkung gesunder Entwicklungsräume.

Schliesslich wurden in der vorliegenden Studie verschiedene Formen antisozialen Verhaltens zusammengefasst und mit dem Ausmass depressiver Tendenzen in Verbindung gebracht. Dabei wurde deutlich, dass depressive Symptome häufiger werden, je mehr verschiedene Typen antisozialen Verhaltens vorkommen. Damit kann *Hypothese 5* als bestätigt betrachtet werden. Einschränkend muss jedoch festgehalten werden, dass der Zusammenhang schwach ausgeprägt ist und nicht mehr Varianz aufklärt, als wenn antisoziales Verhalten als Summenwert in die Analyse eingebracht wird. Nachdem ein geschlechtsspezifischer Zusammenhang mit der *Hypothese 2* verworfen werden musste, überrascht es nicht, dass auch hinsichtlich Anzahl Typen antisozialen Verhaltens und depressiver Symptomatik *keine* geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellbar sind (*Fragestellung F*).

4.2 Soziale Beziehungen

In einem zweiten Teil wurde der Frage nachgegangen, inwiefern die Beziehung zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen durch das Ausmass sozialer Zurückweisung – sowohl durch die Gleichaltrigen als auch durch die Eltern – vermittelt wird (*Fragestellung G*). Dabei gibt es verschiedene Formen sozialer Zurückweisung, z.B. weniger Unterstützung, mehr Konflikte, Plagen etc. (Patterson, Reid, & Dishion, 1992). In einem ersten Schritt wurden die von den Jugendlichen wahrgenommene Qualität der sozialen Beziehungen und die damit einhergehende Unterstützung in die Analysen mit einbezogen.

Betrachtet man zuerst die *Peer-Beziehungen* so stellt man fest, dass sowohl antisoziales Verhalten als auch depressive Tendenzen mit einer schlechteren Qualität der Peer-Beziehungen einhergehen. Prüft man die Zusammenhänge mittels hierarchischer Regressionsanalysen so wird deutlich, dass das antisoziale Verhalten zwar als signifikanter Prädiktor für die depressiven Tendenzen fungiert, nicht aber für die wahrgenommene Qualität der Peer-Beziehungen. Damit muss *Hypothese 6*, gemäss welcher die Beziehung zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen durch die Qualität der Peer-Beziehungen vermittelt wird, verworfen werden.

Anders liegt der Fall bei der wahrgenommenen Qualität der *Beziehung zu den Eltern*. Das antisoziale Verhalten fungiert (auch) als signifikanter Prädiktor für die Qualität der Eltern-Beziehung und zwar sowohl über alle Jugendlichen hinweg als auch über die Geschlechter getrennt betrachtet. Darüber hinaus zeigte sich, dass die Qualität der Eltern-Beziehung ihrerseits als signifikanter Prädiktor für die depressiven Tendenzen fungiert. Damit kann *Hypothese 7* als bestätigt betrachtet werden: Die Qualität der Eltern-Beziehung mediiert den Zusammen-

hang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen. Dies gilt auch für die wahrgenommene Strenge des elterlichen Erziehungsverhaltens: Diese mediiert den Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen in zwar schwacher, aber signifikanter Weise, womit *Hypothese 8* angenommen werden kann.

Betrachtet man die Qualität der Peer-Beziehungen und der Eltern-Beziehungen je einzeln, so stellt man fest, dass nur eine positive Beziehung zu den Eltern – ausgedrückt in mehr wahrgenommener Unterstützung und weniger wahrgenommener Strenge der Erziehungspraktiken – den Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen abzuschwächen vermag. Die Qualität der Peer-Beziehung hingegen vermag bei alleiniger Betrachtung den Zusammenhang nicht zu vermitteln. Zu einem ähnlichen Resultat kamen Kiesner, Carnaghi, Lasorella und Pastore (2009) bei *gleichzeitiger* Betrachtung der Beziehung zu den Eltern und zu den Peers: Eine negative und konflikthafte Beziehung zu den Eltern hing mit einem höheren Ausmass an depressiven Symptomen zusammen, während die Peer-Beziehung nicht signifikant mit den depressiven Symptomen in Verbindung stand. Hier muss allerdings erwähnt werden, dass die Qualität der Peer-Beziehungen mit Hilfe eines soziometrischen Masses der sozialen Akzeptanz / Zurückweisung – und nicht einer Selbsteinschätzung der Jugendlichen – gemessen wurde (Kiesner, et al., 2009). In diesem Zusammenhang könnte ein Rolle spielen, dass depressive Kinder ihre sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen eher als problematisch, ihre Gleichaltrigen diese hingegen als nicht problematisch einschätzen, während bei den aggressiven Kindern genau das Gegenteil der Fall ist (vgl. oben, Brendgen, et al., 2002).

Eine andere Form der sozialen Zurückweisung (z.B. durch Gleichaltrige) ist die Viktimisierung (z.B. durch physische Gewalt, Plagen). Aus diesem Grund wurde in einer weiteren Hypothese überprüft, inwiefern Viktimisierungserfahrungen den Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen zu moderieren vermag. Dabei war die Annahme, dass Jugendliche, die selbst bereits Opfer (z.B.) physischer Gewalt wurden, depressiver sind als solche, die selbst keine derartigen Opfererfahrungen gemacht haben. Tatsächlich konnte *Hypothese 9* mindestens teilweise bestätigt werden: Viktimisierungserfahrungen, darunter insbesondere solche physischer Gewalt, können die Beziehung zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen moderieren. Es handelt sich allerdings bei der Viktimisierung durch physische Gewalt um einen eher schwachen Moderator. Erfahrungen der Viktimisierung durch systematische Belästigung und Erpressung fungierten nicht als Moderatoren. Hier muss erwähnt werden, dass sich keine der erfragten Viktimisierungserfahrungen explizit auf solche durch Gleichaltrige bezogen, wenngleich anzunehmen ist, dass die befragten Jugendlichen vor allem solche Erfahrungen hinzuzogen (z.B.: Kam es […] vor, dass … sich andere über Sie lustig machten oder Sie beleidigten?).

Wenn soziale Zurückweisung den Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen zu vermitteln vermag, dann erscheint es interessant, der Frage nachzugehen, wie es vom antisozialen Verhalten zur sozialen Zurückweisung kommt bzw. ob alle Formen antisozialen Verhaltens (möglicherweise via soziale Zurückweisung) in gleicher Weise mit depressiven Symptomen in Verbindung stehen (*Fragestellung I*). Interessanterweise hängen – bei beiden Geschlechtern – alle Formen des antisozialen Verhaltens in ähnlicher Ausprägung mit depressiven Symptomen zusammen. Dieses Resultat wird auch bestätigt, wenn die Formen antisozialen Verhaltens nach Loeber (1990) kategorisiert und zum Ausmass depressiver Tendenzen in Bezug gesetzt werden: Mit Ausnahme der Gruppe der Jugendlichen, die ausschliesslich vandalieren, sind alle Gruppen, für die die unterschiedlichen Typen antisozialen Verhaltens charakteristisch sind, depressiver als die Gruppe ohne antisoziales Verhalten.

Dieser Befund widerspricht einer neueren Annahme von Rowe, Rijsdijk, Maughan, Hosang und Eley (2008), die – empirisch gestützt – besagt, dass Subkomponenten des antisozialen Verhaltens verschiedene phänotypische Zusammenhänge mit depressiven Symptomen aufweisen. Bereits Rowe et al. (2006) konnten zeigen, dass Depression einerseits mit Oppositionalität (hier operationalisiert als z.B. viel streiten, gemein sein zu anderen, viel schreien, andere plagen etc.) und – unabhängig davon – andererseits auch mit Delinquenz korreliert ist, dass aber kein Zusammenhang mit physischer Aggression besteht, sobald Überlappungen zu anderen Formen des antisozialen Verhaltens mit berücksichtigt werden. Möglicherweise könnten auch hier Viktimisierungserfahrungen durch Gleichaltrige und mangelhafte soziale Kompetenzen eine moderierende Rolle spielen. Wie Perren und Alsaker (2009) kürzlich gezeigt haben, stehen defizitäre soziale Kompetenzen, die sich auf das Wohl anderer beziehen, via Viktimisierung durch Gleichaltrige mit depressiven Symptomen im Zusammenhang. Nun ist zwar physische Aggression – sprich häufiges Involviertsein in physische Kämpfe und Auseinandersetzungen, Drohungen, andere zu verletzen – auch ein Ausdruck mangelnder, auf das Wohl anderer bezogener sozialer Kompetenzen, dürfte aber Kinder und Jugendliche weniger anfällig machen für Viktimisierung. Das heisst, diese Kinder und Jugendlichen gehören häufiger zu den Bullies oder Tätern, die selbst nicht auch Opfer sind (z.B. Alsaker, 2003; Unnever, 2005).

4.3 Failure-Modell

Nach der separaten Betrachtung der vermittelnden Rolle der sozialen Beziehungen wurde in einem dritten Teil ein Gesamtmodell – das Failure-Modell – geprüft, insbesondere ob soziale Zurückweisung (gemessen als Qualität der Peer- und Eltern-Beziehung und Viktimisierung) und schulischer Erfolg den Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik vermitteln. Die Strukturmodelle bestätigen, dass die Qualität der sozialen Beziehungen zu Peers und Eltern und Viktimisierungserfahrungen gemeinsam mit

schulischem Erfolg den Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen bei den Jungen teilweise und bei den Mädchen fast vollständig vermitteln.

Antisoziales Verhalten hängt negativ mit schulischem Erfolg und dieser wiederum negativ mit depressiven Symptomen zusammen: Je mehr antisoziales Verhalten, desto geringer der schulische Erfolg und die damit verbundenen Zukunftsperspektiven. Je besser der schulische Erfolg und die Erfolgszuversicht, desto weniger depressive Symptome. Am stärksten ist der (positive) Zusammenhang zwischen dem antisozialen Verhalten und Viktimisierungserfahrungen, die wiederum positiv mit depressiven Symptomen zusammenhängen: Mehr antisoziales Verhalten geht mit mehr Viktimisierung einher (wobei dieser Zusammenhang bei den Mädchen noch stärker ausgeprägt ist als bei den Jungen) und je mehr Viktimisierungserfahrungen, desto mehr depressive Tendenzen.

Der Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen wird sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen durch die Qualität der sozialen Beziehungen, insbesondere der Eltern-Beziehung, die Viktimisierungserfahrungen und die schulischen Erfolgszuversichten vermittelt. Die Vermittlungsprozesse, die das Failure-Modell annimmt, sind bei den Mädchen akzentuierter und der Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen ist nicht mehr signifikant. Bei den Jungen bleibt der direkte Zusammenhang zwischen antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen – wenn auch in abgeschwächter Form – bestehen. Damit kann das Failure-Modell von Patterson et al. (1989) bzw. Patterson und Capaldi (1990), insbesondere für die Mädchen, als bestätigt betrachtet werden. Das antisoziale Verhalten und das damit verbundene Problemverhalten zuhause, in der Schule und in Gleichaltrigengruppen stören die soziale und kognitive Entwicklung der Kinder und Jugendlichen in empfindlicher Weise, sodass Misserfolg auf allen Ebenen resultiert.

Auch Kiesner et al. (2009) fanden bei ihrer aktuellen Überprüfung des Failure-Modells eine mindestens teilweise Bestätigung. Die Akzeptanz bzw. Ablehnung durch Gleichaltrige wies keinen Zusammenhang auf zu depressiven Symptomen (vgl. oben), jedoch zu Gefühlen der Einsamkeit. Die Jugendlichen waren in der Studie – im Vergleich zur vorliegenden Arbeit – etwas jünger. Gefühle der Einsamkeit könnten Vorläufer von Gefühlen von Depressivität sein, die je länger sie anhalten, desto mehr in den Bereich depressiver Symptome übergehen.

Das Failure-Modell scheint an Aktualität nicht verloren zu haben, deckt jedoch auch „nur“ einen Teil der Entwicklung der Misserfolge ab. Gleichzeitig antisozial und depressive Jugendliche dürften mit grösserer Wahrscheinlichkeit eine ADHD oder eine andere Form neuropsychologischer Defizite aufweisen (vgl. Moffitt et al., 2001). Sie dürften zu den *anhaltend*

Antisozialen nach Moffitt (1993) gehören und zum *pathologischen Typ* der anhaltend Antisozialen nach Quinsey et al. (2004). Die Geschichte von Misserfolgen dürfte im Leben von antisozial-depressiven Kindern und Jugendlichen früh begonnen haben. Durch ihre neuropsychologischen Defizite und der grösseren Wahrscheinlichkeit, in ein „widriges“ Umfeld geboren worden zu sein, haben sie ein erhöhtes Risiko auf ablehnende Eltern zu stossen - mindestens als Resultat der Überforderung durch das „schwierige“ Kind. Diese Kinder erleben damit bereits in der Familie soziale Zurückweisung, z.B. in Form von wenig emotionaler Wärme und strengen, inkonsistenten Erziehungsmassnahmen. Durch ihr vermehrtes Problemverhalten und ihre geringen sozialen Fertigkeiten stossen sie auch in ausserfamiliären sozialen Umfeldern bald mehrheitlich auf Zurückweisung. Sie werden zu Täter-Opfern, das heisst, sie plagen nicht nur selbst, sondern werden auch selbst von anderen geplagt. Darüber hinaus interferieren ihre neuropsychologischen Defizite oder mangelnden Exekutivfunktionen (bei ADHD) mit ihrem schulischen Erfolg. Die früh – und immer wieder – erlebten Misserfolge führen mit grösserer Wahrscheinlichkeit zu depressiven Symptomen. Diese gehen jedoch neben ihren antisozialen Verhaltensweisen unter und erhalten keine Beachtung, was eine teilweise Verkennung der tatsächlichen Probleme und Behandlungsbedürfnisse dieser Jugendlichen zur Folge hat.

