

In den letzten zwölf Jahren (1992–2004) hat das BAG – im Rahmen des Massnahmenpakets zur Verminderung der Drogenprobleme – gemeinsam mit nationalen Partnern Präventionsprogramme in Lebenswelten von Jugendlichen durchgeführt. Mit der kleinen Publikationsreihe sollen die wichtigsten Meilensteine und Erkenntnisse dokumentiert werden.

- > Prävention im Sport
- > Prävention im Jugendheim
- > Prävention in der Jugendarbeit
- > **Prävention bei gefährdeten Jugendlichen**
- > Prävention in der Gemeinde

Impressum

Herausgeber und Redaktion:

■ Bundesamt für Gesundheit BAG

Fotos:

■ Christoph Hoigné, Bern

Bezugsquelle und Information:

■ Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern,
Sektion Grundlagen
Telefon 031 323 23 58
sandra.villiger@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch

Publikationszeitpunkt:

September 2006

Auflage:

600 Ex. deutsch, 300 Ex. französisch, 300 Ex. englisch

Gestaltung:

visu'1 AG, Bern

Druck:

Merkur Druck AG, Langenthal

Cette publication est également disponible en français.
This brochure is also available in English.

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier.



> Vorwort

Die grossen gesundheitlichen und sozialen Schäden des übermässigen Alkoholkonsums, des Rauchens und des Drogenkonsums sind bekannt, und kaum jemand bestreitet die Bedeutung der Prävention im Kindes- und Jugendalter. Umso wichtiger ist es, mit wissenschaftlichen Methoden Grundlagen für eine wirksame Prävention bereitzustellen.

Die Präventionsforschung hat bisher einige wesentliche Befunde liefern können: So wissen wir heute, dass die sog. *Verhältnisprävention* (z. B. Preispolitik, Einschränkung der Zugänglichkeit von Substanzen, Jugendschutz, Konsumeinschränkungen in öffentlichen Räumen) relativ wirksam ist. Der zweite Ansatz der Prävention, die sog. *Verhaltensprävention*, also die Beeinflussung des individuellen Verhaltens durch kommunikative und erzieherische Massnahmen, ist nicht immer erfolgreich. Ein Grund hierzu ist, dass die Jugendlichen *keine* homogene Gruppe darstellen und sich bezüglich ihrer Gefährdung für Drogenkonsum und andere Risikoverhalten erheblich unterscheiden.

Wie können diese Erkenntnisse in der Praxis umgesetzt werden? Der vorliegende Band der Reihe «Was haben wir gelernt?» möchte dazu einige Anregungen geben. Das BAG hat vier Forschergruppen beauftragt, aus verschiedenen Blickwinkeln der Frage nachzugehen, welche sozialen und persönlichen Faktoren das Risiko für Problemverhalten erhöhen bzw. vermindern. In einer bewusst kurz gehaltenen Form fassen sie hier die wichtigsten Ergebnisse ihrer Studien zusammen und formulieren Empfehlungen für die Prävention.



Dr. Jörg Spieldenner
Bundesamt für Gesundheit
Leiter Abteilung Nationale Präventionsprogramme

> Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1 Einleitung Was hat Gefährdung mit Prävention zu tun? BERNHARD MEILI	5
2 Vulnerable Jugendliche in der Schweiz: Literaturübersicht und Sekundäranalyse der SMASH-Daten JOAN-CARLES SURIS	9
3 Einflussfaktoren auf Risikoverhalten bei Jugendlichen: Ein Follow-up nach zwei Jahren JEANNETTE BRODBECK	19
4 Substanzkonsum bei Jugendlichen: Individuelle Entwicklungen und Inanspruchnahme von Hilfeangeboten MONIQUE BOLOGNINI, BERNARD PLANCHEREL	27
5 Wirkungen eines Interventionsprogramms für gefährdete Jugendliche: <i>supra-f</i> GEBHARD HÜSLER	37
6 Soziale Ausgangslage, Vulnerabilität und Substanzkonsum: Ein Instrument zur Diagnostik GEBHARD HÜSLER	48



1 > Einleitung

BERNHARD MEILI

BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT,

ABTEILUNG NATIONALE PRÄVENTIONSPROGRAMME

Was hat Gefährdung mit Prävention zu tun?

Präventionskampagnen und -projekte zur Verminderung von Risikoverhalten im Jugendalter richten sich oft an die ganze Bevölkerung und ganze Bevölkerungsgruppen, z. B. an alle Jugendlichen. Dabei wird allerdings nicht berücksichtigt, dass sowohl die soziale Ausgangslage wie auch die individuelle Verletzbarkeit (Vulnerabilität) und die Risikofaktoren in der Gesellschaft unterschiedlich verteilt sind. Jugendliche, die Risikoverhalten experimentell und nur gelegentlich zeigen, unterscheiden sich von denjenigen Jugendlichen, deren gesundheitliche und soziale Entwicklung durch massives und andauerndes Risikoverhalten ernsthaft gefährdet ist. Für die präventive Praxis ist es wichtig, diese Unterscheidung von «low risk» und «high risk» zu verstehen. Das Bundesamt für Gesundheit hat deshalb in den letzten Jahren vier Forschungsgruppen beauftragt, das Thema der Vulnerabilität und die damit verbundenen Chancen und Risiken der Prävention aus verschiedenen Blickwinkeln zu untersuchen. Die Schlussberichte sind im pdf-Format auf www.bag.admin.ch unter Drogen/ Forschung/Studien abgelegt.

- *Suris, J.-C. et al. Jeunes vulnérables en Suisse. Faits et données.* Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, 2006.
Die Originalstudie hat zwei Teile. Der erste Teil fasst die Forschungsliteratur zur Prävalenz von Risikoverhalten in der Schweiz und anderen Ländern zusammen. Gleichzeitig wird eine Liste der Risiko- und Schutzfaktoren für verschiedene Risikoverhalten erstellt. Der zweite Teil besteht aus einer Sekundäranalyse der SMASH-Daten* mit dem Ziel, Jugendliche mit unterschiedlichem Grad an Vulnerabilität zu beschreiben: Welches sind ihre Charakteristiken und die Prävalenzen der Risikoverhalten?
- *Brodbeck, J. et al. Wohlbefinden, Belastungen und Gesundheitsverhalten bei jungen Erwachsenen: Eine Längsschnitt-Studie.* Universitätsklinik für Psychiatrie Bern, 2006.
Diese Longitudinalstudie an einer Stichprobe von ursprünglich 3000 jungen Menschen zwischen 16 und 24 Jahren in den Städten Basel, Bern und Zürich untersucht die Vorläufer und die Folgen von Risikoverhalten. Es wird geprüft, wie sich das Risikoverhalten im Verlauf von 2 Jahren verändert, d.h. abnimmt, zunimmt oder gleich bleibt.
- *Bolognini, M. et al. La consommation de substances à l'adolescence: problèmes associés, trajectoires individuelles et accès au soin.* Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Lausanne, 2004
Ebenfalls eine Longitudinalstudie von 3 Jahren in der Westschweiz mit 102 Drogenkonsumierenden im Alter von

*Längsschnittuntersuchung über Gesundheit und Lebensstil
16- bis 20-Jähriger in der Schweiz, 2002 an einer
repräsentativen nationalen Stichprobe durchgeführt

14 bis 19 Jahren. Die Analysen untersuchen die Komorbidität, die individuellen Karrieren sowie die Inanspruchnahme von Hilfen.

- *Hüsler, G. et al. Studie 1: supra-f: Ein Suchtpräventions- und Forschungsprogramm für gefährdete Jugendliche.* Zentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie der Universität Fribourg, 2006. *Studie 2: Soziale Ausgangslage, Vulnerabilität und Substanzkonsum bei gefährdeten Jugendlichen.* Das Suchtpräventions- und Forschungsprogramm *supra-f* eröffnet ein breites Forschungsfeld. Die erste hier präsentierte Studie untersucht die Wirksamkeit der 12 *supra-f*-Jugendprogramme, die seit 1999 in sieben Kantonen erfolgreich gefährdete Jugendliche betreuen. Die zweite Studie vergleicht das Gefährdungsprofil von rund 3300 Jugendlichen in drei Kontexten: Schulen des Kantons Fribourg, *supra-f*-Programme und Motivationssemester für lehrstellenlose Jugendliche.

Für die hier vorliegende Publikation wurden die vier Forschergruppen gebeten, ihre Studien und deren Schlüsselergebnisse in sehr dichter Form für ein breiteres Publikum zusammenzufassen. Die Beiträge schliessen jeweils mit Empfehlungen für die Prävention.

Im internationalen Kontext wurde dem Zusammenhang von Vulnerabilität und Risikoverhalten, allen voran dem Drogenkonsum, bisher eine grössere Beachtung geschenkt als in der Schweiz (z. B. NIDA, UK Department of Health, EMCDDA, WHO Europa). Die hier präsentierten Ergebnisse mit schweizerischen Daten bestätigen die Befunde aus dem Ausland.

Risiko- und Schutzfaktoren

Die Forschung zu Risiko- und Schutzfaktoren konnte in den letzten Jahren Eigenschaften identifizieren, die die Aufnahme und die Chronifizierung von Risikoverhalten beeinflussen. Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Risikoverhalten, Schutzfaktoren reduzieren sie. Diese Faktoren können folgenden Gruppen zugeteilt werden:

- Individuelle Disposition und soziale Ausgangslage
- Persönliche Faktoren
- Familiäre Faktoren
- Schulische Faktoren
- Gesellschaftliche Faktoren

Eine Erfolg versprechende Prävention wird demzufolge zwei Strategien verfolgen: Einerseits Risikofaktoren reduzieren und andererseits die Schutzfaktoren stärken und damit die Jugendlichen widerstandsfähiger («resilienter») machen gegenüber einer problematischen Entwicklung.

Für die Prävention von Bedeutung ist der Befund, dass manche Risiko- und Schutzfaktoren gleichzeitig mit mehr als einem Risikoverhalten verknüpft sind. Risikofaktoren, die

grundsätzlich manipulierbar sind und mehrere unerwünschte Verhalten beeinflussen, sollten besondere Aufmerksamkeit erhalten:

- Einfluss «problematischer» Gleichaltriger (Peers)
- Schlechte Beziehung zu den Eltern
- Schlechte Schulleistungen
- Früher Beginn des Risikoverhaltens

Auf der Seite der Schutzfaktoren sind folgende hervorzuheben:

- Gute Befindlichkeit
- Gute Beziehung zu den Eltern
- Gute Schulleistungen
- Gute Beziehung zur Schule bzw. ein gutes Schulklima

Konsequenzen für die Prävention

Die Befunde der Risiko- und Schutzfaktorenforschung können aufzeigen, wie eine Prävention zu gestalten ist, damit sie wirksam und wirtschaftlich ist. Obwohl jede der vier in diesem Band publizierten Studien ihre eigenen Empfehlungen präsentiert, kann hier eine generelle Schlussfolgerung für die Prävention formuliert werden.

Präventionsprogramme für die Gruppe der gefährdeten Jugendlichen konzentrieren sich mit Vorteil auf die Beeinflussung von grundlegenden Risiko- und Schutzfaktoren, die für mehr als ein Risikoverhalten von Bedeutung sind. Dies sind, wie oben gezeigt, in erster Linie die Bindungen zu den Eltern, das Schulklima, kognitive und emotionale Kompetenzen sowie die Beziehungen zu Gleichaltrigen.