4.4 Implikationen für die Praxis

Eine der wichtigsten Implikationen für die Praxis besteht zweifelsohne darin, die Diagnostik bei Tätern und Täter-Opfern sowie generell bei antisozialen Jugendlichen zu verbessern, um depressive Symptome nicht nur zu erkennen, sondern in der Folge auch adäquat behandeln zu können. Das gilt insbesondere für delinquente Jugendliche, deren Etikettierung eine weitergehende Diagnostik leicht verhindert. Ein verbessertes Screening und ein besserer Zugang zur Behandlung psychischer Probleme Jugendlicher sind weitere noch allgemeiner gefasste Implikationen (Brent & Bridge, 2007).

Da wir es bei der kombiniert antisozial-depressiven Gruppe mit Jugendlichen mit speziellem Risiko zu tun haben, müssen Interventions- und Präventionsmassnahmen ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt werden, die den scheinbar allumfassenden Misserfolg – resp. die Geschichte von Misserfolgen – dieser Jugendlichen verhindern, abschwächen oder für sie mindestens besser bewältigbar machen. In diesem Zusammenhang dürften der Aufbau von Lebenskompetenzen (*life skills*-Programme) im Allgemeinen (vgl. z.B. Jerusalem, 2002) und sozialen Kompetenzen im Speziellen von Bedeutung sein. Die Förderung von sozialen Kompetenzen soll das Ziel haben, die soziale Zurückweisung und die daraus resultierende soziale Isolation zu verhindern oder abzuschwächen. Der Aufbau von Lebenskompetenzen soll den Umgang mit Frustration und Misserfolg in konstruktiver Weise verbessern.

Wichtig scheint in diesem Zusammenhang aber auch der *Einbezug der Eltern*, die einen wichtigen Beitrag leisten in der Entwicklung ihrer Kinder im Allgemeinen und mit ihrer

emotionalen Wärme und ihren elterlichen Erziehungspraktiken hinsichtlich Prävention von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen im Speziellen. Dabei ist der Fokus auch auf reziproke Mechanismen zu legen. Hipwell et al. (2008) fanden in ihrer Längsschnittstudie, dass elterliche Wärme und harsche Bestrafungsmethoden der Eltern Verhaltensprobleme und depressive Symptome bei den untersuchten Mädchen vorherzusagen vermochten. Interessant an dieser Studie sind vor allem auch die zwar schwachen, aber reziproken Effekte: Verhaltensprobleme der Mädchen vermochten strengere Bestrafungsmethoden über die Zeit vorherzusagen. In ähnlicher Weise – aber nochmals weniger stark ausgeprägt – vermochten depressive Verstimmungen der Mädchen negative Veränderungen hinsichtlich elterlicher Wärme vorherzusagen. Das ist insofern von Bedeutung, als damit zum Beispiel hinsichtlich Depression der Anstoss zwar sehr wohl von Seiten der Jugendlichen kommen kann, aber die elterliche – wenn vielleicht auch unbewusste – Reaktion darauf bestimmte Prozesse aufrechterhalten oder gar zu stärken vermag.

Als weitere Praxisimplikation betrachte ich die Förderung von *Kompetenzen zur Stressbewältigung* (vgl. z.B. Jerusalem, 2002) nicht nur der Kinder und Jugendlichen, sondern auch ihrer Eltern, denn Erziehung ist in verschiedenen Phasen der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen gelegentlich auch belastend. Erziehung stellt ausserdem grössere Anforderungen an die Emotionsregulation seitens der Eltern (Dix, 1991) und beinhaltet Fertigkeiten, die Eltern in Erziehungskursen erwerben können (vgl. z.B. Triple P von Markie-Dadds, Turner, & Sanders, 1999).

Des Weiteren impliziert die vorliegende Studie auf der gesellschaftlichen Ebene, dass für Familien Bedingungen geschaffen werden, die eine adäquate Betreuung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen ermöglichen. Bei Familien, die beispielsweise unter der Armutsgrenze leben, ist dies nicht gewährleistet. Ziel solcher und weiterer Massnahmen muss sein, protektive Faktoren wie die Beziehung zu den Eltern und zur Familie, die Beziehung zur Schule und die Aufnahme von Beziehungen zu prosozialen (anstatt zu antisozialen) Gleichaltrigen zu fördern (Brent & Bridge, 2007).

4.5 Einschränkungen der Studie

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie basieren auf einer grossen, repräsentativen Untersuchung von Jugendlichen im Alter zwischen 16 und 20 Jahren. Als Einschränkung kann betrachtet werden, dass lediglich Jugendliche befragt werden konnten, die sich in einer nach-obligatorischen Ausbildung (weiterführende Schule oder Lehre) befinden. Damit sind ca. 5% der Jugendlichen, die nach der obligatorischen Schulzeit keine weiterführende Ausbildung machen, ausgeschlossen (Tschumper, et al., 2006). Studien über z.B. aus der Schule ausgeschlossene Jugendliche berichten ein erhöhtes Risiko für Drogenkonsum, antisoziales

Verhalten und vermehrten Kontakt mit Strafverfolgungsbehörden (McCrystal, et al., 2007a). Die längsschnittliche Untersuchung der von der Schule ausgeschlossenen Jugendlichen ergab während des Übergangs zum Erwachsenenalter – also zu einem ähnlichen Zeitpunkt wie die in der vorliegenden Studie untersuchten Jugendlichen – das problematische Bild einer an den Rand der Gesellschaft gedrängten Gruppe (McCrystal, et al., 2007b). Das bedeutet, dass mit der vorliegenden Studie die wahrscheinlich am stärksten belasteten Jugendlichen nicht erfasst wurden. Es ist zu vermuten, dass darunter ein grösserer Anteil von antisozial-depressiven Jugendlichen zu finden wäre, der in noch dramatischerer Weise unter einer Kumulation von Problemen etc. leiden dürfte.

Daneben dürfte die Tatsache, dass die Jugendlichen lediglich zu einem Messzeitpunkt befragt werden konnten, der einschränkendste Umstand sein. Damit konnten interessante zeitliche oder gar kausale Zusammenhänge nicht überprüft werden. Den geprüften Modellen lag die Annahme zugrunde, dass das antisoziale Verhalten den depressiven Tendenzen vorangeht. Es gibt genügend Befunde, die diese Annahme stützen (z.B. Capaldi, 1991, 1992; Loeber & Keenan, 1994; Moffitt et al., 2001). Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden – oder liegt es gar nahe – dass auch reziproke Prozesse im Zusammenhang mit antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen mit involviert sind. Ergebnisse wie diejenigen von Hipwell et al. (2008, vgl. oben) legen nahe, dass auch ein Failure-Modell nochmals komplexer sein dürfte, indem auch depressive Verstimmungen bzw. mehr Verhaltensprobleme von Seiten der Jugendlichen zu einer Abnahme der elterlichen emotionalen Wärme bzw. zu strengerem Erziehungsverhalten etc. führen können. Um derartige Prozesse untersuchen zu können, sind längsschnittlich angelegte Studien unerlässlich.

Die vorliegende Studie beschränkt sich ausschliesslich auf den Selbstbericht von Jugendlichen. Dies hat den Vorteil, dass internale Prozesse wie affektive Zustände und Kognitionen erhoben werden können. In diesem Zusammenhang besteht – gemäss Hipwell et al. (2008, 674) – Konsens darüber, dass z.B. depressive Symptome am besten durch Selbstbericht erhoben werden. Allerdings zweifeln sie daran, ob dies im gleichen Ausmass auch für Verhaltensprobleme der Fall ist, wenngleich die Chance besteht, dass Jugendliche anonymisiert von Dingen berichten können, die sonst niemand weiss. Ein mögliches Risiko besteht, dass Informationen aus nur einer Quelle Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen überschätzen. Ergänzende Eltern- oder / und Lehrpersonenberichte wären hilfreich und könnten eine solche Verzerrung verhindern. Darüber hinaus wäre es denkbar, dass ergänzend auch andere Formen des Selbstberichts – zum Beispiel mit Hilfe der Methode des (biografisch-) narrativen Interviews (z.B. Schütze, 1983) – interessante Einblicke in die Entstehung und den Verlauf sozialer Zurückweisungsprozesse im Zusammenhang mit antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen liefern könnten.

Schliesslich ist klar, dass antisoziales Verhalten nicht als einheitliches Konstrukt, sondern als heterogenes Phänomen betrachtet werden muss (Rowe, et al., 2006). In der vorliegenden Arbeit wurden die Subtypen des antisozialen Verhaltens (z.B. Gewalt, Vandalismus) mit nur wenigen Items erfasst, was zu einer eingeschränkten Varianz führt. Das bedeutet, dass um z.B. den Zusammenhang zwischen Subtypen des antisozialen Verhaltens und Prozessen der sozialen Zurückweisung genauer betrachten zu können, erweiterte Masse zur Erfassung der Subtypen eingesetzt werden müssten.

4.6 Schlussfolgerung

Die Auseinandersetzung mit der Literatur zum gemeinsamen Auftreten von antisozialem Verhalten und depressiver Symptomatik erinnerte mich an die Geschichte dreier Menschen, die die Aufgabe erhielten, blind einen Elefanten zu beschreiben. Dazu wurden sie in einen Zoo geführt. Die erste Person erhielt den Rüssel des Elefanten zu fassen und beschrieb den Elefanten als Tier mit einem herabhängenden Schlauch. Die zweite Person bekam einen Fuss zu fassen und beschrieb den Elefanten als Tier, das Beine hat wie Säulen. Die dritte Person bekam den Schwanz zu fassen und beschrieb darum den Elefanten als Tier mit einem herabhängenden und ausgefransten Seil. Alle drei waren sie richtig in ihrer Feststellung, aber der „Wahrheit“ am nächsten kamen sie, als sie alle ihr Wissen zusammentrugen (Herkunft unbekannt).

Einige Studien betrachteten delinquente Jugendliche (z.B. nach einem Kontakt mit der Strafvollzugsbehörde) in Bezug auf ihre depressiven Symptome, andere Studien betrachteten das Ausmass von Aggressivität bei Jugendlichen, die aufgrund einer klinischen Depression in einer Klinik waren. Wieder andere untersuchten Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens im Hinblick auf andere komorbide Störungen, darunter Depression, wiederum andere untersuchten Jugendliche aus der Normalpopulation im Hinblick auf Korrelate (z.B. soziale Kompetenzen, schulischer Erfolg). Wenn man die Ergebnisse dieser Studien zusammen betrachtet, so mein Schluss, stellt man fest, dass es Jugendliche gibt, die zwar eben sowohl antisozial als auch depressiv sind, aber nicht „nur“. Diese beiden Problembereiche sind nur ein *Teil* des Gesamtbildes und vielleicht auch nicht unbedingt der wichtigste. Depressive Symptome sind „nur” eines von vielen anderen möglichen Problemen, die Jugendliche im Verlaufe entwickeln können. Dazu kann beispielsweise auch ein missbräuchlicher Substanzkonsum gehören. Von daher ist die blosse Betrachtung des gleichzeitigen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen auch lediglich ein Teil der „Wahrheit” bzw. des Phänomens, um in der Analogie der Geschichte von oben zu bleiben. Es ist vielleicht der eine Fuss und der Schwanz des Elefanten, aber noch nicht der Elefant als solches. Insofern hat die vorliegende Arbeit gezeigt, dass die Breite der Beschreibung bezüglich einer Gruppe von Jugendlichen fruchtbar bzw. deren Reduktion auf einzelne Störungen (Jugendliche als Träger

von Diagnosen) oft nicht zielführend ist. Damit ist auch impliziert, dass Präventionsprogramme einen breiteren Fokus einnehmen und nicht auf einzelne Problemverhaltensweisen, wie z.B. Konsum illegaler Drogen, Betrunkenheit am Steuer etc. fokussieren sollten (vgl. Donovan & Jessor, 1985). Die empirischen Resultate der vorliegenden Studie implizieren ausserdem – wie oben bereits ausgeführt –, dass die im Failure-Modell angedachten Mechanismen eine Reihe von Massnahmen begründen, die die Kette der Misserfolge der antisozial-depressiven Jugendlichen unterbrechen können.

Literaturverzeichnis

Abikoff, H., & Klein, R. G. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(6), 881-892.

Abram, K. M., Teplin, L. A., McClelland, G. M., & Dulcan, M. K. (2003). Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry, 60*, 1097-1108.

Aguilar, B., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset / persistent and adolescence-onset antisocial types: from birth to 16 years. *Development and Psychopathology, 12*, 109-132.

Alsaker, F. D., & Olweus, D. (1992). Stability of global self-evaluations in early adolescence: a cohort longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence, 2*(2), 123-145.

Alsaker, F. D. (1992). Pubertal timing, overweight, and psychological adjustment. *Journal of Early Adolescence, 12*, 396-419.

Alsaker, F. D. (2003). *Quälgeister und ihre Opfer*. Bern: Verlag Hans Huber.

Alsaker, F. D., & Dick-Niederhauser, A. (2006). Depression and suicide. In L. Goosens & S. Jackson (Eds.), *Handbook of adolescent development* (pp. 308-336). Hove: Psychology Press.

Alsaker, F. D., & Nägele, C. (eingereicht). Vulnerability to victimization: need for differentiation between pure victims and bully-victims in kindergarten.

Angold, A., & Costello, E. J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry, 150*(12), 1779-1791.

Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*(1), 57-87.

Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). Inventory of parent and peer attachment. *Journal of Youth and Adolescence, 16*, 427-454.

Aronson, E. (1994). *Sozialpsychologie. Menschliches Verhalten und gesellschaftlicher Einfluss*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L., & Ries-Merikangas, K. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry, 49*(12), 1071-1081.

Barnow, S., Skoeries, B., Lucht, M., & Freyberger, H.-J. (2000). Der Einfluss psychosozialer Traumata und elterlichen Erziehungsverhaltens auf Aggressivität im Jugendalter. *Report Psychologie, 2*, 98-109.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.

Ben-Amos, B. (1992). Depression and conduct disorders in children and adolescents: a review of the literature. *Bulletin of the Menninger Clinic, 56*, 188-208.

Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bortz, J. (1979). *Lehrbuch der Statistik*. Berlin: Springer.

Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.

Brendgen, M., Vitaro, F., Turgeon, L., & Poulin, F. (2002). Assessing aggressive and depressed children's social relations with classmates and friends: a matter of perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*(6), 609-624.

Brent, D. A., & Bridge, J. A. (2007). Delinquent accounts: does delinquency account for suicidal behavior? *Journal of Adolescent Health, 40*, 204-205.