Ein Präventionsansatz, der im Gemeinwesen gut verankert ist und der Förderung der *Jugendgesundheit* verpflichtet ist, verspricht mehr Erfolg und wird weniger Kosten verursachen als zeitlich kurzfristige Einzelprojekte zu Einzelproblemen.

Identifizierung von gefährdeten Jugendlichen

Prävention kann nach der zu erreichenden Zielgruppe unterschieden werden (Institute of Medecine) (1). Die «universelle» Prävention richtet sich an die gesamte Bevölkerung oder an gesamte Gruppen ohne Berücksichtigung unterschiedlicher Risiken. Die «selektive» und «indizierte» Prävention richten sich dagegen an Gruppen und Individuen, die besondere Risiken bzw. eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen. Wie sollen diese gefährdeten Gruppen und Individuen identifiziert werden? Wie kann die Zuverlässigkeit der Auswahl sichergestellt sein und gleichzeitig eine Stigmatisierung vermieden werden?

Grundsätzlich stehen zwei Ansätze zur Verfügung:

Das systematische Screening mit standardisierten Instrumenten oder die Früherkennung von gefährdeten Jugendlichen in Schulen, über Jugendämter, Jugendberatungen, Ärzte, Jugendanwaltschaften, Arbeitsämter, Motivationssemester usw. Einige Beiträge in diesem Band berichten über die Erfahrungen mit diesen Ansätzen.



Definitionen

Risiko- und Schutzfaktor: Ein *Risikofaktor* ist ein Merkmal des Jugendlichen oder seiner Umwelt, das die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von gesundheitlichen Risikoverhalten erhöht. Ein *Schutzfaktor* ist ein Merkmal des Jugendlichen oder seiner Umwelt, das die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von gesundheitlichen Risikoverhalten vermindert. Schutzfaktoren können als eine Art *Puffer* wirken zwischen erhöhter Vulnerabilität, Risikofaktoren und Problemverhalten.

Vulnerabilität (Verletzbarkeit): Individuelle Disposition, die Risikoverhalten und psychische Störungen begünstigt. Sie wird von genetischen, psychischen und sozialen Faktoren bestimmt. Das Gegenstück wird als **Resilienz** oder Widerstandsfähigkeit bezeichnet.

Prävention: Ziel der *Prävention* ist, die Entstehung von Risikoverhalten zu verhindern (*Primärprävention*) oder die negativen Konsequenzen derselben zu vermindern (*Sekundärprävention*).

Statt nach dem Zeitpunkt wird Prävention heute zunehmend nach drei verschiedenen *Zielgruppen* unterschieden:

- Die *universelle* Prävention richtet sich an die Gesamtpopulation ohne nach Grad der Risiken oder Gefährdung zu unterscheiden.
- Die *selektive* Prävention richtet sich an *definierte Gruppen* mit erhöhter Gefährdung (z. B. Jugendliche in Jugendheimen oder Gefängnissen, Kinder von drogenabhängigen Eltern).
- Die *indizierte* Prävention richtet sich an *einzelne identifizierte Jugendliche* mit erhöhtem Risiko (vgl. den Beitrag zum Programm *supra-f*).

Bibliographie

- 1 Institute of Medicine (1994): Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.

KORRESPONDENZADRESSE:
BERNHARD MEILI
BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT, ABTEILUNG
NATIONALE PRÄVENTIONSPROGRAMME
CH-3003 BERN
TEL. +41 (0)31 323 87 15
E-MAIL: BERNHARD.MEILI@BAG.ADMIN.CH



2 > Vulnerable Jugendliche in der Schweiz: Literaturübersicht und Sekundäranalyse der SMASH-Daten

JOAN-CARLES SURIS

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND PRÄVENTIVMEDIZIN DER UNIVERSITÄT LAUSANNE

Zusammenfassung

*Längsschnittuntersuchung über Gesundheit und Lebensstil
16- bis 20-Jähriger in der Schweiz, 2002 an einer
repräsentativen nationalen Stichprobe durchgeführt

Ausgehend von den SMASH-02-Daten* wurde eine Gruppe «Vulnerable Jugendliche» gebildet. Diese Jugendlichen unterscheiden sich durch persönliche, familiäre und schulische/soziale Merkmale von ihren Altersgenossinnen und -genossen. Ausserdem ist bei ihnen die Prävalenz sämtlicher untersuchter Risikoverhalten grösser, und sie steigt mit dem Grad der Vulnerabilität.

Globale Interventionen, die auf der persönlichen, familiären und schulischen/sozialen Ebene ansetzen, kämen bestimmt allen betroffenen Jugendlichen zugute. Bei vulnerablen Mädchen scheint allerdings vor allem ein auf die persönliche Ebene bezogener Ansatz geeignet zu sein (Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens), während für vulnerable Jungen besonders Interventionen im schulischen/sozialen Bereich (besseres Verhältnis zur Schule) angebracht wären.

Einleitung

Zahlreiche Jugendliche sind im Verlauf ihrer Entwicklung aufgrund individueller, familiärer oder umfeldbedingter Faktoren mit erheblichen Schwierigkeiten konfrontiert (1). Sie finden sich in ihrer Rolle als Heranwachsende nur schwer zurecht und sind im Vergleich zu Gleichaltrigen sozial, bildungsmässig und wirtschaftlich benachteiligt (2). Der Begriff der Vulnerabilität steht im Zusammenhang mit der Forschung und der Gestaltung von Interventionen für Menschen mit potentiellen Anpassungsschwierigkeiten (3).

Die Adoleszenz ist eine Experimentierphase, zu der auch das Eingehen von Risiken gehört (4). Unter dem Begriff *Risikoverhalten* werden bestimmte gesundheitsschädliche Verhaltensweisen zusammengefasst, namentlich Drogenkonsum, sexuelles Risikoverhalten, unbesonnenes Verhalten, Gewalttätigkeit oder Suizidverhalten, Essstörungen und Delinquenz. Zu den potentiellen negativen Folgen dieser Verhaltensweisen gehören ungewollte Schwangerschaften, sexuell übertragbare Krankheiten, schwere Behinderungen sowie der Tod (5).

Ziel

Mit der vorliegenden Studie werden zwei Ziele verfolgt:

1. Definition der Merkmale vulnerabler Jugendlicher.
2. Bestimmung der Prävalenz der verschiedenen Risikoverhalten im Verhältnis zum Vulnerabilitätsgrad.



Population und Methoden

Für die vorliegende Studie wurden die Daten von SMASH 2002 (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health 2002) (6) verwendet. Diese Längsschnittuntersuchung über Gesundheit und Lebensstil von 16- bis 20-Jährigen wurde an einer nationalen Stichprobe aus Studentinnen und Studenten sowie Absolventinnen und Absolventen einer Berufslehre der drei Sprachregionen der Schweiz durchgeführt (n=7548). Die Daten wurden anhand eines anonymen, frei ausfüllbaren Fragebogens (565 items) erhoben, der während des Unterrichts verteilt wurde.

Definition der Variablen

Vulnerabilität: Zur Definition des Begriffs der Vulnerabilität wurden eine persönliche Variable (emotionales Wohlbefinden), eine familiäre Variable (Beziehung zu den Eltern) und eine schulische Variable (Verhältnis zur Schule) miteinander kombiniert. In der Fachliteratur sind diese drei Variablen stets mit sämtlichen Risikoverhalten verknüpft (7), entweder als Risikofaktor (erhöht die Wahrscheinlichkeit von Risikoverhalten) oder als Schutzfaktor (senkt die Wahrscheinlichkeit von Risikoverhalten). Jede dieser 3 Variablen basiert auf einer Skala mit Werten von 1 bis 4. Wir haben ausgehend von der Verteilung der Werte jede Skala in drei Kategorien eingeteilt:

- Risikofaktor: für Werte in den untersten 10% der Verteilung (< Perzentil 10).
- Durchschnitt: für Werte im Zwischenbereich von 10% bis 90% der Verteilung (Perzentil 10 bis 90).
- Schutzfaktor: für Werte in den obersten 10% der Verteilung (> Perzentil 90).

Entsprechend der Anzahl Risikofaktoren bei den drei Variablen haben wir unsere Population in 3 Gruppen geteilt: kein Risikofaktor (Bezugskategorie), 1 Risikofaktor und 2 oder 3 Risikofaktoren (vulnerable Jugendliche) (Tabelle 1).

Tabelle 1: Verteilung der untersuchten Population nach Anzahl Risikofaktoren

	Global		Mädchen		Jungen	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Kein Risikofaktor	5665	75,0	2648	72,4	3017	77,6
1 Risikofaktor	1403	18,6	725	19,8	678	17,4
2 oder 3 Risikofaktoren	480	6,4	285	7,8	195	5,0

Merkmale der vulnerablen Jugendlichen:

Zur besseren Erfassung der Charakteristika, die vulnerable Jugendliche von den übrigen Jugendlichen unterscheiden, wurden drei Kategorien von Variablen untersucht: persönliche, familiäre und schulische/soziale Variablen (Tabelle 2).



Risikoverhalten: Es wurden 9 Arten von Risikoverhalten definiert:

- Tabak: Täglicher Tabakkonsum (eine oder mehrere Zigaretten pro Tag)
- Alkoholmissbrauch: 3 oder mehr Alkoholräsche in den vergangenen 30 Tagen
- Regelmässiger Cannabiskonsum: 9 oder mehr Joints in den vergangenen 30 Tagen
- Konsum anderer illegaler Drogen: Konsum anderer illegaler Drogen in den vergangenen 30 Tagen
- Sexuelles Risikoverhalten: Mindestens 2 der 4 folgenden Faktoren: War bereits einmal schwanger; kein Präservativgebrauch beim letzten Geschlechtsverkehr; 4 oder mehr Sexualpartnerinnen bzw. -partner im bisherigen Leben; erster Geschlechtsverkehr vor dem 15. Altersjahr
- Selbstmordversuch: Mindestens ein Selbstmordversuch in den vergangenen 12 Monaten
- Essstörungen: Jeden Tag übermässig viel essen und kaum mehr aufhören können und/oder sich jeden Tag zum Erbrechen bringen
- Gewalttätigkeit: Mindestens eines der folgenden Vorkommnisse in den vergangenen 12 Monaten: Hat eine(n) Erwachsene(n) angegriffen; hat eine Tasche oder ein Natel gestohlen oder entrissen; eine Waffe getragen; bei einer Schlägerei eine Waffe benützt.
- Delinquenz: Mindestens eines der folgenden Vorkommnisse in den vergangenen 12 Monaten: Hat etwas mutwillig zerstört; Diebstahl; Brandstiftung.

Ergebnisse

1. Merkmale vulnerabler Jugendlicher

Die meisten persönlichen Charakteristika vulnerabler Jugendlicher sind nicht geschlechtsspezifisch (Tabelle 2). Insgesamt leiden diese jungen Menschen häufiger an Gesundheitsproblemen und ständiger Müdigkeit, sie bewegen sich wenig, sind eher Ausländerinnen und Ausländer, haben ein negatives Körperbild, neigen zu Risikoverhalten, haben kein gutes Verhältnis zu ihren Freundinnen und Freunden und wurden bereits Opfer physischer Gewalt. Bei den Mädchen kommen mehr sexuelle Übergriffe vor, während Jungen öfter in der Stadt wohnen.