Brezina, T. (2000). Delinquent problem-solving: an interpretative framework for criminological theory and research. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 37*(1), 3-30.

Briggs, S. R., & Cheek, J. M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality, 54*(1), 106-148.

Burket, R. C., & Myers, W. C. (1995). Axis I and personality comorbidity in adolescents with conduct disorder. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law, 23*, 73-82.

Bühl, A., & Zöfel, P. (2002). *SPSS 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. München: Pearson Studium.

Capaldi, D. M. (1991). Co-occurence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: I. Familial factors and general adjustment at grade 6. *Development and Psychopathology, 3*, 277-300.

Capaldi, D. M. (1992). Co-occurence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2-year follow-up at grade 8. *Development and Psychopathology, 4*, 125-144.

Caron, C., & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32*(7), 1063-1080.

Chiles, J. A., Miller, M. L., & Cox, G. B. (1980). Depression in an adolescent delinquent population. *Archives of General Psychiatry, 37*, 1179-1184.

Clark, D. B., Pollock, N., Bukstein, O. G., Mezzich, A. C., Bromberger, J. T., & Donovan, J. E. (1997). Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(9), 1195-1203.

Cole, D. A., & Carpentieri, S. (1990). Social status and the comorbidity of child depression and conduct disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(6), 748-757.

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*, 837-844.

Degenhardt, L., Chiu, W. T., Conway, K., Dierker, L., Glantz, M., Kalaydjian, A., et al. (2009). Does the «gateway» matter? Associations between the order of drug use initiation and the development of drug dependence in the National Comorbidity Study Replication. *Psychological Medicine, 39*, 157-167.

Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin, 110*, 3-25.

Dodge, K. A. (1993). Social cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology, 44*, 559-584.

Domalanta Domalanta, D., Risser, W. L., Roberts, R. E., & Hale Risser, J. M. (2003). Prevalence of depression and other psychiatric disorders among incarcerated youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(4), 477-484.

Donovan, J. E., & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*(6), 890-904.

Doreleijers, T. A. H., Moser, F., Thijs, P., van England, H., & Beyaert, F. H. L. (2000). Forensic assessment of juvenile delinquents: prevalence of psychopathology and decision-making at court in the Netherlands. *Journal of Adolescence, 23*, 263-275.

Edelbrock, C., & Achenbach, T. M. (1980). A typology of child behavior profile patterns: distribution and correlates for disturbed children aged 6-16 years. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 441-470.

Eley, T. C. (1997). General genes: a new theme in developmental psychopathology. *Current Directions in Psychological Sciences, 6*, 90-95.

Essau, C. A. (2002). *Depression bei Kindern und Jugendlichen*. München: Reinhardt.

Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*, 239-250.

Farrington, D. P. (1995). The challenge of teenage antisocial behaviour. In M. Rutter (Ed.), *Psychosocial disturbances in young people* (pp. 83-130). New York: Cambridge University Press.

Farrington, D. P. (1996). The explanation and prevention of youthful offending. In J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime: Current theories* (pp. 68-147). Cambridge: Cambridge University Press.

Farrington, D. P. (1997). A critical analysis of research on the development of antisocial behavior from birth to adulthood. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 234-240). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence, 96*, 165-177.

Field, A. (2003). *Discovering statistics using SPSS for Windows*. London: Sage Publications.

Fleming, J. E., & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 29*, 571-580.

Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., & Rutter, M. (2001a). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. I. Psychiatric outcomes in adulthood. *British Journal of Psychiatry, 179*, 210-217.

Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., & Rutter, M. (2001b). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. II. Suicidality, criminality and social dysfunction in adulthood. *British Journal of Psychiatry, 179*, 218-223.

Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(10), 1203-1211.

Goldstein, N. E., Arnold, D. H., Weil, J., Mesiarik, C. M., Peuschold, D., Grisso, T., et al. (2003). Comorbid symptom patterns in female juvenile offenders. *International Journal of Law and Psychiatry, 26*, 565-582.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Haapasalo, J., & Hamalainen, T. (1996). Childhood family problems and current psychiatric problems among young violent and property offenders. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 35*(10), 1394-1401.

Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1991). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Links with antisocial disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 30*(3), 434-439.

Heaven, P. C. L., Newbury, K., & Mak, A. (2004). The impact of adolescent and parental characteristics on adolescent levels of delinquency and depression. *Personality and Individual Differences, 36*, 173-185.

Hipwell, A., Keenan, K., Kasza, K., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Bean, T. (2008). Reciprocal influences between girls' conduct problems and depression, and parental punishment and warmth: a six year prospective analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 663-677.

Hirschi, T., & Gottfredson, M. R. (1995). Control theory and life-course perspective. *Studies on Crime and Crime Prevention, 4*, 131-142.

Holsen, I., Kraft, P., & Vitterso, J. (2000). Stability in depressed mood in adolescence: results from a 6-year longitudinal panel study. *Journal of Youth and Adolescence, 29*(1), 61-78.

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1-55.

Jeannin, A., Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Addor, V., Bütikofer, A., et al. (2005). Self-reported health needs and use of primary health care services by adolescents enrolled in post-mandatory schools or vocational training programmes in Switzerland. *Swiss Medical Weekly, 135*, 11-18.

Jerusalem, M. (2002). Kompetenz(-förderung). In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Eds.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (pp. 270-273). Göttingen: Hogrefe.

Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. New York: Academic Press.

Kandel, D. B., & Davies, M. (1982). Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Archives of General Psychiatry, 39*, 1205-1212.

Kandel, D. B., Raveis, V. H., & Davies, M. (1991). Suicidal ideation in adolescence: depression, substance use, and other risk factors. *Journal of Youth and Adolescence, 20*(2), 289-308.

Keenan, K., & Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin, 121*(1), 95-113.

Kerr, D. C. R., Owen, L. D., & Capaldi, D. M. (2008). Suicidal ideation and its recurrence in boys and men from early adolescence to early adulthood: an event history analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 625-636.

Kiesner, J., Carnaghi, A., Lasorella, V., & Pastore, M. (2009). Compresenza di depressione e comportamento antisociale in adolescenza: il modello del fallimento. *Giornale Italiano di Psicologia, 36*(1), 115-132.

King, C. A. (1997). Suicidal behavior in adolescence. In R. W. Maris, M. M. Silverman & S. S. Canetto (Eds.), *Review of suicidology* (pp. 61-95). New York: Guilford Press.

Kopp, L. M., & Beauchaine, T. P. (2007). Patterns of psychopathology in the families of children with conduct problems, depression, and both psychiatric conditions. *Journal of Abnormal Psychology, 35*, 301-312.

Kovacs, M., Paulauskas, S., Gatsonis, C., & Richards, C. (1988). Depressive disorder in childhood: III. A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders, 15*, 205-217.

Kusch, M., & Petermann, F. (1997). Komorbidität von Aggression und Depression. *Kindheit und Entwicklung, 6*, 212-223.

Leas, L., & Mellor, D. (2000). Prediction of delinquency: the role of depression, risk-taking, and parental attachment. *Behaviour Change, 17*(3), 155-166.

Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review, 10*, 1-41.

Loeber, R., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M., & Van Kammen, W. B. (1998). *Antisocial behavior and mental health problems*. Mahwah: New Jersey.

Loeber, R., & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: effects of age and gender. *Clinical Psychology Review, 14*(6), 497-523.

Loeber, R., Russo, M. F., Stouthamer-Loeber, M., & Lahey, B. B. (1994). Internalizing problems and their relation to the development of disruptive behaviors in adolescence. *Journal of Research on Adolescence, 4*(4), 615-637.

Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., van Kammen, W. B., & Farrington, D. P. (1989). Development of a new measure of self-reported antisocial behavior for young children: prevalence and reliability. In M. W. Klein (Ed.), *Cross-national research in self-reported crime and delinquency*. Dordrecht: Kluwer.

Lubman, D. I., & Yücel, M. (2008). Adolescent substance use and the developing brain. *Developmental Medicine & Child Neurology, 50*, 76-80.

Markie-Dadds, C., Turner, K. M. T., & Sanders, M. R. (1999). *Das Triple P Gruppenarbeitsbuch. Das Begleitbuch zum Elterngruppentraining*. Münster: Verlag für Psychotherapie.

Marmorstein, N. R., & Iacono, W. G. (2001). An investigation of female adolescent twins with both major depression and conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(3), 299-306.

Marmorstein, N. R., & Iacono, W. G. (2003). Major depression and conduct disorder in a twin sample: gender, functioning, and risk for future psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent, 42*(2), 225-233.

Marriage, K., Fine, S., Moretti, M., & Haley, G. (1986). Relationship between depression and conduct disorder in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child Psychiatry, 25*, 687-691.

Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., & Lonnqvist, J. K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. *Archives of General Psychiatry, 48*, 834-839.

McCord, J., & Ensminger, M. E. (1997). Multiple risks and comorbidity in an African-American population. *Criminal Behaviour and Mental Health, 7*(4), 339-352.

McCrystal, P., Percy, A., & Higgins, K. (2007a). Exclusion and marginalisation in adolescence: the experience of school exclusion on drug use and antisocial behaviour. *Journal of Youth Studies, 10*(1), 35-54.

McCrystal, P., Percy, A., & Higgins, K. (2007b). School exclusion drug use and antisocial behaviour at 15/16 years: implications for youth transitions. *Vulnerable Children and Youth Studies, 2*(3), 181-190.

McManus, M., Alessi, N. E., Grapentine, W. L., & Brickman, A. (1984). Psychiatric disturbance in serious delinquents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23*(5), 602-615.

Merikangas, K. R. (1990). Comorbidity of anxiety and depression: review of family and genetic studies. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 331-348). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Miles, J., & Shevlin, M. (2001). *Applying regression and correlation: a guide for students and researchers*. London: Sage Publications.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review, 100*(4), 674-701.

Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P. A. (2001). *Sex differences in antisocial behaviour. Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge: Cambridge University Press.

Monahan, J. (1997). Major mental disorders and violence to others. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 92-100). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Véronique, A., Bütikofer, A., et al. (2004). *Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Narring, F., Tschumper, A., Michaud, P., Vanetta, F., Meyer, R., & Wydler, H. (1994). *La santé des adolescents en Suisse. Rapport d'une enquete nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

O'Connor, T. G., McGuire, S., Reiss, D., Hetherington, E. M., & Plomin, R. (1998). Co-occurence of depressive symptoms and antisocial behavior in adolescence: a common genetic liability. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(1), 27-37.

O'Connor, T. G., Neiderhiser, J. M., Reiss, D., Hetherington, E. M., & Plomin, R. (1998). Genetic contributions to continuity, change, and co-occurrence of antisocial and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*(3), 323-336.

Odgers, C. L., Burnette, M. L., Chauhan, P., Moretti, M. M., & Reppucci, N. D. (2005). Misdiagnosing the problem: mental health profiles of incarcerated juveniles. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review, 14*(1), 26-29.

Patterson, G., Reid, J., & Dishion, T. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

Patterson, G. R., & Capaldi, D. M. (1990). A mediational model for boys' depressed mood. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 141-163). Cambridge: Cambridge University Press.

Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44*(2), 329-335.

Perren, S., & Alsaker, F. D. (2009). Depressive symptoms from kindergarten to early school age: longitudinal associations with social skills deficits and peer victimization. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 3*(28).

Petermann, F., Niebank, K., & Scheithauer, H. (2004). *Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie - Genetik - Neuropsychologie*. Berlin: Springer.

Pliszka, S. R., Sherman, J. O., Barrow, M. V., & Irick, S. (2000). Affective disorders in juvenile offenders: a preliminary study. *American Journal of Psychiatry, 157*, 130-132.

Puig-Antich, J. (1982). Major depression and conduct disorder in prepuberty. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21*(2), 118-128.

Quiggle, N. L., Garber, J., Panak, W. F., & Dodge, K. A. (1992). Social information processing in aggressive and depressed children. *Child Development, 63*, 1305-1320.

Quinsey, V. L., Skilling, T. A., Lalumière, M. L., & Craig, W. M. (2004). *Juvenile Delinquency. Understanding the origins of individual differences*. Washington, DC: American Psychological Association.

Rapp, L. A., & Wodarski, J. S. (1997). The comorbidity of conduct disorder and depression in adolescents: a comprehensive interpersonal treatment technology. *Family Therapy, 24*, 81-100.

Reicher, H. (1999). Depressivität und Aggressivität im Jugendalter: Gemeinsame und spezifische psychosoziale Charakteristika. *Kindheit und Entwicklung, 8*(3), 171-185.

Reinecke, M. A. (1995). Comorbidity of conduct disorder and depression among adolescents: implications for assessment and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 2*, 299-326.

Reinherz, H. Z., Tanner, J. L., Berger, S. R., Beardslee, W. R., & Fitzmaurice, G. M. (2006). Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *American Journal of Psychiatry, 163*, 1226-1232.

Riggs, P. D., Baker, S., Mikulich, S. K., Young, S. E., & Crowley, T. J. (1995). Depression in substance-dependent delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*(6), 764-771.

Rohner, R. P., & Britner, P. A. (2002). Worldwide mental health correlates of parental acceptance-rejection: review of cross-cultural and intracultural evidence. *Cross-Cultural Research, 36*(1), 16-47.

Rowe, J. B., Sullivan, P. F., Mulder, R. T., & Joyce, P. R. (1996). The effect of a history of conduct disorder in adult major depression. *Journal of Affective Disorders, 37*, 51-63.

Rowe, R., Maughan, B., & Eley, T. C. (2006). Links between antisocial behavior and depressed mood: the role of life events and attributional style. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*(3), 293-302.

Rowe, R., Rijsdijk, F. V., Maughan, B., Hosang, G. M., & Eley, T. C. (2008). Heterogenity in antisocial behaviours and comorbidity with depressed mood: a behavioural genetic approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 526-534.

Rutter, M. (1986). The developmental psychopathology of depression: issues and perspectives. In M. Rutter, C. E. Izard & P. B. Read (Eds.), *Depression in young people. Developmental and clinical perspectives* (pp. 3-30). New York: Guilford.

Rutter, M. (2001). Conduct disorder: future directions. An afterword. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 553-572). Cambridge: Cambridge University Press.

Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision - DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.

Schütze, F. (1983). Biografieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis, 13*(3), 283-293.

Silberg, J. L., Rutter, M., D'Onofrio, B., & Eaves, L. (2003). Genetic and environmental risk factors in adolescent substance use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(5), 664-676.

Silver, M. E., Field, T. M., Sanders, C. E., & Diego, M. (2000). Angry adolescents who worry about becoming violent. *Adolescence, 35*(140), 663-669.

Tschumper, A., Nägele, C., & Alsaker, F. D. (2006). Gender, type of education, family background and overweight in adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity, 1*(3), 153-160.

Unnever, J. D. (2005). Bullies, aggressive victims, and victims: are they distinct groups? *Aggressive Behavior, 00*, 1-19.

van Dulmen, M. H. M., Grotevant, H. D., Dunbar, N., Miller, B. C., Bayley, B., Christensen, M., et al. (2002). Connecting national survey data with DSM-IV criteria. *Journal of Adolescent Health, 31*, 475-481.

Vermeiren, R. (2003). Psychopathology and delinquency in adolescents: a descriptive and developmental perspective. *Clinical Psychology Review, 23*, 277-318.

Vermeiren, R., De Clippele, A., & Deboutte, D. (2000). A descriptive survey of Flemish delinquent adolescents. *Journal of Adolescence, 23*, 277-285.

Vermeiren, R., Deboutte, D., Ruchkin, V., & Schwab-Stone, M. (2002). Antisocial behaviour and mental health. *European Child and Adolescent Psychiatry, 11*, 168-175.

Vermeiren, R., Schwab-Stone, M., Ruchkin, V., De Clippele, A., & Deboutte, D. (2002). Predicting recidivism in delinquent adolescents from psychological and psychiatric assessment. *Comprehensive Psychiatry, 43*(2), 143-149.

Vermeiren, R., Schwab-Stone, M., Ruchkin, V. V., King, R. A., Van Heeringen, C., & Deboutte, D. (2003). Suicidal behavior and violence in male adolescents: a school-based study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent, 42*(1), 41-48.

Verona, E., Sachs-Ericsson, N., & Joiner, T. E. (2004). Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *American Journal of Psychiatry, 161*, 444-451.

Waligora, K. (2003). Normbrechendes Verhalten, Körperbeschwerden und depressive Symptombelastung bei Schülerinnen und Schülern - Welche Rolle spielt die soziale Unterstützung? *Kindheit und Entwicklung, 12*(3), 145-153.

Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., & Castillo, S. (1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college. *The Journal of the American Medical Association, 272*(21), 1672-1677.

Weisbrot, D. M., & Ettinger, A. B. (2002). Aggression and violence in mood disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 11*, 649-671.

Windle, M. (1996). An alcohol involvement typology for adolescents: convergent validity and longitudinal stability. *Journal of Studies on Alcohol, 57*, 627-637.

Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2006). Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Eds.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.

Yang, H.-J., Chen, W. J., & Soong, W.-T. (2001). Rates and patterns of comorbidity of adolescent behavioral syndromes as reported by parents and teachers in a Taiwanese nonreferred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(9), 1045-1052.

Zoccolillo, M. (1992). Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: a review. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 31*(3), 547-556.

Zucker, R. A., Donovan, J. E., Masten, A. S., Mattson, M. E., & Moss, H. B. (2008). Early developmental processes and the continuity of risk for underage drinking and problem drinking. *Pediatrics, 121*, S252-S272.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale: Erlbaum.

Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge: Cambridge University Press.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kausale Beziehung zwischen zwei Störungen an zwei Beispielen: a) depressive Symptomatik, die antisoziales Verhalten verursacht oder begünstigt; b) antisoziales Verhalten, das depressive Symptome verursacht oder begünstigt ... 22

Abbildung 2: Beziehung zwischen zwei Störungen aufgrund einer gemeinsamen Ätiologie, am Beispiel der Komorbidität von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen ... 22

Abbildung 3: Komorbidität als Ausdruck eines multiplen Störungstyps, am Beispiel des gleichzeitigen Auftretens von antisozialem Verhalten und depressiven Symptomen ... 23

Abbildung 4: Soziale Zurückweisungshypothese nach Kusch und Petermann (1997) 27

Abbildung 5: Beispiel zweier distinkter Risikofaktoren (elterliche Depression und familiäre Streitigkeiten), die untereinander verbunden sind (nachgezeichnet nach Caron & Rutter, 1991, 1073f.) ... 37

Abbildung 6: Bivariates verhaltensgenetisches Modell, adaptiert nach O'Connor, McGuire et al. (1998, 33) ... 39

Abbildung 7: Modifiziertes und erweitertes Vulnerabilitäts-Stress-Modell nach Wittchen und Hoyer (2006) ... 52

Abbildung 8: Skizze eines ordinalen Interaktionseffekts von antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen auf das Ausmass des illegalen Substanzkonsums..... 55

Abbildung 9: Streudiagramme für antisoziales Verhalten und depressive Tendenzen mit Regressionslinie, nach Geschlechtern getrennt dargestellt ... 76

Abbildung 10: Ausmass suizidaler Gedanken in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen bei den männlichen Jugendlichen..... 84

Abbildung 11: Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen 98

Abbildung 12: Konsum illegaler Substanzen (ohne Cannabis) in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen 101

Abbildung 13: Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Substanzen in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen 101

Abbildung 14: Erfahrungen eines sexuellen Missbrauchs (%) in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen, nach Geschlechtern getrennt dargestellt ... 112

Abbildung 15: Hilfebedürfnis (für Anzahl Probleme), in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen, nach Geschlechtern getrennt dargestellt ... 115

Abbildung 16: Suizidversuche (Lebenszeitprävalenz, in %) in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen, nach Geschlechtern getrennt 116

Abbildung 17: Depressive Tendenzen in Abhängigkeit von Loebers Typen, nach Geschlechtern getrennt dargestellt 141

Abbildung 18: Failure-Strukturgleichungsmodell für die weiblichen Jugendlichen (n = 3658) 142

Abbildung 19: Failure-Strukturgleichungsmodell für die männlichen Jugendlichen (n = 3890) 143

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mittelwert, Standardabweichung und Korrelationen der Modellvariablen..... 75

Tabelle 2: Hierarchische Regressionsanalyse zu Prädiktoren jugendlicher depressiver Tendenzen (N =7528) 75

Tabelle 3: Mittelwert, Standardabweichungen und Korrelationen der Modellvariablen... 76

Tabelle 4: Mittelwert und Standardabweichung für die Variable Alter, in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen..... 77

Tabelle 5: Varianzanalyse für die Variable Alter..... 77

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung des Geschlechts 78

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Variablen Ausbildungstyp, Nationalität, Familienstatus, Wohnort und Adoption für die männlichen Jugendlichen..... 79

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Variablen Ausbildungstyp, Nationalität, Familienstatus, Wohnort und Adoption für die weiblichen Jugendlichen..... 79

Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung der Variablen Ausbildung der Mutter und Ausbildung des Vaters für die männlichen Jugendlichen..... 80

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Variablen Ausbildung der Mutter und Ausbildung des Vaters für die weiblichen Jugendlichen 81

Tabelle 11: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung der Gesundheit, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen 82

Tabelle 12: Multivariate und univariate Varianzanalysen: F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen 83

Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung der Variablen körperliche Behinderung, chronische Krankheit, Unfälle und Suizidversuche für die männlichen Jugendlichen 85

Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung der Variablen körperliche Behinderung, chronische Krankheit, Unfälle und Suizidversuche für die weiblichen Jugendlichen 85

Tabelle 15: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung der sozialen Beziehungen, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen 87

Tabelle 16: Multivariate und univariate Varianzanalysen: F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen 88

Tabelle 17: Häufigkeitsverteilung der Variable Freund, mit dem man reden kann, nach Geschlechtern getrennt dargestellt..... 89

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Variablen Gesprächspartner betreffend verschiedener Probleme bei den männlichen Jugendlichen 90

Tabelle 19: Häufigkeitsverteilung der Variablen Gesprächspartner betreffend verschiedener Probleme bei den weiblichen Jugendlichen 91

Tabelle 20: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung des schulischen Erfolges bzw. der schulischen Absenzen, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen 93

Tabelle 21: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen 94

Tabelle 22: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung des Alkoholkonsums, der Episoden von Betrunkenheit und der Probleme im Zusammenhang mit Alkoholkonsum, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen 96

Tabelle 23: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen 97

Tabelle 24: Häufigkeit (%) von Rauchen, Betrunkenheit (Lebenszeitprävalenz) und Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz) als eine Funktion des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen, bei männlichen Jugendlichen 99

Tabelle 25: Häufigkeit (%) von Rauchen, Betrunkenheit (Lebenszeitprävalenz) und Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz) als eine Funktion des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen, bei weiblichen Jugendlichen 99

Tabelle 26: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung des Konsums illegaler Substanzen (ohne Cannabis) und Probleme in diesem Zusammenhang, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen 100

Tabelle 27: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen 100

Tabelle 28: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung des Konsums verschriebener Medikamente, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen 103

Tabelle 29: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen 104

Tabelle 30: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung der sportlichen Aktivitäten in der Freizeit und der Risikosuche, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen 105

Tabelle 31: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen 106

Tabelle 32: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung der sexuellen Aktivitäten, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen 107

Tabelle 33: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen 107

Tabelle 34: Häufigkeit (%) von Geschlechtsverkehr, Prostitution, Benutzung eines Präservativs, Schwangerschaft einer Freundin als eine Funktion des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen, bei männlichen Jugendlichen 108

Tabelle 35: Häufigkeit (%) von Geschlechtsverkehr, Prostitution, Benutzung eines Präservativs, Schwangerschaft als eine Funktion des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen, bei weiblichen Jugendlichen 109

Tabelle 36: Mittelwert und Standardabweichung für die Masse zur Erfassung der Viktimisierungen, in Abhängigkeit des Geschlechts, des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen 110

Tabelle 37: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x antisoziales Verhalten x depressive Tendenzen 111

Tabelle 38: Häufigkeit (%) der Erfahrung eines sexuellen Missbrauchs, in Abhängigkeit des antisozialen Verhaltens und der depressiven Tendenzen, nach Geschlechtern getrennt..... 111

Tabelle 39: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität..... 114

Tabelle 40: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität..... 117

Tabelle 41: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität..... 119

Tabelle 42: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität..... 121

Tabelle 43: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität..... 122

Tabelle 44: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität..... 123

Tabelle 45: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität..... 124

Tabelle 46: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität..... 124

Tabelle 47: Multivariate und univariate Varianzanalysen – F-Werte für Geschlecht x Komorbidität 126

Tabelle 48: Mittelwert, Standardabweichung und Korrelationen der Modellvariablen... 127

Tabelle 49: Hierarchische Regressionsanalyse zu Prädiktoren jugendlicher depressiver Tendenzen (N =7528)..... 128

Tabelle 50: Mittelwert, Standardabweichung und Korrelationen der Modellvariablen... 128

Tabelle 51: Hierarchische Regressionsanalysen zu Prädiktoren jugendlicher depressiver Tendenzen, nach Geschlechtern getrennt ($n_{♀}$ = 3650, $n_{♂}$ = 3878)..... 128

Tabelle 52: Mittelwert, Standardabweichung und Korrelationen der Modellvariablen... 129

Tabelle 53: Hierarchische Regressionsanalyse zu Prädiktoren jugendlicher depressiver Tendenzen (N =7528) ... 129

Tabelle 54: Mittelwert, Standardabweichung und Korrelationen der Modellvariablen, nach Geschlechtern getrennt dargestellt ... 131

Tabelle 55: Hierarchische Regressionsanalysen zu Prädiktoren depressiver Tendenzen über alle Jugendlichen (N = 7528) und nach Geschlechtern getrennt ($n_{♀}$ = 3650, $n_{♂}$ = 3878) ... 131

Tabelle 56: Hierarchische Regressionsanalysen zu Prädiktoren wahrgenommener Qualität der Eltern-Beziehung, über alle Jugendlichen (N = 7528) und nach Geschlechtern getrennt ($n_{♀}$ = 3650, $n_{♂}$ = 3878) ... 132

Tabelle 57: Hierarchische Regressionsanalyse zu Prädiktoren jugendlicher depressiver Tendenzen über alle Jugendlichen (N = 7528) und nach Geschlechtern getrennt ($n_{♀}$ = 3650, $n_{♂}$ = 3878) ... 133

Tabelle 58: Mittelwert, Standardabweichung und Korrelationen der Modellvariablen... 133

Tabelle 59: Hierarchische Regressionsanalyse zu Prädiktoren für die Variable Furcht, von den Eltern geschlagen zu werden (N = 7372) ... 134

Tabelle 60: Hierarchische Regressionsanalyse zu Prädiktoren jugendlicher depressiver Tendenzen (N = 7365) ... 134

Tabelle 61: Mittelwert, Standardabweichung und Korrelationen der Modellvariablen (N = 7356) ... 136

Tabelle 62: Prüfung des Moderators Viktimisierungserfahrung physischer Gewalt für den Zusammenhang von antisozialem Verhalten und depressiven Tendenzen: Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse, 3. Gleichung (N = 7356) ... 136

Tabelle 63: Mittelwert, Standardabweichung und Korrelationen der Modellvariablen, nach Geschlechtern getrennt dargestellt ... 138

Tabelle 64: Prädiktoren (Typen antisozialen Verhaltens) jugendlicher depressiver Tendenzen: Ergebnisse der schrittweisen hierarchischen Regressionsanalysen (N = 6978) ... 139

Tabelle 65: Varianzanalyse für depressive Tendenzen ... 140

Anhang

Fragebogen SMASH-02

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Université de Lausanne
Directeur: Professeur Fred Paccaud

UMSA UNITE MULTIDISCIPLINAIRE DE SANTE DES ADOLESCENTS

Groupe de Recherche sur la Santé des Adolescents

Universität Bern

Institut für Psychologie

Psychologie der Entwicklung und der Entwicklungsstörungen

Studie zu Gesundheit und Lebensstil Jugendlicher in der Schweiz (2002)

Ausbildungs-Code:
(nur für Lehrlinge)

Guten Tag!