Tabelle 2: Merkmale der vulnerablen Jugendlichen (2 oder 3 Risikofaktoren)

Vulnerable Jugendliche	Mädchen	Jungen
Persönliche Variablen		
Alter	—	—
Empfindet Gesundheitszustand als schlecht	■	■
Treibt ausserhalb der Schule keinen Sport	■	■
Ausländer/in	■	■
Wohnt in einer Stadt	—	■
Ist meistens müde	■	■
Negatives Körperbild	■	■
Pubertierte früher als Gleichaltrige	—	—
Risikofreudig	■	■
Schlechte Beziehung zu Freunden	■	■
Wurde sexuell missbraucht	■	—
War körperlicher Gewalt ausgesetzt	■	■
Familiäre Variablen		
Eltern leben nicht zusammen	■	—
Geringes Bildungsniveau des Vaters	■	—
Geringes Bildungsniveau der Mutter	—	—
Angst, von den Eltern geschlagen zu werden	■	■
Angst vor einer Trennung/Scheidung der Eltern	■	■
Schulische/soziale Variablen		
Ausbildungstyp: Lernende/r	■	—
Schlechte Schulleistungen	—	■
Meint, sie/er werde die Ausbildung nicht abschliessen	■	■
Meint, sie/er werde später keine Stelle finden	■	■

Was die Familienverhältnisse angeht, unterscheiden sich vulnerable Mädchen von ihren Altersgenossinnen dadurch, dass ihre Eltern öfter nicht zusammen wohnen, beziehungsweise durch ein geringes Bildungsniveau des Vaters (obligatorische Schulpflicht oder weniger). Vulnerable Jugendliche beider Geschlechts geben häufiger an, Angst vor Schlägen oder vor einer Trennung ihrer Eltern zu haben.

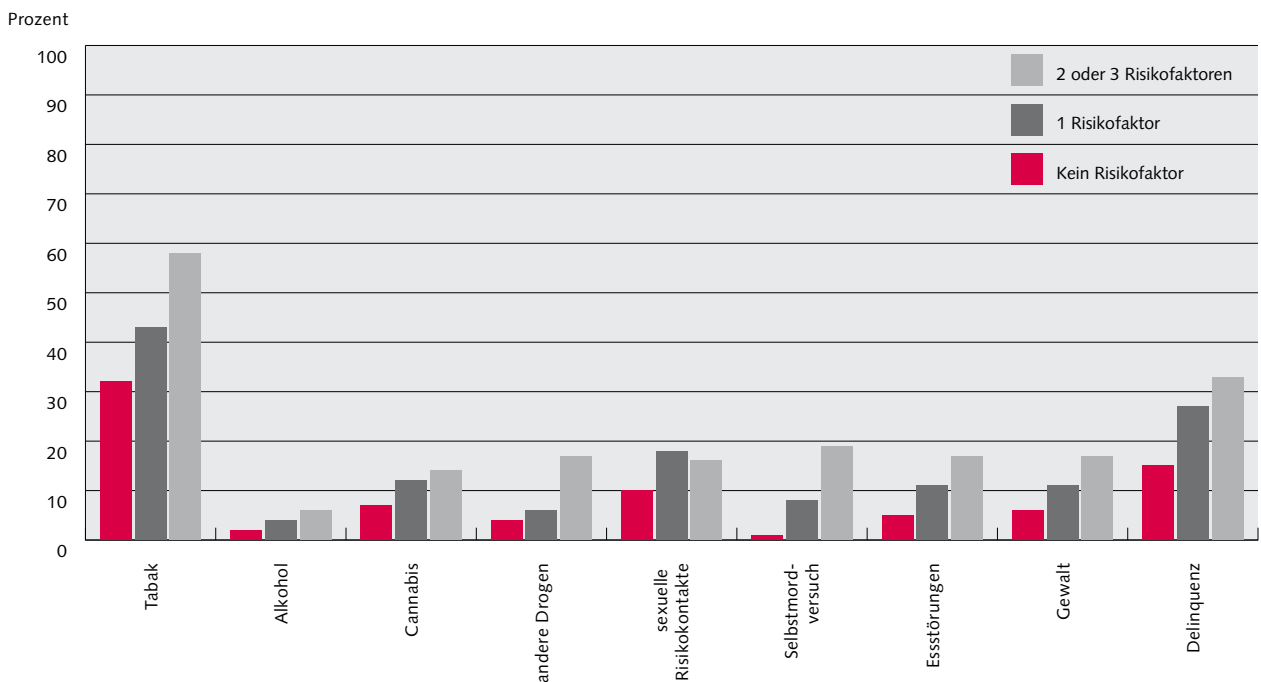
Im schulischen Bereich gilt, dass vulnerable Mädchen häufiger eine Berufslehre machen, während vulnerable Jungen schlechte Noten haben. Mädchen und Jungen meinen, sie werden ihre Ausbildung nicht abschliessen oder später keine Arbeit finden.

2. Prävalenz des Risikoverhaltens

Junge Vulnerable beider Geschlechts weisen im Vergleich zu Jugendlichen mit null Risikofaktoren bezüglich sämtlicher Risikoverhalten erhöhte Prävalenzen auf; diese Prävalenzen nehmen mit dem Grad der Vulnerabilität zu.

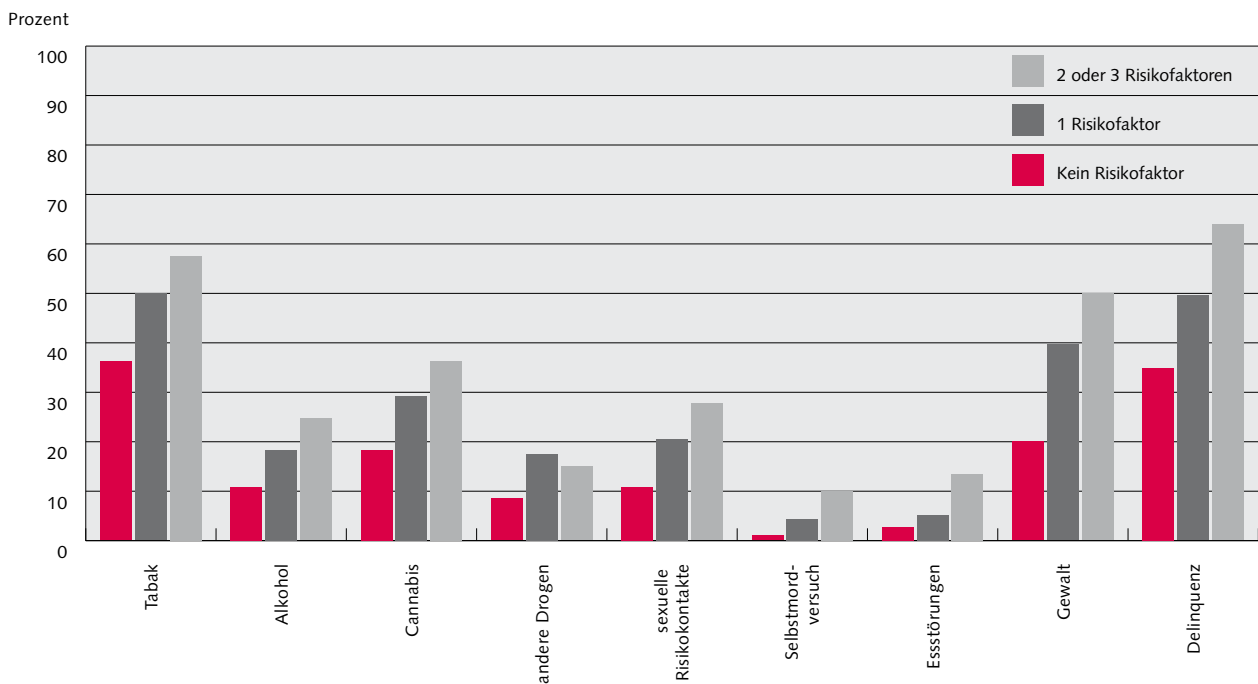
Beispielsweise ist die Prävalenz vulnerabler Mädchen im Vergleich zu Mädchen mit null Risikofaktoren beim Tabak- und Cannabis-konsum, bei der Gewalttätigkeit und der Delinquenz etwa zweimal grösser, hinsichtlich des Alkoholmissbrauchs oder der Essstörungen dreimal grösser, viermal grösser beim Konsum anderer illegaler Drogen und neunzehnmal grösser bei den Selbstmordversuchen (Abb. 1).

Abb. 1: Prävalenz des Risikoverhaltens nach Grad der Vulnerabilität. Mädchen 16–20 Jahre



Vulnerable Jungen haben ihrerseits eine zweimal höhere Prävalenz hinsichtlich des Alkoholmissbrauchs, des Konsums von Cannabis und anderen illegalen Drogen, des sexuellen Risikoverhaltens, der Gewalttätigkeit und der Delinquenz als männliche Jugendliche ohne Risikofaktoren. Bei den Essstörungen und bei den Selbstmordversuchen liegen diese Prävalenzen viermal beziehungsweise zwanzigmal höher (Abb. 2).

Abb. 2: Prävalenz des Risikoverhaltens nach Grad der Vulnerabilität. Jungen 16–20 Jahre



Empfehlungen für die Praxis

Nach der in dieser Studie verwendeten Definition der Vulnerabilität (schlechte Beziehung zu den Eltern, schlechtes Verhältnis zu Schule, mangelndes emotionales Wohlbefinden) ist jede(r) sechzehnte Jugendliche (6,4%) als vulnerabel zu bezeichnen, wobei die Prävalenz bei den Mädchen (7,8%) leicht höher liegt als bei den Jungen (5%). Da die vorliegenden Befunde anhand einer Stichprobe von schulisch integrierten Jugendlichen ermittelt wurden und folglich junge Menschen, die sich in keinerlei Ausbildungsprozess befinden (und mehr Risiken eingehen (8)) nicht erfasst wurden, sind die Zahlen als eher zu niedrig zu betrachten. Höchstwahrscheinlich ergäbe eine Studie, die alle Jugendlichen berücksichtigen würde (nicht nur diejenigen, die eine Ausbildung absolvieren), weit höhere Vulnerabilitätsgrade. Die verhältnismäßig niedrige Prävalenz lässt sich teilweise auch durch die Verwendung einer restriktiven Definition der Risikofaktoren erklären (die untersten 10% jeder Skala). Insgesamt geht es den vulnerablen Jugendlichen in den meisten hier untersuchten Bereichen schlechter als den Gleichaltrigen. Die Merkmale dieser Jugendlichen liefern Hinweise für die Bildung von Untergruppen von Jugendlichen mit erhöhter Vulnerabilität, die besonderer Aufmerksamkeit bedürfen.

- Die Adoleszenz zeichnet sich unter anderem durch eine Loslösung von den Eltern, eine Hinwendung zu Freundinnen und Freunden sowie den Erwerb der Unabhängigkeit aus. Dass sowohl weibliche als auch männliche vulnerable Jugendliche über schlechte freundschaftliche Beziehungen berichten, ist deshalb besonders beachtenswert. Nachdem die hier verwendete Definition der Vulnerabilität von einer schlechten Beziehung zu den Eltern und zur Schule ausgeht, verfügen diese jungen Menschen offensichtlich über wenig (oder gar keine) Vertrauenspersonen.
- Missbräuchliche Übergriffe (bei den Jungen auf physische Gewalt beschränkt) sind ein weiterer Auslöser der Vulnerabilität. Die Opfer brauchen Möglichkeiten, den Missbrauch zu melden (und darüber zu sprechen), und es sollte ihnen eine Betreuung angeboten werden.
- Das Zusammenleben mit den leiblichen Eltern in einer intakten Familie spielt bei vulnerablen Mädchen nur eine geringe und bei Jungen gar keine Rolle. Dieses Ergebnis wird durch die Fachliteratur bestätigt: Das Verhältnis zur Familie ist wichtiger als die Familienstruktur. Zwar stellt das Leben in einer Einelternfamilie laut wissenschaftlichen Erkenntnissen einen Risikofaktor dar (9), doch spielt die Atmosphäre in der Familie ebenfalls eine wesentliche Rolle (10).



- Die Angst vor einer Trennung der Eltern und die Angst, von ihnen geschlagen zu werden, kommt bei vulnerablen Jugendlichen beider Geschlechter auffallend häufig vor. Diese Tatsache unterstreicht die Bedeutung der Beziehung zu den Eltern und weist auf die Notwendigkeit einer spezifischen Auseinandersetzung mit Jugendlichen hin, die (verbaler oder körperlicher) häuslicher Gewalt ausgesetzt sind.
- Ein geringes Bildungsniveau des Vaters (nicht aber der Mutter) – es lässt auf das sozioökonomische Niveau schliessen – ist nur bei den Mädchen signifikant. In der Regel scheint folglich das sozioökonomische Niveau keinen nennenswerten Einfluss auf die Vulnerabilität zu besitzen, die somit in allen sozialen Schichten gleich häufig ist.
- Hinsichtlich des Ausbildungstyps wurden keine erheblichen Unterschiede beobachtet; demnach betrifft Vulnerabilität sowohl Studentinnen und Studenten als Absolventinnen und Absolventen einer Berufslehre.
- Vulnerable Jugendliche beider Geschlechter meinen deutlich öfter als Gleichaltrige, dass sie ihre Ausbildung nicht abschliessen werden oder danach keine Stelle finden. Dies legt die Vermutung nahe, dass vulnerable Jugendliche oft nahe daran sind, aus dem Ausbildungsprozess «auszusteigen» und dementsprechend in eine schwerwiegendere Form der Vulnerabilität abzugleiten.
- Prävalenz und Wahrscheinlichkeit von Risikoverhaltensweisen nehmen sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen mit dem Grad der Vulnerabilität zu.
- Alkoholmissbrauch, regelmässiger Cannabiskonsum, sexuelles Risikoverhalten, Gewalttätigkeit und Delinquenz kommen bei vulnerablen Jungen häufiger vor als bei vulnerablen Mädchen. Bei den Mädchen ist die Zahl der Selbstmordversuche hingegen höher, während die Prävalenz des Konsums anderer illegaler Drogen, des täglichen Tabakkonsums und der Essstörungen bei vulnerablen Jugendlichen beider Geschlechter weitgehend identisch ist.

Für die Praxis wäre es wichtig, zu wissen, ob eine Veränderung bei den untersuchten Risikofaktoren (beispielsweise der Übergang von einer schlechten zu einer durchschnittlichen oder ausgezeichneten Beziehung zu den Eltern) einen Einfluss auf das Risikoverhalten der vulnerablen Jugendlichen haben kann.

Die Ergebnisse der Studie, die im Bericht *Jeunes vulnérables en Suisse: faits et données* (7) veröffentlicht wurden, weisen darauf hin, dass eine Veränderung bei den Risikofaktoren in Richtung mittlerer oder positiver Werte eine Senkung der Wahrscheinlichkeit von Risikoverhalten bei diesen Jugendlichen mit sich bringen würde.



Eine Behandlung der Gesamtsproblematik der vulnerablen Jugendlichen, die gleichzeitig auf der persönlichen, familiären und schulischen/sozialen Ebene ansetzt, scheint zweifellos angebracht, doch wären geschlechterspezifische Interventionen ebenfalls nötig.

- Die Wahrscheinlichkeit des Risikoverhaltens wird bei vulnerablen Mädchen am ehesten durch eine Verbesserung beim persönlichen Risikofaktor (emotionales Wohlbefinden) verringert, namentlich hinsichtlich des Konsums von Tabak, von anderen illegalen Drogen, des sexuellen Risikoverhaltens, der Selbstmordversuche, bei den Essstörungen und bei der Gewalttätigkeit. Auch die Verbesserung der Beziehung zu den Eltern spielt eine – wenn auch geringere – Rolle. Das Verhältnis zur Schule ist bei diesen Mädchen der Faktor, der offenbar am wenigsten ins Gewicht fällt.
- Den grössten Einfluss hat bei vulnerablen Jungen der Faktor des Verhältnisses zur Schule, insbesondere bezogen auf Alkoholmissbrauch, Cannabiskonsum, sexuelles Risikoverhalten, Essstörungen, Gewalttätigkeit und Delinquenz. Die beiden anderen Faktoren (Beziehung zu den Eltern, emotionales Wohlbefinden) haben eine ähnliche, aber weniger entscheidende Bedeutung.

Jede(r) sechzehnte Jugendliche, die/der sich in einem Ausbildungsprozess befindet, ist nach der vorliegenden Studie vulnerabel. In absoluten Zahlen gemessen sind das 17'000 Jugendliche in der Schweiz. Die Ergebnisse der Studie sind ein erster Schritt hin zur Identifizierung der Jugendlichen, die ein Vulnerabilitätsrisiko aufweisen, und gleichzeitig ein Beitrag zur Ausarbeitung von Präventionsprogrammen.

Bibliographie

- 1 Wolkow KE, Ferguson HB. Community factors in the development of resiliency: considerations and future directions. *Comm Mental Health J* 2001; 37: 489–498.
- 2 Zweig JM. *Vulnerable youth: identifying their need for alternative educational settings*. Washington: The Urban Institute, 2003.
- 3 Trudel M, Puentes-Neuman G. The contemporary concepts of at-risk children: theoretical models and preventive approaches in the early years. Paper prepared for the Pan-Canadian Education Research Agenda Symposium, «Children and youth at risk», April 6th and 7th, 2000, Ottawa. http://www.cesc.ca/pceradocs/2000/00Trudel_Puentes-Neuman_e.pdf. 2005. 2-12-2005.
- 4 Galambos NL, Tilton-Weaver LC. Multiple-risk behaviour in adolescents and young adults. *Health Reports* 1998; 10: 9–20.
- 5 Igra V, Irwin CE. Theories of adolescent risk-taking behavior. In: RJ DiClemente, WB Hansen, LE Ponton, editors. *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press, 1996.

- 6 Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A et al. Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). 2004. Lausanne, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive. Raisons de santé 95a.
- 7 Suris JC, Berchtold A, Jeannin A, Michaud PA. Jeunes vulnérables en Suisse: faits et données. 2006. Office fédéral de santé publique.
- 8 Delbos-Piot I, Narring F, Michaud PA. La santé des jeunes hors du système de formation: comparaison entre jeunes hors formation et en formation dans le cadre de l'enquête sur la santé et les styles de vie des 15–20 ans en Suisse Romande. Santé Publique 1995; 1: 59–72.
- 9 Wietoft GR, Hjern A, Haglund B, Rosen M. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. Lancet 2003; 361: 289–295.
- 10 Spruijt E, DeGoede M, Vandervalk I. The well-being of youngsters coming from six different family types. Patient Education and Counseling 2001; 45: 285–294.

Die vorliegende Studie wurde vom BAG in Auftrag gegeben und finanziell unterstützt.

Suris, J.-C. Berchtold, A. Jeannin, A. Michaud, P.-A. (2006). *Jeunes vulnérables en Suisse. Faits et données*. Groupe de recherche sur la santé des adolescents, Institut universitaire de médecine sociale préventive, Lausanne

KONTAKTADRESSE:
 JOAN-CARLES SURIS
 GRSA/IUMSP
 17, RUE DU BUGNON
 CH-1005 LAUSANNE

TEL: + 41(0)21 314 73 75

E-MAIL: JOAN-CARLES.SURIS@CHUV.CH



3 > Einflussfaktoren auf Risikoverhalten bei Jugendlichen: Ein Follow-up nach zwei Jahren

JEANNETTE BRODBECK

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR PSYCHIATRIE BERN

Zusammenfassung

Im Jahr 2003 und 2005 nahmen rund 2000 Jugendliche und junge Erwachsene aus den Städten Basel, Bern und Zürich an einem Telefoninterview zu Belastungen, Persönlichkeitsaspekten und Risikoverhaltensweisen teil. Wir untersuchten, wie sich diese Risikoverhaltensweisen im Verlauf von zwei Jahren veränderten, und ob und woran sich zwei Jahre vorher erkennen liess, wer sein Risikoverhalten später reduzierte, konstant hielt oder steigerte.

Hintergrund

Risikoverhaltensweisen wie z. B. Suchtmittelkonsum, ungeschützte sexuelle Kontakte oder Gewalt/Diebstahl treten meistens erstmals im Jugendalter auf und werden im Erwachsenenalter häufig, aber nicht immer wieder aufgegeben. Das Risiko für Jugendliche besteht neben der akuten oder chronischen Bedrohung der körperlichen und psychischen Gesundheit auch in einer problematischen Weiterentwicklung der Persönlichkeit oder in Problemen mit der sozialen Integration. Andererseits kann Risikoverhalten auch Teil des normalen Entwicklungsprozesses und Teil eines jugendspezifischen Lebensstils sein, der mit zunehmender Verantwortung im Beruf etc. wieder aufgegeben wird. Von problematischem Verhalten wird erst dann gesprochen, wenn die schädigenden Elemente überwiegen (1). Für die Entwicklung von gezielten Präventionsmassnahmen ist es wichtig, frühzeitig Personen zu erkennen, die ein höheres Risiko für fortgesetztes oder eskalierendes Risikoverhalten haben. Verschiedene Faktoren tragen zur Entstehung und zu unterschiedlichen Verläufen von Risikoverhaltensweisen bei. Erwartungen an die Wirkungen des Suchtmittels oder des Verhaltens, soziale Lernprozesse in der Gruppe der Gleichaltrigen und der Familie, Bindung an Familie und Gesellschaft oder intrapersonale Faktoren wie Persönlichkeitsvariablen oder Belastungen oder ein Zusammenspiel wurden als Einflussvariablen auf die Entstehung von Risikoverhaltensweisen bestätigt (2). Die vorliegende Studie untersuchte insbesondere intrapersonale Faktoren.



Ziel

Mit dieser Längsschnittuntersuchung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus der Allgemeinbevölkerung wurden Merkmale zur Früherkennung von Personen mit fortgesetztem oder gesteigertem Risikoverhalten und Ansatzpunkte für Präventionsmassnahmen für diese Gruppen identifiziert. Zudem wurde untersucht, wer sein regelmässiges Risikoverhalten reduzierte oder wieder aufgab.