Dieser Fragebogen über die Gesundheit und das Wohlbefinden wurde von Jugendlichen Ihres Alters und von Fachpersonen ausgearbeitet. Er wird dazu dienen, die Bedürfnisse der Jugendlichen in der Ausbildung nach der obligatorischen Schulzeit besser zu verstehen. Damit können die Präventionsprogramme, Gesundheitsdienste und Beratungsstellen für Jugendliche (Sprechstunden, Familienplanung, Sozialdienste, Freizeitangebote, etc.) weiter verbessert werden.

Ungefähr 10`000 Jugendliche aus der ganzen Schweiz sind eingeladen, an dieser Befragung teilzunehmen. Da Sie nicht alle die gleiche Meinung und die gleichen Erfahrungen haben, interessieren uns die Antworten jedes und jeder einzelnen von Ihnen. Wir werden die verschiedensten Themen anschneiden, darunter auch sehr persönliche. Entsprechend garantieren wir Ihnen auch die vollständige Anonymität, d.h. wir werden Ihren Namen nie kennen, und niemand wird Ihre Antworten erkennen; auch nicht die Person, die Ihnen den Fragebogen abgegeben hat und in der Klasse anwesend ist. Selbstverständlich steht es Ihnen frei, einzelne oder auch alle Fragen nicht zu beantworten.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung, Ihre Mitarbeit und Ihr Vertrauen !

Prof. Pierre-André Michaud
Chefarzt UMSA

Dr. med. Françoise Narring
Leitende Ärztin UMSA

Véronique Addor, MPH
Projektleiterin der Studie

Laura Inderwildi Bonivento,
Lic. Soc.; Koordinatorin für die italienische Schweiz

Prof. Françoise D. Alsaker
Institut für Psychologie
Universität Bern

Dr. med. Annemarie Tschumper
Institut für Psychologie
Universität Bern

Wie soll man antworten?

- Nehmen Sie sich Zeit, die Frage gut zu lesen, aber überlegen Sie auch nicht zu lange, bevor Sie antworten.
- Machen Sie ein Kreuz in das Feld, welches der für Sie passendsten Antwort entspricht. In der Regel gibt es nur eine Antwort pro Frage, ausser wenn eine andere Anleitung bei der Frage steht. Wenn Sie eine Antwort korrigieren wollen, streichen Sie diese zweimal durch und machen Sie ein neues Kreuz, das der neuen Antwort entspricht.
- Wenn eine Frage Sie nicht betrifft, gehen Sie, ohne zu antworten, direkt zur nächsten Frage.
- Schreiben Sie Zahlen bitte sehr leserlich wie unten vorgegeben (optische Dateneinlesung) !

Korrekturen:

1234567890
Bitte Zahlen so schreiben

~~16~~ Jahre
Fehler zweimal streichen

17
Neu schreiben

ja ☒
Fehler zweimal streichen

nein ☒
Neu markieren

Ihr Wohlbefinden und Ihre Aktivitäten ...

1 Wie schätzen Sie Ihre Gesundheit im allgemeinen ein?

ausgezeichnet	sehr gut	gut	mittelmässig	schlecht
1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

2 An wievielen Tagen haben Sie <u>in der letzten Woche</u> während mindestens 20 Minuten am Stück eine körperliche Aktivität betrieben, die Sie zum Schwitzen oder zum schnelleren Atmen gebracht hat?

Unter körperlicher Aktivität versteht man z.B. Sport treiben, mit dem Fahrrad zur Schule fahren, einer körperlich anstrengenden Arbeit nachgehen, etc.

(mit 0-7 Tagen antworten) Tage pro Woche

3 Haben Sie <u>in den letzten 30 Tagen</u> ausserhalb der Schule in einem Verein, einer Gruppe oder einem Club mitgemacht?

(nur eine Antwort pro Zeile)	ja	nein
▪ Sportclub in einer Einzelsportart	1☐	0☐
▪ Sportclub in einer Mannschaftssportart	1☐	0☐
▪ Kurs oder Gruppe für Ballett, Tanz oder Theater	1☐	0☐
▪ Musikgruppe (Band, Chor, Jugendorchester, Blasmusik, etc.)	1☐	0☐
▪ Pfadi, Kadetten	1☐	0☐
▪ Jugendgruppe	1☐	0☐
▪ Pfarreigruppe	1☐	0☐
▪ Hilfswerk (Hilfsaktionen, Rotes Kreuz, Samariter, etc.)	1☐	0☐
▪ Politische Gruppierung, Jugendparlament	1☐	0☐
▪ andere Aktivität, welche? _____	1☐	0☐

4 Treiben Sie ausserhalb der Schule Sport?

ja, jeden Tag oder fast	ja, 2- bis 3-mal pro Woche	ja, ungefähr 1-mal pro Woche	**nein**
1☐	2☐	3☐	4☐

<u>Wenn nein</u>, aus welchen Gründen?
(mehrere Antworten möglich)

1☐ ich leide an einer Verletzung oder an einer körperlichen Behinderung
2☐ ich fühle mich nicht wohl in meinem Körper
3☐ ich bin nicht begabt
4☐ ich mag Sport nicht
5☐ wegen unregelmässiger Arbeitszeit kann ich mich nicht in einem Club/Kurs einschreiben
6☐ ich habe bereits eine körperlich harte Arbeit
7☐ ich habe zu viel zu tun, ich habe keine Zeit
8☐ ich habe keine Gelegenheit, es gibt keinen Club oder keine Sportanlage für diejenige Sportart, die mir gefallen würde
9☐ ich habe keine Lust, ich bin zu faul
10☐ ich mache lieber etwas anderes
11☐ meine Freundinnen und Freunde machen auch keinen Sport
12☐ aus anderen Gründen

Ihre Ausbildung …

5 Welches ist Ihre schulische oder berufliche Situation?

1☐ in der Lehre oder einer Berufsschule

2☐ Schule: welche?
- 1☐ Gymnasium, Kantonsschule, Seminar
- 2☐ technische Schule
- 3☐ Diplommittelschule, Handelsschule

3☐ andere, welche? _____

6 In welchem Ausbildungsjahr sind Sie (nach der obligatorischen Schulzeit)?

1☐ 1. Jahr
2☐ 2. Jahr
3☐ 3. Jahr
4☐ 4. Jahr oder weiter

7 Wie oft mussten Sie im Laufe Ihrer Schulzeit eine Klasse wiederholen?

(wenn keine Wiederholung: 0 angeben) ____ mal

8 Wie finden Sie Ihre Klasse im allgemeinen?

(nur eine Antwort pro Zeile)	trifft ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
▪ die meisten fühlen sich wohl in unserer Klasse	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ die Lehrpersonen kümmern sich um die Probleme der Schülerinnen und Schüler	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ wenn jemand etwas Falsches sagt, spotten alle über ihn oder sie	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ die Lehrerinnen und Lehrer haben Vertrauen zu mir	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ich erhalte von den Lehrern und Lehrerinnen die Anerkennung, die ich verdiene	1☐	2☐	3☐	4☐

9 FÜR LEHRLINGE
Wie finden Sie im allgemeinen die Stimmung an Ihrer Lehrstelle?

(nur eine Antwort pro Zeile)	trifft ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
▪ die meisten fühlen sich wohl in unserem Betrieb/Team	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ mein Lehrmeister (Lehrmeisterin) ist sehr streng	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ mein Lehrmeister (Lehrmeisterin) kümmert sich um die Probleme der Lehrlinge	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ wenn jemand in unserem Betrieb/Team einen Fehler macht, spotten alle über ihn oder sie	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ mein Lehrmeister (Lehrmeisterin) hat Vertrauen zu mir	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ich erhalte von meinem Lehrmeister (Lehrmeisterin) die Anerkennung, die ich verdiene	1☐	2☐	3☐	4☐

10 FÜR LEHRLINGE
Bezüglich Anstrengung und Stress an der Arbeit

Überlegen Sie sich zu den einzelnen Aussagen zuerst, ob Sie für Sie zutreffen. Falls ja, geben Sie an, wie stark Sie das belastet.			das belastet mich gar nicht	das belastet mich ein wenig	das belastet mich mässig	das belastet mich sehr stark
▪ aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens stehe ich häufig unter grossem Zeitdruck	trifft nicht zu	0☐				
	trifft zu	1☐ →	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört	trifft nicht zu	0☐				
	trifft zu	1☐ →	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen	trifft nicht zu	0☐				
	trifft zu	1☐ →	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ich bin häufig gezwungen, Überstunden zu machen	trifft nicht zu	0☐				
	trifft zu	1☐ →	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ meine Arbeit ist körperlich anstrengend	trifft nicht zu	0☐				
	trifft zu	1☐ →	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ im Verlauf meiner Lehrzeit ist meine Arbeit immer anspruchsvoller geworden	trifft nicht zu	0☐				
	trifft zu	1☐ →	1☐	2☐	3☐	4☐

IHRE PERSÖNLICHE SITUATION …

11 Was denken Sie über diese Aussagen?

(nur eine Antwort pro Zeile)	trifft ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
▪ ich habe gute Noten in der Schule	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ich bin sicher, dass ich eine Ausbildung abschliessen kann	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ich bin sicher, dass ich später eine Stelle finden werde	1☐	2☐	3☐	4☐

12 Sie sind?

weiblich 1☐ männlich 2☐

13 Wie alt sind Sie ?

☐☐ Jahre

14 Von welchem Land/Region besitzen Sie Ihre Nationalität(en)?

(mehrere Antworten sind möglich)

1☐ Schweiz
2☐ Italien
3☐ Deutschland
4☐ Frankreich
5☐ Österreich
6☐ Portugal
7☐ Spanien
8☐ Türkei
9☐ Republik Jugoslawien
10☐ Kroatien
11☐ Republik Mazedonien
12☐ anderer Staat in Westeuropa
13☐ anderer Staat in Osteuropa
14☐ Naher Osten, Maghreb, Mittlerer Osten
15☐ anderer Staat in Afrika
16☐ Asien
17☐ Süd- und Mittelamerika
18☐ Nordamerika, Australien

15 Sind Sie in der Schweiz geboren?

ja	**nein**
1☐	0☐

Wenn nein, seit wievielen Jahren leben Sie in der Schweiz? Seit ☐☐ Jahren ☐☐ Monaten

16 Aus welchem Land oder welcher Region stammen Ihre Eltern?

(eine Antwort pro Kolonne)	Mutter	Vater
▪ Schweiz	1☐	1☐
▪ Italien	2☐	2☐
▪ Deutschland	3☐	3☐
▪ Frankreich	4☐	4☐
▪ Österreich	5☐	5☐
▪ Portugal	6☐	6☐
▪ Spanien	7☐	7☐
▪ Türkei	8☐	8☐
▪ Republik Jugoslawien	9☐	9☐
▪ Kroatien	10☐	10☐
▪ Republik Mazedonien	11☐	11☐
▪ anderer Staat in Westeuropa	12☐	12☐
▪ anderer Staat in Osteuropa	13☐	13☐
▪ Naher Osten, Maghreb, Mittlerer Osten	14☐	14☐
▪ anderer Staat in Afrika	15☐	15☐
▪ Asien	16☐	16☐
▪ Süd- und Zentralamerika	17☐	17☐
▪ Nordamerika, Australien	18☐	18☐
▪ Sie wissen es nicht	19☐	19☐

17 Wo wohnen Sie (Sie selbst)?

in den Bergen, auf dem Land, in einem Dorf	in einer Stadt oder in einem städtischen Vorort
1☐	2☐

18 In welchem Kanton wohnen Sie?

1 ☐ Appenzell AR
2 ☐ Appenzell AI
3 ☐ Aargau
4 ☐ Basel-Land
5 ☐ Basel-Stadt
6 ☐ Bern
7 ☐ Freiburg
8 ☐ Genf
9 ☐ Glarus
10 ☐ Graubünden
11 ☐ Jura
12 ☐ Luzern
13 ☐ Neuenburg
14 ☐ Nidwalden
15 ☐ Obwalden
16 ☐ Schaffhausen
17 ☐ Schwyz
18 ☐ Solothurn
19 ☐ St. Gallen
20 ☐ Tessin
21 ☐ Thurgau
22 ☐ Uri
23 ☐ Wallis
24 ☐ Waadt
25 ☐ Zug
26 ☐ Zürich
27 ☐ Sie wohnen im Ausland

19 Bitte bezeichnen Sie in dieser Liste <u>alle Personen</u>, mit denen Sie <u>die meiste Zeit</u> wohnen:

(mehrere Antworten sind möglich)

⚠ *Wenn es die gleichen Personen sind wie während der Woche, überspringen Sie die 2. Kolonne!*

<u>während der Woche</u>

1 ☐ Mutter
2 ☐ Stiefmutter oder Freundin/ Lebenspartnerin Ihres Vaters
3 ☐ Pflegemutter
4 ☐ Vater
5 ☐ Stiefvater oder Freund/ Lebenspartner Ihrer Mutter
6 ☐ Pflegevater
7 ☐ Brüder, Schwestern, Anzahl: ☐☐
(auch Halbbrüder/Halbschwestern, mit denen Sie zusammen wohnen)
8 ☐ andere Verwandte (Grosseltern, Onkel, Tanten, andere Kinder, etc.)
9 ☐ Sie leben allein
10 ☐ Sie teilen eine Wohnung mit anderen (WG) oder leben im Internat
11 ☐ Sie leben mit Ihrem Partner/Partnerin
12 ☐ Sie leben in einem Heim
13 ☐ andere Wohnsituation

<u>während des Wochenendes</u>

1 ☐ Mutter
2 ☐ Stiefmutter oder Freundin/ Lebenspartnerin Ihres Vaters
3 ☐ Pflegemutter
4 ☐ Vater
5 ☐ Stiefvater oder Freund/ Lebenspartner Ihrer Mutter
6 ☐ Pflegevater
7 ☐ Brüder, Schwestern, Anzahl: ☐☐
(auch Halbbrüder/Halbschwestern, mit denen Sie zusammen wohnen)
8 ☐ andere Verwandte (Grosseltern, Onkel, Tanten, andere Kinder, etc.)
9 ☐ Sie leben allein
10 ☐ Sie teilen eine Wohnung mit anderen (WG) oder leben im Internat
11 ☐ Sie leben mit Ihrem Partner/Partnerin
12 ☐ Sie leben in einem Heim
13 ☐ andere Wohnsituation

20 Wurden Sie adoptiert?

	ja	nein
durch Ihre Mutter	1☐	0☐
durch Ihren Vater	1☐	0☐

Falls Sie adoptiert wurden, in welchem Alter ca.? mit ☐☐ Jahren ☐☐ Monaten

Falls Sie adoptiert wurden, welches ist Ihre Herkunftsregion?