Stichprobe und Methoden

2844 Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 16 und 24 Jahren hatten 2003 an der ersten computergestützten telefonischen Erhebung teilgenommen. Die Teilnehmenden wurden zufällig aus den Einwohnerregistern der Städte Basel, Bern und Zürich ausgewählt. Die Teilnehmerquote lag bei 71%. Zwei Jahre später hatten 2031 dieser jungen Erwachsenen, d.h. wiederum 71%, an der Nachfolgebefragung teilgenommen. Der Interviewleitfaden enthielt u.a. Angaben zu Häufigkeiten und Motiven des Suchtmittelkonsums, des sexuellen Risikoverhaltens und von Gewalt/Diebstahl. Als Belastungsvariablen wurden psychosoziale Belastungen in verschiedenen Lebensbereichen wie Schule/Arbeit, Beziehung zu den Eltern oder Freizeit, psychopathologische Belastungen und schwierige Lebensereignisse erfasst. Weiter wurden Persönlichkeitsaspekte erhoben wie Hedonismus, d.h. die Wichtigkeit von Genuss und eines lustbetonten Lebensstils; sowie Risikobereitschaft, d.h. das bewusste Suchen von risikoreichen Situationen.

Ausgewählte Ergebnisse

Häufigkeiten von Risikoverhaltensweisen und Veränderungen über zwei Jahre hinweg

Gut ein Drittel der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigte keine Risikoverhaltensweisen. Sie konsumierten weder bei der ersten Befragung noch zwei Jahre später Suchtmittel, waren nicht gewalttätig, stahlen nicht und gingen keine sexuellen Risikokontakte ein.

Tabelle 1 zeigt die Häufigkeiten der Risikoverhaltensweisen bei der ersten Erhebung, Tabelle 2 deren Veränderungen innerhalb von zwei Jahren. Knapp die Hälfte der befragten jungen Erwachsenen rauchte mindestens einmal im Monat vor der Befragung. Die Mehrheit der Tabakkonsumenten rauchte täglich. Das Rauchen war dasjenige Risikoverhalten, das am häufigsten gesteigert und am seltensten wieder aufgegeben wurde. Mindestens monatliches Rauschtrinken war mit rund 23% der Frauen und 39% bei den Männern ebenfalls weit verbreitet. Rauschtrinker waren meist ein- bis dreimal im Monat betrunken und steigerten die Häufigkeit des Rauschtrinkens innerhalb von zwei Jahren eher selten. Knapp die Hälfte der Frauen und rund ein Drittel der Männer gaben das Rauschtrinken auf oder reduzierten es. Cannabis wurde von 17% der Frauen und 29% der Männer und zwar meistens monatlich oder ein- bis zweimal pro Woche

konsumiert. Der Cannabiskonsum wurde von Gelegenheitskonsumenten innerhalb von zwei Jahren relativ häufig wieder aufgegeben. Erst bei täglichem Konsum blieb die Konsumhäufigkeit konstant. Weniger als 2% der Befragten konsumierten andere illegale Suchtmittel wie Partydrogen, Kokain oder Heroin. 18% der jungen Frauen und 37% der jungen Männer waren im Jahr vor der ersten Befragung gewalttätig und/oder haben etwas gestohlen. Rund die Hälfte zeigte nach zwei Jahren kein deviantes Verhalten mehr. Sexuelle Risikokontakte, d.h. ungeschützten Geschlechtsverkehr mit Gelegenheitspartnern oder neue sexuelle Kontakte mit einem festen Partner ohne gegenseitigen HIV-Test, hatten 7% der Befragten im Jahr vor der ersten Erhebung. Etwa ein Drittel dieser Personen entwickelte ein Verhaltensmuster von fortgesetzten ungeschützten sexuellen Kontakten mit neuen Partnern oder Gelegenheitspartnern, zwei Drittel gingen keine sexuellen Risikokontakte mehr ein.

Tabelle 1: Häufigkeiten der Risikoverhaltensweisen bei der ersten Befragung 2003
(N=2023, 1075 Frauen, 948 Männer)

	Frauen		Männer	
	Prozent	Personen	Prozent	Personen
Tabakkonsum ¹	44	469	45	423
Cannabiskonsum ¹	17	183	29	273
Rauschtrinken ¹	23	239	39	372
Gewalt/Diebstahl ²	18	193	37	353
Sexuelles Risiko ²	7	75	7	66

¹ mindestens einmal im Monat vor der Befragung

² mindestens einmal im Jahr vor der Befragung

Tabelle 2: Veränderungen bei der Nachbefragung 2005, jeweils Prozente und Anzahl Personen

	Neues Risikoverhalten ^a		Gelegentliches Risikoverhalten gesteigert ^b		Regelmässiges Risikoverhalten reduziert oder aufgegeben ^{b,c}	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Tabakkonsum ¹	9% (96)	11% (105)	26% (63)	30% (57)	21% (62)	18% (51)
Cannabiskonsum ¹	5% (53)	5% (50)	14% (25)	17% (40)	48% (15)	36% (40)
Rauschtrinken ¹	14% (143)	14% (136)	6% (15)	11% (42)	51% (122)	36% (132)
Gewalt/Diebstahl ²	9% (93)	9% (96)	—	—	56% (108)	41% (144)
Sexuelles Risiko ²	6% (60)	7% (67)	—	—	68% (50)	69% (45)

¹ mindestens einmal im Monat vor der Befragung

² mindestens einmal im Jahr vor der Befragung

^a Prozente bezogen auf die Gesamtstichprobe

^b Prozente bezogen auf die Personen mit entsprechendem Risikoverhalten bei der ersten Befragung

^c einbezogen wurden tägliches Rauchen, regelmässiger Cannabiskonsum von mindestens drei Mal pro Woche sowie Rauschtrinken, Gewalt/Diebstahl und sexuelles Risikoverhalten ab einmal pro Jahr

Ob der Konsum eines Suchtmittels innerhalb von zwei Jahren wieder aufgegeben wurde, hing wesentlich davon ab, wie häufig es bei der ersten Befragung konsumiert wurde. Je häufiger der Konsum bei der Erstbefragung war, um so seltener wurde er wieder aufgegeben. Auch die Art des Suchtmittels hatte einen Einfluss: Tabak war das Suchtmittel, das am seltensten wieder aufgegeben wurde: Rund 80% der Personen, die bei der Baseline geraucht hatten, rauchten zwei Jahre später noch. Bereits monatliches Rauchen führte innerhalb von zwei Jahren mit grosser Wahrscheinlichkeit zum täglichen Tabakkonsum. Rauschtrinken und Cannabiskonsum wurden von rund der Hälfte der Frauen und etwa zwei Drittel der Männer gleich häufig weiter geführt.

Einflussfaktoren auf den Neubeginn, die Steigerung oder die Aufgabe von Risikoverhaltensweisen

Wer entwickelt neue Risikoverhaltensweisen?

Männer, die *neu anfangen zu rauchen*, waren psychopathologisch belasteter und erlebten mehr schwierige Lebensereignisse als Männer, die Nichtraucher blieben. Bei Frauen hing der Neubeginn des Rauchens mit grösserem Hedonismus, nicht aber mit Belastungen zusammen. Beim *Neubeginn des Cannabiskonsums* zeigte sich ein entgegengesetztes Bild: Psychosoziale Belastungen waren bei Frauen ein Risikofaktor für den Neubeginn des Cannabiskonsums. Bei Männern stand der neue Cannabiskonsum mit höherem Hedonismus, nicht aber mit Belastungen im Zusammenhang. Ein Risikofaktor für *neues Rauschtrinken* war bei Männern ein höherer Hedonismus. *Neue Gewalt* oder *neuer Diebstahl* stand in Zusammenhang mit vermehrten kritischen Lebensereignissen und vor allem bei Frauen mit weiteren psychischen Belastungen, nicht aber mit einem hedonistischeren Lebensstil. Risikofaktoren für *neues sexuelles Risikoverhalten* waren eine geringere Motivation, sich vor HIV zu schützen, bei Frauen häufigere Betrunkenheit und bei Männern Cannabiskonsum. Allgemein zeigte sich, dass schon bestehender Suchtmittelkonsum ein Risikofaktor für die Entwicklung von weiteren Risikoverhaltensweisen war.



Tabelle 3: Zusammenfassung der Risikofaktoren für den Neubeginn des Risikoverhaltens, die Steigerung des gelegentlichen Risikoverhaltens oder die Reduktion bzw. Aufgabe des regelmässigen Risikoverhaltens

	Tabak		Cannabis		Rauschtrinken		Gewalt/Diebstahl		Sexuelles Risiko	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Neubeginn des Risikoverhaltens										
Belastungen		+	+				+	+		
Hedonismus	+			+		+				
Risikobereitschaft										
Steigerung des Risikoverhaltens										
Belastungen	+	+	+		a	a	a	a	a	a
Hedonismus	+	+								
Risikobereitschaft	+		+							
Reduktion/Aufgabe des Risikoverhaltens										
Belastungen	-					-	-	-		
Hedonismus	-	-				-	-	-	-	-
Risikobereitschaft	-			-			-	-	-	-

F = Frauen, M = Männer

+ positiver Zusammenhang, - negativer Zusammenhang

^a Da mehr als monatliches Rauschtrinken selten vorkam und Gewalt/Diebstahl sowie sexuelles Risikoverhalten nur im Jahr vor den Befragungen erfasst wurden, konnten keine Berechnungen zur Steigerung durchgeführt werden (dunkelgrauer Bereich)

Wer steigert seinen gelegentlichen Suchtmittelkonsum?

Die *Steigerung des gelegentlichen Tabakkonsums* stand einerseits mit einer höheren psychopathologischen Belastung im Zusammenhang, andererseits aber auch mit einer lustbetonten, hedonistischeren Persönlichkeit und einem entsprechenden Lebensstil. Frauen waren zusätzlich risikobereiter als Raucherinnen mit stabilem Gelegenheitskonsum. Männer waren jünger und konsumierten mehr Cannabis.

Beim *gelegentlichen Cannabiskonsum* zeigte sich ein anderes Muster, das sich nach Geschlecht deutlich unterschied: Frauen, die innerhalb von zwei Jahren ihren gelegentlichen Cannabiskonsum steigerten, waren bei der ersten Befragung in allen erfassten Bereichen stärker belastet als Frauen mit stabilem Gelegenheitskonsum. Sie waren auch risikobereiter als Frauen, die nicht häufiger Cannabis konsumierten. Bei Männern hatte die Steigerung des gelegentlichen Cannabiskonsums keinen Zusammenhang mit Belastungen, Hedonismus und Risikobereitschaft. Das *Rauschtrinken* nahm innerhalb von zwei Jahren kaum zu, daher konnten auch keine Aussagen über Personen mit häufigerem Rauschtrinken gemacht werden.

Wer reduziert seinen regelmässigen Suchtmittelkonsum oder seine anderen Risikoverhaltensweisen?

Die *Aufgabe oder Reduktion des täglichen Rauchens* hing mit einem besseren allgemeinen Gesundheitsverhalten zusammen: Personen, die mehr auf gesunde Ernährung, ausreichend



Bewegung und genug Schlaf achteten und stressreiche Situationen vermieden, gelang es auch eher, mit dem Rauchen aufzuhören. Auch eine geringere hedonistische Einstellung war ein Vorläufer der Reduktion oder der Aufgabe des Rauchens. Männer und Frauen gaben das tägliche Rauchen eher wieder auf, wenn sie aus sozialen Gründen rauchten. Frauen, die ihren täglichen Tabakkonsum aufgaben oder reduzierten, waren zudem weniger psychopathologisch belastet und weniger risikobereit als Frauen, die weiterhin täglich rauchten. Die Reduktion des *regelmässigen Cannabiskonsums* aufgrund der erfassten Merkmale war schwieriger vorherzusagen als die Reduktion des Rauchens. Männer, die ihren Cannabiskonsum reduzierten, waren weniger risikobereit, und Frauen achteten weniger auf Erholung, Entspannung und genügend Schlaf. Die Belastungen einer Person hatten keinen Einfluss darauf, ob sie den Cannabiskonsum reduzierte. Junge Erwachsene mit geringerem Hedonismus bei der Baseline gaben das *Rauschtrinken* innert zwei Jahren eher wieder auf. Weiter zeigten sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Männer, die weniger psychosoziale Belastungen hatten und weniger Cannabis konsumierten, gaben das Rauschtrinken eher wieder auf. Frauen gaben das Rauschtrinken eher wieder auf, wenn sie bei der ersten Erhebung weniger rauchten. Personen, die bei der ersten Befragung weniger belastet waren, gelang es eher, innerhalb von zwei Jahren ihr *deviantes Verhalten* wieder aufzugeben. Dies zeigte sich bei Frauen deutlicher und in mehr Belastungsaspekten als bei Männern. Im Gegensatz zur Entstehung spielten bei der Aufgabe des devianten Verhaltens bzw. dessen Fortsetzung Persönlichkeitsaspekte oder der Lebensstil eine Rolle: Personen, die nicht mehr gewalttätig wurden oder etwas stahlen, waren weniger hedonistisch und weniger risikobereit. Umgekehrt wiesen Personen, die ihr deviantes Verhalten fortsetzten, einen hedonistischeren und risikobereiteren Lebensstil auf. Personen, die weniger hedonistisch und risikobereit waren, gaben das *sexuelle Risikoverhalten* eher wieder auf. Auch der Cannabiskonsum spielte dabei eine Rolle: Cannabiskonsumern gaben mit geringerer Wahrscheinlichkeit das sexuelle Risikoverhalten wieder auf.

Empfehlungen für Prävention und Interventionen

Die Theorie des Problemverhaltens von Jessor und Jessor (3) betont, dass verschiedene Risikoverhaltensweisen gemeinsame Ursachen wie schwierige psychosoziale Bedingungen oder eine zugrunde liegende Persönlichkeitsstruktur haben. Andere Studien zeigen aber auch auf, dass verschiedene Risikoverhaltensweisen unterschiedlich bedingt sind. Unsere Resultate sprechen dafür, dass zumindest einzelne Einflussfaktoren auf die Entstehung und den Verlauf spezifisch für die unterschiedlichen Risikoverhaltensweisen und zudem geschlechtsspezifisch sind. Präventionsmassnahmen sollten daher neben den gemeinsamen Bedingungen in massgeschneiderten Präventionsmassnahmen auch die jeweils spezifischen Einflussfaktoren auf einzelne Risikoverhaltensweisen berücksichtigen.

Priorität der Tabakprävention: Tabak war neben Alkohol das am häufigsten konsumierte Suchtmittel. Während Alkohol aber meist 1–3 Mal im Monat konsumiert wurde, wurde Tabak meist täglich geraucht. Das Rauchen wurde auch seltener aufgegeben. Ansatzpunkte für universelle Präventionsmassnahmen sind bei Männern die Belastungsbewältigung, bei Frauen die Bearbeitung des lustbetonten Lebensstils. Präventionsmassnahmen, die bei Gelegenheitsrauchern die Abhängigkeitsentstehung verringern sollten, sind die Vermittlung von Emotionsregulations- oder Belastungsbewältigungsstrategien, die den Umgang mit psychischen Belastungen und Stress verbessern sowie eine veränderte Assoziation des Rauchens im Rahmen eines lustbetonten Lebensstils.

Universelle Cannabisprävention im Rahmen einer allgemeinen Gesundheitsförderung und Suchtprävention:

Der Gelegenheitskonsum von Cannabis wurde von der Mehrheit der jungen Erwachsenen innerhalb von zwei Jahren wieder aufgegeben. Wenn Cannabis konsumiert wurde, dann häufig zusammen mit Tabak und Alkohol oder von Männern in der Kombination Tabak, Cannabis, Rauschtrinken und Gewalt/Diebstahl. Diese Befunde sprechen für den Einbezug der Cannabisprävention in eine allgemeine Gesundheitsförderung und Suchtprävention und gegen intensive, nur auf Cannabis fokussierte universelle Präventionsmassnahmen.

Selektive Prävention für belastete Cannabiskonsumtinnen:

Bei der Steigerung des Gelegenheitskonsums von Cannabis zeigten sich klare Geschlechtsunterschiede: Psychisch und psychosozial belastete Frauen steigerten den Cannabiskonsum signifikant häufiger als weniger belastete. Belastete Gelegenheitskonsumtinnen sollten speziell in selektiven oder indizierten Präventionsmassnahmen berücksichtigt werden. Ansatzpunkte sind auch hier die Verbesserung der Belastungsbewältigung bei psychischen und psychosozialen Belastungen.

Prävention von Rauschtrinken: Rund 30% der jungen Erwachsenen waren im Monat vor den Befragungen mindestens einmal betrunken. Aufgrund der relativ hohen körperlichen Gefährdung durch eine akute Alkoholintoxikation, z. B. durch Unfälle oder Alkoholvergiftungen, sollte das Rauschtrinken bei Präventionsmassnahmen stärkere Beachtung finden.

Gewaltprävention für junge Erwachsene nach kritischen Lebensereignissen: Ein hoher Präventionsbedarf besteht in Bezug auf Gewalt/Diebstahl. Neue Gewalt/neuer Diebstahl war diejenige Risikoverhaltensweise, die am deutlichsten mit starken Belastungen und kritischen Lebensereignissen in Zusammenhang stand. Unterstützungsangebote, die Adoleszenten und jungen Erwachsenen Hilfe bei der Bewältigung von schwierigen Lebensereignissen wie z. B. dem Tod einer nahe stehenden Person anbieten, können auch zur Prävention von gewalttätigem Verhalten oder Diebstahl beitragen. Massnahmen zur Reduktion von Gewalt und Diebstahl sollten jedoch auch den hedonistischeren und risikobereiteren Lebensstil miteinbeziehen.

Bibliographie

- 1 Raithel, J. (Hrsg.). Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Opladen: Leske+Budrich; 2001.
- 2 Petraitis, J., Flay, BR & Miller, TQ. Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. Psychol Bull 1995; 117: 67–86.
- 3 Jessor, R. & Jessor, SL. Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. New York: Academic Press; 1977.

Diese Studie wurde im Auftrag des BAG und des Schweizerischen Nationalfonds realisiert.

Brodbeck, J., Matter, M., Artho, S., Röthlisberger M., Moggi, F. (2006). *Wohlbefinden, Belastungen und Gesundheitsverhalten bei jungen Erwachsenen: Eine Längsschnitt-Studie*. Schlussbericht. Universitätsklinik für Psychiatrie Bern.

KORRESPONDENZADRESSE:
JEANNETTE BRODBECK
UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR PSYCHIATRIE BERN
BOLLIGENSTRASSE 111
CH-3000 BERN 60
TEL. +41 (0)31 930 91 11
E-MAIL: BRODBECK@PUK.UNIBE.CH



4 > Substanzkonsum bei Jugendlichen: Individuelle Entwicklungen und Inanspruchnahme von Hilfeangeboten

MONIQUE BOLOGNINI, BERNARD PLANCHEREL

SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT,
LAUSANNE

Zusammenfassung

Der Zweck dieser Studie bestand in der Evaluation des Substanzkonsums über einen längeren Zeitraum, um die Faktoren zu erfassen, die den Einstieg in den Konsum sowie dessen weitere Entwicklung beeinflussen. Zudem sollten die verschiedenen Hilfeangebote erfasst werden, die von den Jugendlichen ab dem Beginn ihres Substanzkonsums in Anspruch genommen wurden. Insgesamt wurden 102 Jugendliche im Alter von 14 bis 19 Jahren in die Studie aufgenommen und während drei Jahren beobachtet. Die Resultate zeigen, dass der Substanzkonsum keine Störung an sich, sondern ein komplexes, mehrdimensionales Problem darstellt, mit dem die Jugendlichen konfrontiert sind. Eine Erhöhung oder Verringerung des Substanzkonsums erfolgt parallel zu einer Verstärkung oder Verringerung der Probleme in den anderen Bereichen (Sozialleben, Beziehungsebene, Familie, psychologische Ebene). Die Prävention sollte daher nicht auf die Substanzen fokussiert sein. Vielmehr sollten auch die anderen Lebensbereiche berücksichtigt werden, die für die Adoleszenz von Bedeutung sind. Was den Zugang zu den Hilfeangeboten anbelangt, zeigen die Beobachtungen, dass die Tätigkeit der zahlreichen Betreuungspersonen besser koordiniert werden sollte, damit die vulnerablen Jugendlichen insbesondere in Bezug auf den Substanzkonsum Unterstützung erhalten.

Einleitung

Zur Entwicklung des Substanzkonsums in der Gesamtbevölkerung liegen nur wenige Studien vor. Aus diesen geht hervor, dass der Cannabiskonsum vom Alter abhängt: Er steigt während der Adoleszenz an, erreicht seinen Höhepunkt bei Jugendlichen im Alter von ca. 20 Jahren und geht anschliessend wieder stark zurück. Ein solcher Reifeprozess wurde bislang bei allen untersuchten Kohorten festgestellt (1–5). Das grösste Risiko für einen Einstieg in den Konsum von Zigaretten, Alkohol und Cannabis besteht bis zum Alter von 20 Jahren. Der höchste Konsum wird bei Alkohol im Alter von 19–21 Jahren und bei Cannabis im Alter von 19–22 Jahren verzeichnet (3).

Die Faktoren, die für einen anhaltenden Konsum von Cannabis im Erwachsenenalter eine wichtige Rolle spielen, scheinen mit den Faktoren übereinzustimmen, die für den Einstieg in den Konsum während der Adoleszenz von entscheidender Bedeutung sind: tiefer Bildungsstand, Mehrfachkonsum und deliktisches Verhalten.

Hingegen wurde kein Zusammenhang zwischen dem Konsum bei Gleichaltrigen und der Einstellung des persönlichen Umfelds gegenüber den Substanzen einerseits und dem Weiterbestehen des Konsums andererseits festgestellt. Ebenso hat die Haltung gegenüber dem Cannabiskonsum nur Auswirkungen auf den Einstieg in den Konsum. Wills et al. (6) zeigten auf, dass für Jugendliche mit einem weiter bestehenden Substanzkonsum die folgenden Merkmale typisch sind: grösserer Stress, geringere Unterstützung durch die Eltern, höherer Substanzkonsum bei den Eltern, häufigeres Auftreten von normabweichenden Verhaltensweisen, unzureichende Bewältigungsstrategien und eine ausgeprägtere Zugehörigkeit zu einer Gruppe von gleichaltrigen Suchtmittelkonsumierenden.

Ziele der Studie

Mit der im Kanton Waadt durchgeführten Studie sollten Erkenntnisse zu den Umständen gewonnen werden, unter denen der Konsum im Verlauf der Adoleszenz zu einem festen Bestandteil des Alltags wird und sich bei einigen Jugendlichen zu einem Problem entwickelt, bei anderen hingegen nicht. Dazu wurden die Zusammenhänge zwischen dem Ausmass des Konsums und der Entwicklung der Jugendlichen in verschiedenen Bereichen untersucht: physische und psychische Gesundheit, Aktivitäten in der Schule oder am Arbeitsplatz, familiäre und soziale Beziehungen usw. Zudem wurden die Hilfeangebote evaluiert, die von den jugendlichen Suchtmittelkonsumierenden in Anspruch genommen wurden. Die hier vorgestellten Resultate beziehen sich somit auf eine besondere Gruppe der Bevölkerung, d. h. auf Jugendliche, die regelmässig psychoaktive Substanzen – in den meisten Fällen Cannabis – konsumieren.