1☐ Schweiz oder Westeuropa
2☐ Osteuropa
3☐ Türkei, Balkan
4☐ Naher Osten, Maghreb
5☐ übriges Afrika
6☐ Süd- oder Mittelamerika
7☐ Asien
8☐ anderes Land

21 Wie ist die Situation Ihrer Eltern?

1☐ Sie leben zusammen
2☐ Sie sind getrennt oder geschieden
3☐ Ihr Vater ist gestorben
4☐ Ihre Mutter ist gestorben
5☐ Ihr Vater und Ihre Mutter sind gestorben

6☐ andere Situation; genauer _____

22 Welche Ausbildung haben Ihre Eltern (oder Stiefeltern, oder Freundin/Freund des Elternteils, mit denen Sie die meiste Zeit leben) als letztes abgeschlossen?

(eine Antwort pro Kolonne)	Mutter	Vater
▪ ging nie zur Schule (weder in der Schweiz noch im Ausland)	1☐	1☐
▪ die obligatorische Schule (oder einige Schuljahre)	2☐	2☐
▪ Berufslehre, Berufsschule	3☐	3☐
▪ Handelsschule oder technische Schule	4☐	4☐
▪ Universität, Hochschule oder Fachhochschule	5☐	5☐
▪ Sie wissen es nicht	6☐	6☐

23 Manchmal befürchtet man, dass gewisse Ereignisse eintreten könnten. Haben Sie manchmal Angst, dass …

(nur eine Antwort pro Zeile)	gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
▪ sich Ihre Eltern scheiden lassen oder sich trennen?	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ Sie von einem Elternteil geschlagen werden?	1☐	2☐	3☐	4☐

UNFÄLLE UND VERLETZUNGEN ...

24 Hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> einen Unfall, nach welchem Sie behandelt werden mussten (durch Krankenschwester, Arzt, Ärztin, etc.)?

ja	nein
1☐	0☐

<u>Wenn ja</u>, *geben Sie für jede Art von Unfall die Anzahl an:*

1 ☐☐ Verkehrsunfall/-unfälle
(Fussgänger, Velo, Scooter, Rollbrett, Auto, etc.)

→ ☐☐ als Fussgänger(in)

☐☐ als Velofahrer(in)

☐☐ als Beifahrer/-in eines Motorfahrzeugs

☐☐ als Lenker/-in eines Motorfahrzeugs

2 ☐☐ Unfall/Unfälle in der Schule (nicht Sportunfall)

3 ☐☐ Arbeitsunfall/-unfälle

4 ☐☐ Sportunfall/-unfälle

5 ☐☐ Unfall/Unfälle zu Hause

6 ☐☐ Freizeitunfall/-unfälle (nicht beim Sport)

7 ☐☐ andere

Wenn Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> einen oder mehrere Unfälle hatten, hatten diese schwerwiegende Konsequenzen?

	ja	nein
▪ körperliche Folgen (Sie können alltägliche Dinge nicht mehr ohne Hilfe verrichten)	1☐	0☐
▪ psychische Folgen (Veränderung Ihres Verhaltens, Ängste, Konzentrationsstörungen, etc.)	1☐	0☐

25 Sind Sie <u>in den letzten 30 Tagen</u> Velo gefahren?

ja	nein
1☐	0☐

<u>Wenn ja</u>, haben Sie einen Helm getragen?

immer	meistens	manchmal	nie
1☐	2☐	3☐	4☐

26 Sind Sie <u>in den letzten 30 Tagen</u> Motorfahrrad ("Töffli") oder Scooter gefahren?

ja	nein
1☐	0☐

<u>Wenn ja</u>, haben Sie einen Helm getragen?

immer	meistens	manchmal	nie
1☐	2☐	3☐	4☐

27 Sind Sie <u>in den letzten 30 Tagen</u> ein Motorrad mit mindestens 125 cm ^{3} gefahren?

ja	nein
1☐	0☐

<u>Wenn ja</u>, haben Sie einen Helm getragen?

immer	meistens	manchmal	nie
1☐	2☐	3☐	4☐

28 Wie oft haben Sie <u>in den letzten 30 Tagen</u> einen Sicherheitsgurt getragen, wenn Sie als Beifahrer/-in (Beifahrersitz oder Rücksitz) im Auto unterwegs waren?

immer	meistens	manchmal	nie
1☐	2☐	3☐	4☐

29 Haben Sie <u>in den letzten 30 Tagen</u> ein Auto gesteuert?

ja	nein
1☐	0☐

<u>Wenn ja</u>, haben Sie einen Sicherheitsgurt getragen?

immer	meistens	manchmal	nie
1☐	2☐	3☐	4☐

30 Wie oft haben <u>Sie in den letzten 12 Monaten</u> ein Fahrzeug gelenkt (Velo, Mofa, Motorrad, Auto), nachdem Sie reichlich Alkohol getrunken hatten (etwas betrunken waren)?

nie	1 oder 2-mal	mehrmals	sehr oft
1☐	2☐	3☐	4☐

GEWALT ...

31 Waren Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u>

(nur eine Antwort pro Zeile)	nie	einmal	manchmal	oft
▪ Opfer eines Diebstahls?	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ Opfer einer Erpressung?	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ Opfer von körperlicher Gewalt?	1☐	2☐	3☐	4☐

32 Kam es <u>in den letzten 12 Monaten</u> vor, dass

(nur eine Antwort pro Zeile)	nie	1-2-mal	ca. 1-mal pro Woche	öfter
▪ sich andere über Sie lustig machten oder Sie beleidigten?	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ andere Sie körperlich angriffen oder grob behandelten?	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ andere Sie ausschlossen oder daran hinderten, an etwas teilzunehmen?	1☐	2☐	3☐	4☐

33 Hier ist eine Liste von Dingen, die verboten sind, die aber trotzdem manchmal vorkommen. Was davon haben Sie selbst <u>in den letzten 12 Monaten</u> getan?

(nur eine Antwort pro Zeile)	nie	1- bis 2-mal	3-mal oder mehr
▪ absichtlich etwas zerstört, das Ihnen nicht gehört (Telefonkabine, Strassenlaterne, Auto, Abschrankung, Kinosessel, etc.)	1☐	2☐	3☐
▪ etwas gestohlen oder einfach mitgenommen	1☐	2☐	3☐
▪ einen Erwachsenen angegriffen	1☐	2☐	3☐
▪ etwas angezündet	1☐	2☐	3☐
▪ jemandem die Tasche, das Portemonnaie oder das Natel entrissen oder entwendet	1☐	2☐	3☐
▪ eine Waffe getragen	1☐	2☐	3☐

<u>Wenn ja</u>, welche Waffe(n)?

1☐ Spring- oder Stellmesser
2☐ Schläger/Stock
3☐ Schlagring
4☐ Pistole oder andere Schusswaffe
5☐ Spray (Pfefferspray oder anderer)

6☐ andere, genauer _____

	nie	1 bis 2 -mal	3-mal oder mehr
▪ bei einer Schlägerei eine Waffe gebraucht	1☐	2☐	3☐

<u>Wenn ja</u>, welche Waffe(n)?

1☐ Spring- oder Stellmesser
2☐ Schläger/Stock
3☐ Schlagring
4☐ Pistole oder andere Schusswaffe
5☐ Spray (Pfefferspray oder anderer)

6☐ andere, genauer _____

	nie	1 bis 2- mal	3-mal oder mehr
▪ Drogen verkauft (inkl. Cannabis)	1☐	2☐	3☐

GESUNDHEITSPROBLEME ...

34 Ist es <u>in den letzten 12 Monaten</u> in der Schule oder auf der Arbeit vorgekommen, dass Sie

(nur eine Antwort pro Zeile)	nie oder fast nie	ca. 1-mal pro Monat	ca. 1-mal pro Woche	jeden Tag oder fast
▪ nicht zur Schule oder zur Arbeit gingen (schwänzten) ?	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ wegen Krankheit oder vorübergehender Unpässlichkeit fehlten ?	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ aus einem anderen Grund fehlten ?	1☐	2☐	3☐	4☐

35 Im Leben kommt es vor, dass man schwierige Zeiten durchlebt. Trifft das für Sie im Moment zu?

(nur eine Antwort pro Zeile)	trifft ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
▪ ich bin häufig deprimiert, ohne zu wissen warum	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ab und zu denke ich, dass alles derartig hoffnungslos ist, dass ich auf nichts Lust habe	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ab und zu denke ich, dass ich nichts habe, was mir Freude macht	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ab und zu bin ich dermassen deprimiert, dass ich den ganzen Tag im Bett bleiben möchte	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ich bin häufig traurig, ohne zu wissen warum	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ich finde mein Leben ziemlich traurig	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ in letzter Zeit habe ich oft an den Tod gedacht	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ab und zu denke ich, dass mein Leben nicht lebenswert ist	1☐	2☐	3☐	4☐

36 Hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> Probleme mit

(nur eine Antwort pro Zeile)	nie	selten	ziemlich oft	sehr oft
▪ den Augen	1☐	1☐	1☐	1☐
▪ dem Gehör	1☐	1☐	1☐	1☐
▪ Akne ("Bibeli")	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ Ekzemen (Hautallergien)	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ den Atemwegen (Asthma, Heuschnupfen und anderes)	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ Knochen- Muskel- oder Gelenkschmerzen	1☐	2☐	3☐	4☐

37 Hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> Probleme mit

(nur eine Antwort pro Zeile)	nie	selten	ziemlich oft	sehr oft
▪ dem Rücken	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ dem Gewicht	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ Kopfschmerzen	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ Bauchschmerzen	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ Beinschmerzen	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ dem Schlaf	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ Frauenbeschwerden (Menstruationsbeschwerden, Scheideninfekte, etc.)	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ Schwindel, Ohnmacht (tiefer Blutdruck, etc.)	1☐	2☐	3☐	4☐

38 <u>Wenn Sie Probleme haben</u>, sprechen Sie im allgemeinen mit Ihrer Familie, Ihren Freundinnen und Freunden oder anderen Erwachsenen (z.B. Lehrpersonen) darüber?

	Sie sprechen mit					
(mehrere Antworten pro Zeile sind möglich)	Ihrer Familie	anderen nahesteh-enden Erwach-senen	Ihren Freund-Innen	Ihrem Partner, Ihrer Partnerin	anderen Erwachse-nen in der Schule oder der Lehre	Sie sprechen nicht darüber
▪ Gesundheitsprobleme	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
▪ Probleme in der Schule und/oder Lehre	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
▪ psychische Probleme (z.B. Deprimiertheit, Ängste)	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐

39 Haben Sie eine Körperbehinderung, d.h. eine Schädigung, welche die Unversehrtheit oder <u>die Funktionsfähigkeit</u> Ihres Körpers in irgend einer Weise <u>einschränkt</u>?

ja	nein
1☐	0☐

<u>Wenn ja</u>, ist Ihre Behinderung verursacht durch — Krankheit 1☐ — Unfall 2☐ — Seit Geburt 3☐

	ja	nein
▪ Verunmöglicht Ihnen diese Behinderung, den gleichen Aktivitäten (in Art und Ausmass) nachgehen zu können wie andere Jugendliche?	1☐	0☐
▪ Benötigen Sie aufgrund dieser Behinderung eine Diät, technische Hilfsmittel oder die Hilfe von anderen Menschen, um die alltäglichen Aktivitäten verrichten zu können?	1☐	0☐
▪ Erfordert diese Behinderung andere oder häufigere pflegerische oder therapeutische Massnahmen als sie Jugendliche sonst benötigen?	1☐	0☐

40 Leiden Sie an einer chronischen Krankheit, d.h. einer Krankheit, die lange dauert (<u>mind. 6 Monate</u>) und die eine regelmässige Behandlung erfordern kann (z.B. Diabetes, Skoliose, etc.)?

ja	nein
1☐	0☐

<u>Wenn ja</u>

▪ Verunmöglicht Ihnen diese Krankheit, den gleichen Aktivitäten (in Art und Ausmass) nachgehen zu können wie andere Jugendliche?	1☐	0☐
▪ Benötigen Sie aufgrund dieser Krankheit eine Diät, technische Hilfsmittel oder die Hilfe von anderen Menschen, um die alltäglichen Aktivitäten verrichten zu können?	1☐	0☐
▪ Erfordert diese Krankheit andere oder häufigere pflegerische oder therapeutische Massnahmen als sie Jugendliche sonst benötigen?	1☐	0☐

41 Zum Thema Müdigkeit und Schlaf, wie steht es bei Ihnen <u>zur Zeit?</u>

(nur eine Antwort pro Zeile)	nie	selten	oft	sehr oft
▪ Sie fühlen sich müde oder verspüren den Wunsch, während des Tages zu schlafen	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ Sie haben Schwierigkeiten, abends einzuschlafen	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ Sie erwachen in der Nacht	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ Sie haben einen unruhigen Schlaf (inkl. Alpträume)	1☐	2☐	3☐	4☐

42 <u>Um welche Zeit</u> gehen Sie von Montag bis Freitag gewöhnlich zu Bett?

gegen ☐☐ Uhr ☐☐ Minuten

43 <u>Um welche Zeit</u> stehen Sie von Montag bis Freitag gewöhnlich auf?

gegen ☐☐ Uhr ☐☐ Minuten

44 Wie schätzen Sie Ihre Schlafdauer <u>in den letzten 30 Tagen</u> ein?

ungenügend	genügend	zu lange
1☐	2☐	3☐

45 Nachstehend eine Liste der Probleme, die bei Jugendlichen Ihres Alters gefunden werden. Können Sie angeben, für welche <u>Sie in diesem Moment eine Hilfe für sich selber nötig hätten</u>?

	ja	nein
▪ Probleme mit der Ernährung	1☐	0☐
▪ Probleme mit der Schule oder der Arbeit	1☐	0☐
▪ Nervosität, Gespanntheit, Stress	1☐	0☐
▪ Traurigkeit, Deprimiertheit	1☐	0☐
▪ Schlafschwierigkeiten	1☐	0☐
▪ Probleme mit dem Tabakkonsum	1☐	0☐
▪ Probleme mit dem Alkoholkonsum	1☐	0☐
▪ Probleme mit dem Drogenkonsum	1☐	0☐
▪ Probleme mit dem Gefühlsleben	1☐	0☐
▪ Probleme mit der Sexualität oder der Verhütung	1☐	0☐
▪ mit dem Sport verbundene Probleme	1☐	0☐
▪ Schwierigkeiten Freunde/Freundinnen zu finden	1☐	0☐
▪ Schwierigkeiten mit den Eltern	1☐	0☐
▪ Schwierigkeiten mit der beruflichen Zukunft	1☐	0☐

46 <u>In den letzten 12 Monaten</u>

	ja	nein
▪ haben Sie an Selbstmord gedacht	1☐	0☐
▪ gab es Momente, in denen Sie Selbstmord begehen wollten	1☐	0☐
▪ hätten Sie Selbstmord begangen, wenn sich die Gelegenheit dazu geboten hätte	1☐	0☐
▪ haben Sie darüber nachgedacht, mit welcher Methode Sie sich hätten umbringen können	1☐	0☐
▪ haben Sie einen Selbstmordversuch gemacht	1☐	0☐

47 Haben Sie im Laufe Ihres Lebens einen Selbstmordversuch gemacht?

ja	nein
1☐	0☐

Wenn ja, wieviele Male? ____ mal

Falls Sie in den letzten 12 Monaten einen Selbstmordversuch gemacht haben, hat Ihre Umgebung davon Kenntnis?