Population und Methode

Die in die Studie aufgenommenen Jugendlichen entsprachen den folgenden Kriterien: Alter zwischen 14 und 19 Jahren sowie regelmässiger Konsum einer oder mehrerer psychoaktiver Substanzen (seit drei Monaten mindestens einmal wöchentlich). Die 102 rekrutierten Jugendlichen stammten hauptsächlich aus dem Kanton Waadt und aus der Genferseeregion. 74,5% waren Schweizer Staatsangehörige, was ungefähr dem entsprechenden Anteil in der Gesamtbevölkerung des Kantons Waadt entspricht. 65% waren männlich, 35% weiblich, was der tatsächlichen Geschlechterverteilung in der Gruppe der Suchtmittelkonsumierenden entspricht. Über die Hälfte stammte aus dem Mittelstand, nur wenige aus der Oberschicht (10%). Die Jugendlichen wurden während drei Jahren begleitet. Die Daten wurden mit Hilfe von teilstrukturierten Einzelgesprächen erhoben, die ungefähr zwei Stunden dauerten und zu drei verschiedenen Zeitpunkten von Psychologen geführt wurden. Für diese Gespräche wurde der Fragebogen ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis – 7, 8) benutzt. Mit diesem Instrument kann die Lebenswelt der Heranwachsenden in sieben verschiedenen Bereichen untersucht werden: medizinische Aspekte, Schule,



Sozialleben, Familie, psychologische Aspekte, Konflikte mit dem Gesetz, Alkohol- und Drogenkonsum. Die in diesen verschiedenen Bereichen erfassten Schwierigkeiten stellen Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren dar: Probleme im Bereich der physischen Gesundheit, schulischer Misserfolg, soziale Isolation, Beziehungsprobleme im persönlichen Umfeld, Depressionen und Ängste, Probleme mit der Justiz.

Resultate

Die konsumierten Substanzen

In den meisten Fällen wurde der Substanzkonsum im Alter von 12 bis 15 Jahren aufgenommen, im Allgemeinen in der Reihenfolge Tabak, Alkohol, Cannabis. Abgesehen von Cannabis nahmen die Mädchen den Konsum bei allen Substanzen im Durchschnitt früher auf. Am häufigsten wurden Cannabis, Tabak, Alkohol und Halluzinogene konsumiert. Alle Jugendlichen, die an der Studie teilnahmen, hatten mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert, was bei den anderen Substanzen nicht der Fall war (35% bei Ecstasy, 30% bei Kokain und 20% bei Heroin).

Die parallel zum Substanzkonsum bestehenden Hauptprobleme

Die Analyse der verschiedenen Bereiche der Lebenswelt der Jugendlichen zeigt, dass der Substanzkonsum im Allgemeinen nicht isoliert auftritt, sondern mit Problemen in anderen Bereichen einhergeht. Dabei stehen Probleme in der Familie, psychische und emotionale Probleme sowie Schulschwierigkeiten im Vordergrund. Je mehr Substanzen die Jugendlichen konsumieren und je höher die konsumierten Dosen sind, desto grösser sind die Probleme in den anderen Bereichen (9).

Schulische Probleme: Die jugendlichen Suchtmittelkonsumierenden wiesen erhebliche schulische Probleme auf. Beinahe zwei Drittel von ihnen hatten mindestens einmal eine Klasse wiederholt, jeder fünfte Jugendliche war von der Schule verwiesen worden, und die Hälfte war einmal oder mehrmals vom Unterricht ausgeschlossen worden. Bei jenen Jugendlichen, die

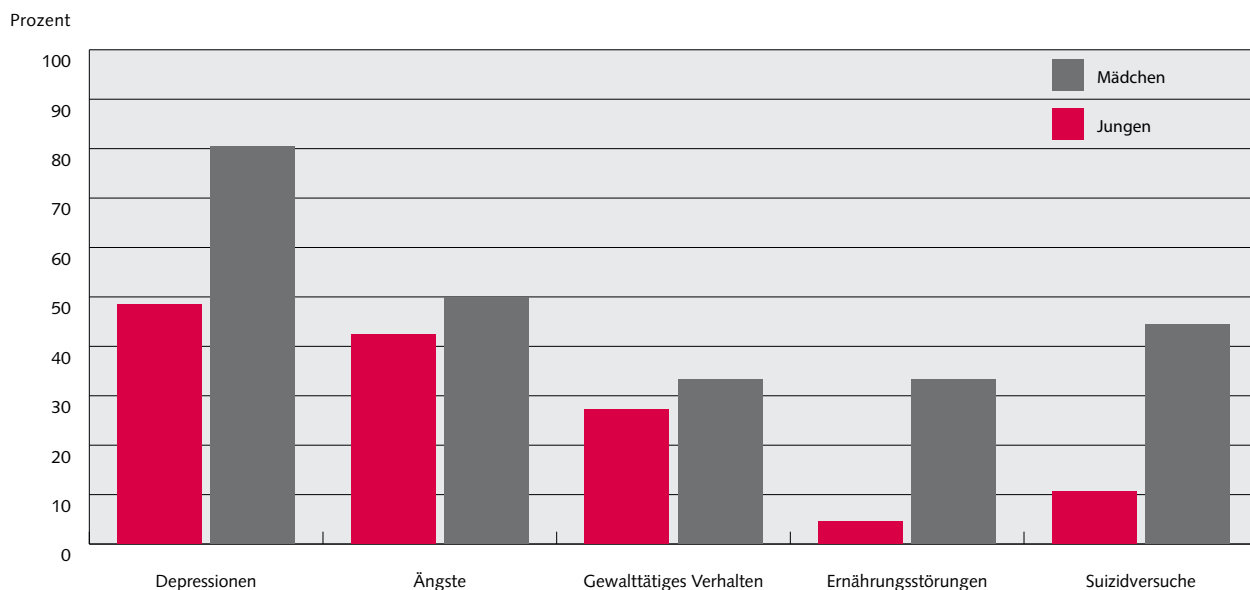


überdurchschnittlich viel konsumierten, waren kein häufigeres Scheitern und kein häufigerer Abbruch der Schule festzustellen als bei jenen, die weniger konsumierten. Hingegen zeigten sie sich weniger motiviert für das Lernen, langweilten sich mehr in der Schule und neigten eher zum Schwänzen.

Familiäre Probleme: Je nach Ausmass des Konsums variiert die Qualität der Beziehungen zwischen den Jugendlichen und ihren Eltern. Jene Jugendlichen, die am meisten konsumierten, gaben vermehrt an, Konflikte in der Familie und Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit den Eltern zu haben. Sie beklagten sich auch häufiger, ihre Eltern würden sich zu stark in ihr Privatleben einmischen oder versuchen, sie zu kontrollieren. Insbesondere die Jungen schienen zu ihrem Vater eine problematischere Beziehung zu haben. Entgegen den Erwartungen stammten die Jugendlichen, die mehr konsumierten, nicht vermehrt aus Familien mit getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern. Hingegen berichteten diese Jugendlichen häufiger über Drogen- oder Alkoholprobleme oder über psychische Probleme bei einem Mitglied ihrer Familie. Beinahe 43% der Mädchen, jedoch bloss rund 30% der Jungen gaben an, sie hätten «sehr häufig» Auseinandersetzungen in der Familie. Die Jungen erklärten zudem, sie verstünden sich mit ihrer Mutter besser als mit ihrem Vater. 53% der Mädchen wurden von einer Person aus dem engeren familiären Umfeld körperlich misshandelt. In neun von zehn Fällen gaben die Jugendlichen an, von einem Elternteil oder von beiden Eltern mehrmals geschlagen worden zu sein. Nur in einem von zehn Fällen handelte es sich um sexuelle Gewalt. Bei den Jungen war dieser Anteil viel tiefer: 19% gaben an, ihnen gegenüber sei im Verlauf ihres Lebens körperliche Gewalt ausgeübt worden.

Psychische Probleme: Das häufigste psychische Problem, das mit dem Substanzkonsum in Verbindung steht, ist eine Depression. 60% der Heranwachsenden erklärten, im Verlauf ihres Lebens zumindest eine mindestens einwöchige Phase erlebt zu haben, in der sie sich sehr deprimiert fühlten. Dies galt vor allem für die Mädchen, von denen 80% von einer derartigen Episode berichteten. Sie waren auch stärker von Ängsten betroffen, die bei jedem zweiten heranwachsenden Mädchen auftraten. Zudem hatten die Mädchen mehr Suizidversuche unternommen als die Jungen. Beinahe 45% hatten einmal oder mehrmals versucht, sich das Leben zu nehmen. Bei den Mädchen traten auch häufiger Ernährungsstörungen (Anorexie oder Bulimie) auf. Die Resultate zeigen auch, dass ein Zusammenhang zwischen dem Ausmass des Konsums und dem Schweregrad der psychischen oder emotionalen Störungen besteht: Die Jugendlichen mit einem hohen Konsum hatten mehr Phasen, die von Depression und Ängsten geprägt waren, und wiesen mehr Verhaltensstörungen auf. Sie berichteten zudem häufiger von Ernährungsstörungen und Suizidversuchen (vgl. Abb. 1).

Abb. 1: Psychische Begleitstörungen



Die verschiedenen Entwicklungen des Substanzkonsums

Von den 102 Jugendlichen, die ursprünglich in die Studie aufgenommen worden waren, konnten 85 während drei Jahren begleitet werden. Anhand von Vergleichen zwischen dem ersten und dem dritten Gespräch wurden sie vier Gruppen zugeteilt, die sich nach der Entwicklung des Substanzkonsums unterschieden: a) eine Gruppe von 15 Jugendlichen, deren Konsum zugenommen hatte; b) eine Gruppe von 30 Jugendlichen, deren Konsum auf einem hohen Niveau stabil geblieben war; c) eine Gruppe von 18 Jugendlichen, deren Konsum auf einem tiefen Niveau stabil geblieben war; d) eine Gruppe von 22 Jugendlichen, deren Konsum abgenommen hatte. Die Entwicklung des Substanzkonsums ging in der Regel mit einer parallelen Entwicklung der Probleme einher, mit denen die jugendlichen Suchtmittelkonsumierenden in den verschiedenen Lebensbereichen konfrontiert waren.