Falls Sie mehrere Selbstmordversuche gemacht haben, antworten Sie für den letzten.

ja	nein
1☐	0☐

Wenn ja, wer?

(mehrere Antworten sind möglich)

1☐ Eltern
2☐ Kollege(n), Kollegin(nen)
3☐ Freund, Freundin (Partner/-in)
4☐ Brüder, Schwestern
5☐ Heimerzieher(in)
6☐ Lehrkräfte
7☐ andere Personen; genauer

_____

Arztbesuche, Beratungen, Spitalaufenthalte ...

48 In den letzten 12 Monaten besuchten Sie

(nur eine Antwort pro Zeile)	nie	1 bis 2-mal	öfter
▪ eine Allgemein- oder Hausärztin (Hausarzt)	1☐	2☐	3☐
▪ eine Frauenärztin (Frauenarzt)	1☐	2☐	3☐
▪ eine andere Spezialärztin (Spezialarzt)	1☐	2☐	3☐
▪ eine Schulkrankenschwester	1☐	2☐	3☐
▪ eine Familienberatungsstelle	1☐	2☐	3☐
▪ eine Sozialarbeiterin (Sozialarbeiter)	1☐	2☐	3☐
▪ eine Psychologin (Psychologe) oder Psychiater	1☐	2☐	3☐

49 Waren Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> im Spital (d.h. mindestens 1 Nacht im Spital oder auf der Notfallstation)?

ja	nein
1☐	0☐

<u>Wenn ja</u>, wie oft? ☐☐ mal

<u>Wenn ja</u>, aus welchem Grund (aus welchen Gründen) waren Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> im Spital?

(mehrere Antworten möglich)	ja	nein
▪ Unfall (Unfälle) oder Unfallfolgen	1☐	0☐
▪ gynäkologische Probleme (z.B. Schwangerschaft, etc.)	1☐	0☐
▪ chronische Krankheit (Krankheit, die mindestens 6 Monate dauert und die eine regelmässige Behandlung erfordern kann, z.B. Diabetes, Skoliose, etc.)	1☐	0☐
▪ Selbstmordversuch	1☐	0☐
▪ andere, welche? _____	1☐	0☐

50 Wen haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> für eines oder mehrere der unten stehenden Probleme konsultiert?

(mehrere Antworten pro Zeile möglich)	Ärztin/ Arzt	Psychologe/-in	andere Fachperson	telefonische Beratung	niemanden
▪ Müdigkeit	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Schlafprobleme	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Essstörungen (Magersucht, Ess-Brechsucht)	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ gynäkologische Probleme (Menstruationsbeschwerden, Scheideninfekte, etc.) oder Schwangerschaft	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ sexuell übertragbare Krankheiten (inkl. HIV-Test/AIDS)	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Empfängnisverhütung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Selbstmordversuch oder Folgen davon	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Probleme mit dem Rauchen/Tabakkonsum	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Probleme mit Alkohol- oder Drogenkonsum	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Nervosität, Depressivität	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ chronische Krankheit oder Behinderung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

☐ Sie haben keine solchen Probleme gehabt

51 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Medikamente eingenommen?

Ich habe ärztlich verschriebene Medikamente eingenommen:

(nur eine Antwort pro Zeile)	nie	selten	2 bis 3-mal pro Monat	2 bis 3-mal pro Woche	jeden Tag
▪ Medikamente gegen Müdigkeit	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Schlafmittel	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Medikamente gegen Nervosität und Angst	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Schmerzmittel	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Medikamente gegen Verstopfung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Appetitzügler	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Medikamente gegen Akne ("Bibeli")	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ andere Medikamente (Homöopathie, Tee, pflanzliche Mittel, Vitamine, etc.)	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Ich habe Medikamente eingenommen, die nicht ärztlich verschrieben sind (auf meine eigene Initiative hin):

(nur eine Antwort pro Zeile)	nie	selten	2 bis 3-mal pro Monat	2 bis 3-mal pro Woche	jeden Tag
▪ Medikamente gegen Müdigkeit	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Schlafmittel	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Medikamente gegen Nervosität und Angst	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Schmerzmittel	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Medikamente gegen Verstopfung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Appetitzügler	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Medikamente gegen Akne ("Bibeli")	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ andere Medikamente (Homöopathie, Tee, pflanzliche Mittel, Vitamine, etc.)	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

IHR KÖRPER ...

52 Was denken Sie zur Zeit über Ihren Körper?

	trifft ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
▪ ich bin zufrieden mit meiner Erscheinung	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ich möchte ein oder zwei Dinge an meinem Körper verändern	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ich möchte vieles an meinem Körper verändern	1☐	2☐	3☐	4☐

53 Gewisse Jugendliche verschönern ihren Körper mit verschiedenen Mitteln. Haben Sie

	keine(s)	ja, eine(s)	ja, mehrere
▪ ein Piercing (Ohrringe zählen nicht)?	1☐	2☐	3☐
▪ eine bleibende Tätowierung?	1☐	2☐	3☐

54 Wie gross sind Sie? ☐☐☐ **cm**

55 Wie schwer sind Sie? ☐☐☐ **,** ☐ **kg**

56 <u>Zur Zeit</u>, fühlen Sie sich

zu dünn	etwas dünn	gerade richtig	etwas zu dick	zu dick
1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

57 Möchten Sie Ihr Gewicht verändern?

(eine Antwort möglich)

1☐ **ja**, ich möchte abnehmen, aber dies ist nicht meine grösste Sorge
2☐ **ja**, ich möchte abnehmen, und ich denke ständig daran
3☐ **ja**, ich möchte zunehmen, aber dies ist nicht meine grösste Sorge
4☐ **ja,** ich möchte zunehmen, und ich denke ständig daran
5☐ nein

<u>Wenn ja</u>, was tun Sie, um Ihr Gewicht zu verändern?

(mehrere Antworten möglich)

1☐ Sie unternehmen nichts (sie können sich nicht entscheiden)
2☐ Sie treiben Sport oder ein körperliches Training
3☐ Sie machen eine Diät
4☐ Sie nehmen Kräutertee, homöopathische oder pflanzliche Mittel
5☐ Sie nehmen Medikamente

58 Kommt es <u>seit einigen Monaten</u> vor, dass Sie

(nur eine Antwort pro Zeile)	nie	einmal pro Woche	ein bis zweimal pro Woche	jeden Tag
▪ Angst haben, dass Sie zunehmen	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ sich unattraktiv finden, wenn Sie zuviel gegessen haben	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ oft ans Essen denken	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ das Gefühl lieben, einen leeren Magen zu haben	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ sehr viel essen und Mühe haben, damit aufzuhören	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ sich zum Erbrechen bringen	1☐	2☐	3☐	4☐

59 Haben Sie schon eine oder mehrere Diäten zum Abnehmen gemacht?

ja	nein
1☐	2☐

Wenn ja, wann haben Sie ihre erste Diät gemacht? ungefähr mit ☐☐ Jahren

LIEBE UND SEXUALITÄT …

60 Haben Sie zur Zeit eine Freundin (Partnerin)/einen Freund (Partner)?

ja	nein
1☐	0☐

Wenn ja, wie alt ist sie/er? ☐☐ Jahre alt

	weniger als 1 Monat	1-3 Monate	4-6 Monate	6-12 Monate	mehr als ein Jahr
Seit wann sind Sie mit ihr/ihm zusammen ?	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

	sehr gut	gut	mittelmässig	schlecht
Wie finden Sie Ihre Beziehung?	1☐	2☐	3☐	4☐

61 Haben Sie in der Schule Sexualunterricht (sexuelle Aufklärung) gehabt?

ja	nein
1☐	0☐

62 Wenn Sie ans Alter denken, in dem Ihre Pubertät angefangen hat: Waren Sie im Vergleich zu den Jugendlichen Ihres Alters …

sehr früh	eher früh	wie die anderen	eher spät	sehr spät
1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

63 FÜR DIE FRAUEN
In welchem Alter hatten Sie Ihre ersten Monatsblutungen?

mit ☐☐ Jahren

☐ Ich habe noch keine Monatsblutungen

64 FÜR DIE FRAUEN
Wie fühlten Sie sich <u>in den letzten 12 Monaten</u> während Ihren Monatsblutungen?

(nur eine Antwort pro Zeile)	nie	manchmal	fast immer
▪ Sie fühlen sich gut und sind aktiv wie sonst auch	1☐	2☐	3☐
▪ Sie haben Bauch- oder Rückenschmerzen	1☐	2☐	3☐
▪ Ihre Brüste schmerzen	1☐	2☐	3☐
▪ Sie erbrechen und haben Darmprobleme	1☐	2☐	3☐
▪ Sie fühlen sich schwach und müde	1☐	2☐	3☐
▪ Sie werden ohnmächtig	1☐	2☐	3☐
▪ Sie sind schlecht gelaunt oder haben grosse Stimmungsschwankungen	1☐	2☐	3☐
▪ Sie fühlen sich deprimiert	1☐	2☐	3☐
▪ Sie müssen zu Hause bleiben	1☐	2☐	3☐
▪ Sie schränken Ihre sportlichen Aktivitäten ein	1☐	2☐	3☐
▪ Sie fühlen sich in Ihren sozialen Aktivitäten eingeschränkt	1☐	2☐	3☐
▪ Sie fühlen sich in Ihren schulischen und/oder beruflichen Aktivitäten eingeschränkt	1☐	2☐	3☐
▪ Sie nehmen Medikamente	1☐	2☐	3☐
▪ Sie gehen zum Arzt/zur Ärztin	1☐	2☐	3☐
▪ Sie haben andere Probleme. Welche?	1☐	2☐	3☐

_____

65 FÜR ALLE
Haben Sie schon Geschlechtsverkehr gehabt?

1☐ ja, einmal
2☐ ja, mehrmals
3☐ **<u>nein</u>**, nie

→ **<u>Wenn nein</u>**, gehen Sie zu Frage **72**

66 In welchem Alter hatten Sie das erste Mal Geschlechtsverkehr?

mit ☐☐ Jahren

67 Mit wievielen Partnerinnen/Partnern hatten Sie bis jetzt insgesamt Geschlechtsverkehr?

☐☐ Partner/Partnerinnen

68 Welches Verhütungsmittel oder Mittel zur Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten haben <u>Sie und Ihre derzeitige Partnerin/Ihr derzeitiger Partner</u> benutzt?

(Wenn Sie bisher nur einmal Geschlechtsverkehr hatten, antworten Sie bitte nur in der ersten Kolonne)	**bei Ihrem <u>ersten</u> Geschlechtsverkehr**		**bei Ihrem <u>letzten</u> Geschlechtsverkehr**	
	ja	nein	ja	nein
▪ Pille	1☐	0☐	1☐	0☐
▪ "Pille danach"	1☐	0☐	1☐	0☐
▪ Präservativ für Männer ("Pariser")	1☐	0☐	1☐	0☐
▪ chemische Mittel (Cremen, Zäpfchen, Schwämmchen, etc.)	1☐	0☐	1☐	0☐
▪ Diaphragma, Portiokappe	1☐	0☐	1☐	0☐
▪ Rückzieher ("Aufpassen", Coitus interruptus)	1☐	0☐	1☐	0☐
▪ Berechnung der günstigen Tage	1☐	0☐	1☐	0☐
▪ Präservativ für Frauen (Femidom)	1☐	0☐	1☐	0☐
▪ Spirale	1☐	0☐	1☐	0☐
▪ Spritze oder Implantat	1☐	0☐	1☐	0☐
▪ andere, welche? _____	1☐	0☐	1☐	0☐
▪ keine Verhütungsmittel	1☐		1☐	

☐ Sie haben zur Zeit keine Freundin/keinen Freund (Partner)

69 Haben Sie bei Ihrem <u>letzten</u> Geschlechtsverkehr ein Präservativ ("Pariser") benutzt?

ja	nein
1☐	0☐

70 FÜR DIE FRAUEN
Waren Sie schon einmal schwanger?

ja	nein
1☐	0☐

<u>Wenn ja</u>:
1☐ haben Sie Ihr Kind ausgetragen?
2☐ hatten Sie eine Fehlgeburt (Spontanabort)?
3☐ haben Sie die Schwangerschaft abbrechen lassen?

71 FÜR DIE MÄNNER
War eine Ihrer Freundinnen je schwanger von Ihnen?

ja	nein	Sie wissen es nicht
1☐	0☐	2☐

<u>Wenn ja</u>:
1☐ hat sie das Kind ausgetragen?
2☐ hatte sie eine Fehlgeburt (Spontanabort)?
3☐ hat sie die Schwangerschaft abbrechen lassen?
4☐ Sie wissen es nicht

72 FÜR ALLE
Welche der folgenden Aussagen beschreibt am besten, was Sie fühlen?

1☐ mich ziehen nur Personen des anderen Geschlechts an, und ich stelle mir vor, dass ich sexuelle Erfahrungen nur mit Personen des anderen Geschlechts haben werde
2☐ mich ziehen Personen des anderen Geschlechts sehr stark an, und ich stelle mir vor, dass ich die meisten sexuellen Erfahrungen mit Personen des anderen Geschlechts haben werde
3☐ mich ziehen Frauen und Männer gleich an, und ich möchte mit beiden Geschlechtern sexuelle Erfahrungen haben
4☐ mich ziehen Personen des gleichen Geschlechts sehr stark an, und ich stelle mir vor, dass ich die meisten sexuellen Erfahrungen mit Personen des gleichen Geschlechts haben werde
5☐ mich ziehen nur Personen des gleichen Geschlechts an, und ich stelle mir vor, dass ich sexuelle Erfahrungen nur mit Personen des gleichen Geschlechts haben werde

73 Hatten Sie schon sexuelle Kontakte im Austausch gegen Geld oder Drogen?

ja	nein
1☐	0☐

74 Wurden Sie schon sexuell belästigt (oder sexuell missbraucht)?

Ein sexueller Übergriff oder ein sexueller Missbrauch liegt vor, wenn jemand aus Ihrer Familie oder jemand anderes Sie an einer Körperstelle berührt, an der Sie nicht berührt werden wollen, oder wenn jemand etwas Sexuelles mit Ihnen tut, das Sie aber nicht wollen.

ja	nein
1☐	0☐

Wenn ja:

Haben Sie mit jemandem darüber gesprochen?

ja	nein
1☐	0☐

In welchem Alter ist Ihnen das zum ersten Mal geschehen?

1☐ vor dem Alter von 6 Jahren
2☐ zwischen 6 und 8 Jahren
3☐ zwischen 8 und 12 Jahren
4☐ zwischen 12 und 14 Jahren
5☐ zwischen 14 und 16 Jahren
6☐ zwischen 16 und 20 Jahren
7☐ ich erinnere mich nicht

TABAK UND ALKOHOL ...

75 Rauchen Sie zur Zeit Zigaretten?

1☐ nie

2☐ ich habe aufgehört zu rauchen seit ☐☐ Monaten

3☐ unregelmässig ☐☐ Zigaretten pro Woche

4☐ **regelmässig** ☐☐ Zigaretten pro Tag

WENN SIE REGELMÄSSIG RAUCHEN
In welchem Alter haben Sie angefangen, regelmässig zu rauchen? mit ☐☐ Jahren

Nach dem morgendlichen Erwachen, nach wieviel Zeit rauchen Sie Ihre erste Zigarette?
nach ☐☐ Stunden ☐☐ Minuten

76 Trinken Sie alkoholische Getränke?

	nie	von Zeit zu Zeit	1-mal pro Woche	mehrmals pro Woche	jeden Tag	mehrmals pro Tag
▪ Wein	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
▪ Bier	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
▪ stark alkoholische Getränke (Schnaps, etc.)	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
▪ alkoholische Cocktailgetränke	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐
▪ Alkopops (Limonaden oder Soda mit Alkohol; z.B. Hooch, etc.)	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐

77 Wie oft ist es Ihnen in den letzten 12 Monaten passiert, dass Sie bei einem Anlass mehr als 5 Standardgetränke getrunken haben?

Definition eines Standardgetränks:
z.B. ein Bier, 1 Glas Wein oder 0.2 dl starken Alkohol (pur oder gemixt), 1 Aperitif

nie	weniger als einmal pro Monat	ein- oder mehrmals pro Monat	einmal pro Woche	jeden Tag oder fast
1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

78 Waren Sie schon einmal richtig betrunken?

ja	nein
1☐	0☐

Wenn ja

(nur eine Antwort pro Zeile)	nie	1 bis 2-mal	3 bis 9-mal	10-mal oder mehr
▪ im Laufe Ihres Lebens	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ im Laufe der letzten 12 Monate	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ im Laufe der letzten 30 Tage	1☐	2☐	3☐	4☐

79 Hatten Sie schon einmal ein Problem im Zusammenhang mit Ihrem Alkoholkonsum?

Persönliche Probleme	ja	nein
▪ Verschlechterung der Leistungen in der Schule oder am Arbeitsplatz oder Fehlen in der Schule oder am Arbeitsplatz	1☐	0☐
▪ kaputte Kleider oder Gegenstände	1☐	0☐
▪ verlorene Wertgegenstände (Geld, etc.)	1☐	0☐
▪ Unfälle, Verletzungen	1☐	0☐
Beziehungsprobleme		
▪ Streit, Schlägerei	1☐	0☐
▪ Beziehungsprobleme mit Freundinnen oder Freunden	1☐	0☐
▪ Beziehungsprobleme mit Ihren Eltern	1☐	0☐
▪ Beziehungsprobleme mit Lehrkräften	1☐	0☐
▪ Beziehungsprobleme mit Kolleginnen und Kollegen	1☐	0☐
▪ **Sexualität**		
▪ ungewollter Geschlechtsverkehr	1☐	0☐
▪ ungeschützter Geschlechtsverkehr	1☐	0☐
▪ Erektionsprobleme ("den Penis nicht mehr hoch kriegen")	1☐	0☐

DROGEN ...

80 Haben Sie <u>im Laufe Ihres Lebens</u> schon einmal eine der unten erwähnten Substanzen konsumiert?

Wenn ja, geben Sie an, in welchem Alter Sie diese <u>zum ersten Mal</u> konsumiert haben	nein	**ja**	**zum ersten Mal mit**
▪ Cannabis (oder Marijuana, Haschisch, Gras), „Kiffen“	0☐	1☐ →	Jahren
▪ Produkt zum Inhalieren (Leim, Sniff)	0☐	1☐ →	Jahren
▪ Medikament mit Drogeneffekt	0☐	1☐ →	Jahren
▪ Mop	0☐	1☐ →	Jahren
▪ Ecstasy, Thaï Pillen, Speed, Designer-Drogen, andere Stimulantien	0☐	1☐ →	Jahren
▪ LSD (Trip), halluzinogene Pilze	0☐	1☐ →	Jahren
▪ GHB (salty water, liquid ecstasy)	0☐	1☐ →	Jahren
▪ Kokain oder Crack	0☐	1☐ →	Jahren
▪ Heroin	0☐	1☐ →	Jahren
▪ Beruhigungsmittel ohne ärztliches Rezept	0☐	1☐ →	Jahren
▪ Methadon	0☐	1☐ →	Jahren
▪ andere, welche? _____	0☐	1☐ →	Jahren

81 Haben Sie <u>in den letzten 30 Tagen</u> eine der folgenden Substanzen konsumiert?

	nie	1 oder 2-mal	3 bis 9-mal	öfter	jeden Tag
▪ Cannabis (oder Marijuana, Haschisch, Gras) "Kiffen“	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Produkt zum Inhalieren (Leim, Sniff)	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Medikament mit Drogeneffekt	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Mop	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Ecstasy, Thaï Pillen, Speed, Designer-Drogen, andere Stimulantien	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ LSD (Trip), halluzinogene Pilze	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ GHB (salty water, liquid ecstasy)	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Kokain oder Crack	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Heroin	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Beruhigungsmittel ohne ärztliches Rezept	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ Methadon	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
▪ andere, welche? _____	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

82 Haben Sie sich einmal Drogen gespritzt?

ja	nein
1☐	0☐

83 Haben Sie schon einmal ein Problem im Zusammenhang mit Ihrem Drogenkonsum gehabt?

Persönliche Probleme	ja	nein
▪ Verschlechterung der Leistungen in der Schule oder am Arbeitsplatz oder Fehlen in der Schule oder am Arbeitsplatz	1☐	0☐
▪ kaputte Kleider oder Gegenstände	1☐	0☐
▪ verlorene Wertgegenstände (Geld, etc.)	1☐	0☐
▪ Unfälle, Verletzungen	1☐	0☐
Beziehungsprobleme		
▪ Streit, Schlägerei	1☐	0☐
▪ Beziehungsprobleme mit Freundinnen oder Freunden	1☐	0☐
▪ Beziehungsprobleme mit Ihren Eltern	1☐	0☐
▪ Beziehungsprobleme mit Lehrkräften	1☐	0☐
▪ Beziehungsprobleme mit Kolleginnen und Kollegen	1☐	0☐
Sexualität		
▪ ungewollter Geschlechtsverkehr	1☐	0☐
▪ ungeschützter Geschlechtsverkehr	1☐	0☐

84 Hier sind die Meinungen von Jugendlichen über Ihre Eltern. Wie ist es für Sie?

(nur eine Antwort pro Zeile)	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
▪ meine Eltern akzeptieren mich so, wie ich bin	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ich erzähle meinen Eltern oft meine Probleme und Schwierigkeiten	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ meine Eltern verstehen mich	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ich vertraue meinen Eltern	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ meine Eltern merken, wenn ich traurig bin	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ meine Eltern vertrauen mir	1☐	2☐	3☐	4☐

85 An Grenzen gehen und körperliche Risiken …

(nur eine Antwort pro Zeile)	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
▪ ich brauche die Möglichkeit, mich von Zeit zu Zeit wild und ungehemmt ausleben zu können	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ich suche häufig Situationen auf, in denen ich mich voll verausgaben kann	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ich gehe häufig an die Grenzen meiner physischen und psychischen Belastbarkeit	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ich habe grossen Spass an risikoreichen Sportarten	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ gefahrvolle Situationen üben auf mich einen starken Reiz aus	1☐	2☐	3☐	4☐

LÄRM ...

86 Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> an unangenehmen Ohrgeräuschen gelitten? z.B. Pfeiffen, Brummen, Sausen oder Taubheitsgefühl (wie Watte in den Ohren), nachdem Sie sich an einem sehr lärmigen Ort aufgehalten haben (z.B. Konzert, Diskothek, Lärm am Arbeitsplatz, Walkman, etc.)?

ja	nein
1☐	0☐

<u>Wenn ja</u>, nach welcher Zeit sind diese Ohrgeräusche oder das Taubheitsgefühl wieder verschwunden?

nach 24 Std. oder weniger	nach einer Woche	sie sind immer noch da
1☐	2☐	3☐

<u>Wenn ja</u>, in welchem Zusammenhang hatten Sie das letzte Mal ein solches Problem?
(mehrere Antworten sind möglich)

1☐ Pop- oder Rockkonzert
2☐ Rave Party
3☐ Diskothek oder Bar
4☐ Sportanlass (z.B. Schiessen, Go-Kart)
5☐ Walkman hören
6☐ Feuerwerk, Knallkörper
7☐ am Arbeitsplatz
8☐ andere, welche? _____

INTERNET ...

87 Waren Sie <u>in den letzten 30 Tagen</u> im Internet?

ja	nein
1☐	0☐

<u>Wenn ja</u>, wie oft waren Sie <u>in den letzten 30 Tagen</u> im Internet?
(nur eine Antwort pro Zeile)

1☐ jeden Tag
2☐ mehrere Tage pro Woche
3☐ einen Tag pro Woche
4☐ weniger als einen Tag pro Woche

Wie viel Zeit verbringen Sie an den Tagen, an denen Sie ins Internet gehen, durchschnittlich im Internet?

1☐ weniger als 30 Minuten
2☐ ungefähr 1 Stunde
3☐ ungefähr 2 Stunden
4☐ mehr als 2 Stunden

88 Zu welchen Themen haben Sie sich <u>in den letzten 30 Tagen</u> im Internet informiert?

(mehrere Antworten sind möglich)	ja	nein
▪ Gesundheit, Sexualität, Medizin	1☐	0☐
▪ Sport	1☐	0☐
▪ Freizeit	1☐	0☐
▪ Filmstars oder andere bekannte Persönlichkeiten	1☐	0☐
▪ Pornographie	1☐	0☐
▪ Informationen in Bezug auf schulische Aufgaben	1☐	0☐
▪ andere, welche? _____	1☐	0☐

89 Sind Sie im Internet, <u>ohne es zu wollen</u>, schon konfrontiert worden …

	ja	nein
▪ mit Pornographie	1☐	0☐
▪ mit rassistischen Inhalten	1☐	0☐
▪ mit Inhalten, die zu Hass und Gewalt aufriefen	1☐	0☐
▪ andere, welche? _____	1☐	0☐

Ihre Pläne und Ihre Freunde/Freundinnen …

90 Wissen Sie, welchen Beruf Sie später ausüben wollen?

ja	nein, noch nicht
1☐	0☐

<u>Wenn ja</u>, welchen? _____

91 Haben Sie eine Freundin oder einen Freund, mit welcher/welchem Sie von Zeit zu Zeit diskutieren können?

ja	nein
1☐	0☐

92 Hier sind die Meinungen von Jugendlichen über ihre Freundinnen/Freunde. Wie ist es für Sie?

(nur eine Antwort pro Zeile)	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
▪ ich vertraue meinen Freundinnen und Freunden	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ meine Freundinnen/Freunde akzeptieren mich so, wie ich bin	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ ich erzähle meinen Freundinnen/Freunden von meinen Problemen und Schwierigkeiten	1☐	2☐	3☐	4☐
▪ meine Freundinnen/Freunde merken, wenn ich traurig bin	1☐	2☐	3☐	4☐

93 Nun sind Sie am Ende des Fragebogens angekommen. Ganz ehrlich, denken Sie, dass Ihre Antworten so wahrheitsgetreu sind, dass sie wissenschaftlich ausgewertet werden können?

ja	nein
1 ☐	0 ☐

Wenn Sie Bemerkungen zum Fragebogen und zur Gesundheit haben oder wenn Sie Vorschläge haben, was man machen könnte, können Sie diese hier notieren:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!