Unabhängig vom Ausmass des Konsums beim ersten Gespräch berichteten alle Jugendlichen von verhältnismässig unbedeutenden *medizinischen Problemen*, obwohl sie ihren Hausarzt häufig aufsuchten. Die Jugendlichen, die ihren Konsum verringert oder auf einem tiefen Niveau beibehalten hatten, neigten auch zur Einschätzung, dass ihre medizinischen Probleme abgenommen hätten. In den Gruppen der Jugendlichen, die ihren Konsum gesteigert oder auf einem hohen Niveau beibehalten hatten, schienen sich hingegen die medizinischen Probleme mit der Zeit zu verstärken. Abgesehen von jener Gruppe, in welcher der Konsum zugenommen hatte, schienen die *schulischen Probleme* in allen Gruppen stabil zu bleiben oder gar leicht abzunehmen. Die grössten schulischen Probleme waren in der Gruppe der Jugendlichen festzustellen, die ihren Konsum gesteigert hatten. In den Gruppen, die beim ersten Gespräch einen hohen Konsum

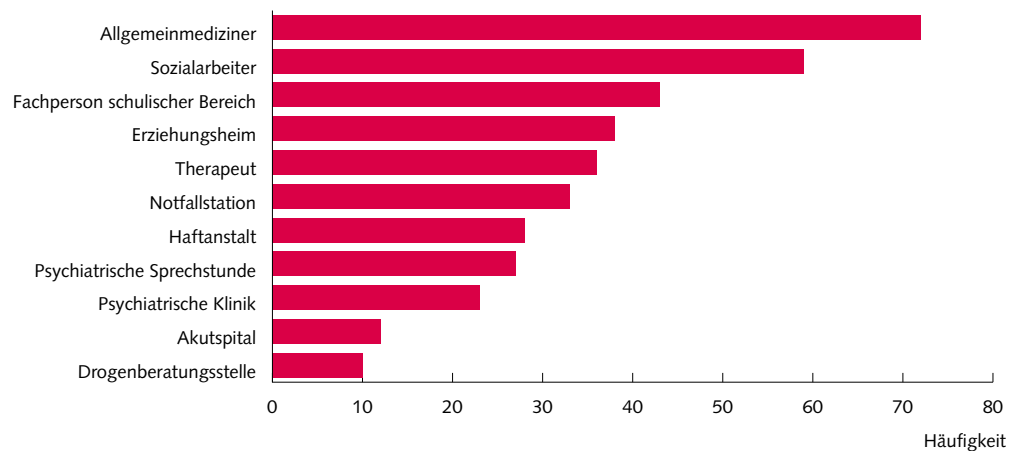
aufgewiesen hatten, war eine grössere *soziale Problematik* festzustellen. Diese Probleme blieben tendenziell bestehen, ausser bei den Jugendlichen, die ihren Konsum verringert hatten. Diese berichteten von einer Verbesserung ihrer sozialen Beziehungen. Unabhängig vom Ausmass des Konsums beim ersten Gespräch bestanden bei allen Jugendlichen ziemlich erhebliche *Probleme in der Familie*. Bei einer günstigen Entwicklung des Konsums war jedoch ein Rückgang der familiären Probleme festzustellen. Einzig die Gruppe der Jugendlichen, in welcher der Konsum zugenommen hatte, gab an, die Probleme in der Familie hätten sich im Verlauf der Zeit leicht verstärkt. Abgesehen von der Gruppe der Jugendlichen, die einen mässigen Konsum aufwiesen, waren beim ersten Gespräch in allen Gruppen erhebliche *psychische Probleme* festzustellen. Bei einer günstigen Entwicklung des Konsums schienen jedoch auch die psychischen Probleme abzunehmen. Hingegen war in den Gruppen, die ihren Konsum auf einem hohen Niveau beibehalten hatten, in diesem Bereich keine entsprechende Verbesserung festzustellen. In den Gruppen der Jugendlichen, die einen hohen Konsum aufwiesen, blieben die *Konflikte mit dem Gesetz* im Allgemeinen erheblich, nahmen jedoch nicht zu. In der Gruppe, die den Substanzkonsum verringerte, war hingegen ein starker Rückgang der Probleme mit dem Gesetz festzustellen.



Der Zugang der jugendlichen Suchtmittelkonsumierenden zu den Hilfeangeboten

Die Frage des Zugangs der Jugendlichen zum Unterstützungs- und Therapienetz ist von besonderem Interesse, da durch eine frühzeitige Erkennung von Risikoverhalten eine Verschlechterung der Situation und allfällige Langzeitfolgen verhindert werden können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die meisten Jugendlichen, die an der Studie teilnahmen, angesichts ihres Konsums keineswegs beeinträchtigt oder beunruhigt zeigten, obwohl dieser verhältnismässig hoch war. Von den Jugendlichen, die auf Grund ihres Konsums eine Behandlung benötigt hätten, gaben die meisten an, sie hätten keinerlei Bedarf nach Unterstützung in diesem Bereich. Daher wurden die Kontakte erfasst, die die Jugendlichen seit der Aufnahme eines regelmässigen Konsums zu den verschiedenen Fachleuten und Versorgungsstrukturen hatten. Zu jeder Art von Kontakt (medizinisch, sozial, erzieherisch usw.) erfolgte eine systematische Befragung. Die Resultate beziehen sich auf das erste Gespräch (vgl. Abb. 2).

Abb. 2: Anzahl Jugendliche mit mindestens einem Kontakt zu einer Fachperson oder einer Versorgungsstruktur zum Zeitpunkt des ersten Gesprächs (N = 102)



Die Zahl der Kontakte der Jugendlichen war sehr unterschiedlich, wobei die Mädchen durchschnittlich mehr Kontakte aufwiesen als die Jungen. Ausserdem bestand bei den Mädchen ein Zusammenhang zwischen der Zahl der Kontakte einerseits und dem Ausmass der medizinischen, schulischen und psychischen Probleme und der Konflikte mit dem Gesetz andererseits, was bei den Jungen nicht der Fall war. Die Zahl der Kontakte stand weder in Verbindung mit dem Ausmass des Substanzkonsums noch mit dem Alter bei Aufnahme des Konsums. Am häufigsten waren Kontakte zu Allgemeinmedizinerinnen und Sozialarbeitern aus dem Bereich der offenen Jugendarbeit sowie zu Fachleuten aus dem schulischen Bereich und in Erziehungsheimen. Die psychiatrischen Einrichtungen werden wenig in Anspruch genommen. Noch seltener werden die Stellen aufgesucht, die auf den Substanzmissbrauch spezialisiert sind.



Die wichtigsten Schlussfolgerungen aus der Studie

Bei Heranwachsenden, die regelmässig konsumieren, variiert das Konsumverhalten je nach Substanz: Die meisten Jugendlichen rauchen täglich Zigaretten und Cannabis, während Alkohol eher am Wochenende punktuell, aber im Übermass konsumiert wird. Der Substanzkonsum entwickelt sich je nach Person unterschiedlich. Jugendliche, bei denen der Konsum mässig bleibt, weisen in ihrem Leben im Allgemeinen weniger Probleme und insbesondere deutlich weniger psychische Probleme auf als die anderen. Umgekehrt haben Heranwachsende mit einem hohen oder schrittweise zunehmenden Konsum mehr Probleme, und tendenziell verschlechtert sich ihre Situation in allen Bereichen. Was die Inanspruchnahme von Hilfeangeboten anbelangt, ist der Arzt die Person, die nach dem Einstieg in den Substanzkonsum von den meisten Jugendlichen aufgesucht wird. Durch das Ansprechen des Themas Substanzkonsum bei einer Arztkonsultation könnte die Art des Risikoverhaltens erfasst und eine angemessene Unterstützung angeboten werden. Die mangelnde Einsicht in Bezug auf allfällige Probleme im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum scheint sehr verbreitet zu sein. Die meisten Jugendlichen, die an der Studie teilgenommen haben, gaben an, keinen Bedarf an Unterstützung zu haben und durch ihren Konsum nicht beeinträchtigt zu sein, obwohl dieser relativ hoch war. Einige Jugendliche räumten zwar ein, dass ihr Konsum problematisch ist, doch sie waren trotzdem nicht zwangsläufig bereit, Hilfe von aussen anzunehmen.

Empfehlungen für die Praxis

Welche Erkenntnisse lassen sich aus den Beobachtungen ziehen, die im Rahmen dieser Studie gemacht wurden?

Es können drei Hauptbereiche unterschieden werden:

- a Was die Erkennung und die Erfassung der Problematik des Substanzkonsums anbelangt, scheint ein Instrument wie die ADAD besonders geeignet zu sein (10, 11). Dessen Anwendung sollte empfohlen werden, damit das Problem des Substanzkonsums ganzheitlich erfasst werden und die Betreuung gezielter erfolgen kann.
- b Hinsichtlich der Prävention bestätigen die Resultate, dass ein Ansatz notwendig ist, der in erster Linie auf die psychologischen, sozialen und familiäre Aspekte ausgerichtet ist. Diese sind bedeutende Prädiktoren für eine Zunahme des Konsums während der Adoleszenz. Wenn ein missbräuchlicher Konsum erkannt wird, ist es wichtig, dass das soziale Umfeld, die Familienanamnese und die psychischen Begleitprobleme – insbesondere depressive Störungen, die bei einem missbräuchlichen Substanzkonsum von Jugendlichen typisch sind – systematisch abgeklärt werden (12,13).

- c) Was die Hilfeangebote anbelangt, hat die Studie gezeigt, dass die Akteure aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich weitgehend ohne gemeinsame Koordination tätig sind. Vor diesem Hintergrund wurde ein neuartiger Versuch lanciert, der darauf ausgerichtet ist, Verbindungen zwischen den Fachpersonen aufzubauen, damit den Bedürfnissen der jugendlichen Suchtmittelkonsumierenden besser entsprochen werden kann (14). Dabei handelt es sich um das Projekt DEPART (Erkennung, Evaluation und Unterstützung von jugendlichen Suchtmittelkonsumierenden), ein Pilotprojekt im Bereich der offenen Betreuung von Jugendlichen und ihres persönlichen Umfelds. Dieses Projekt wurde von fünf sozialmedizinischen Einrichtungen aus der Region Lausanne entwickelt. Das Ziel besteht darin, die Erkennung, Begleitung und Betreuung von Jugendlichen zu verbessern, die einen als problematisch erachteten Substanzkonsum aufweisen. Zu diesem Zweck sollen die Verbindungen zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich ausgebaut und die langfristige Kohärenz der angebotenen Betreuung verbessert werden (15). Statt neue Versorgungsstrukturen zu schaffen, wird der Schwerpunkt auf den Ausbau der Verbindungen innerhalb des bestehenden Netzwerks gelegt. Die ersten Resultate dieser Anstrengungen sind viel versprechend. Dies motiviert die Initianten des Versuchs, ihr Projekt weiterzuführen und auszubauen.



Bibliographie

- 1 O'Malley P.M., Bachman J.G. & Johnston L.D. (1988). Period, age, and cohort effects on substance use among young Americans: a decade of change, 1976–86. *American Journal of Public Health, 78(10)*, 1315–1321.
- 2 SAMHSA (1996). *Preliminary estimates from the 1995 National Household Survey on Drug Abuse*. Advanced Report Number 18. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, August 1996.
- 3 Chen K. & Kandel D. B. (1995). The natural history of drug-use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health, 85 (1)*, 41–47.
- 4 Chen K. & Kandel D.B. (1998). Predictors of cessation of marijuana use: an event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 50 (2)*, 109–121.
- 5 Jeannin A., Narring F., Tschumper A., Inderwildi Boniventa L., Addor V., Bütikofer A., Suris J.-C., Diserens C., Alsaker F., van Melle G. & Michaud P.-A. (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.
- 6 Wills, T.A., McNamara, G., Vaccaro, D. & Hirky, A.E. (1996). Escalated Substance Use: A Longitudinal Grouping Analysis From Early to Middle Adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 105 (2)*, 166–180.

- 7 Friedman A.S. & Utada A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) Instrument). *Journal of Drug Education* 19 (4), 285–312.
- 8 Bolognini M., Plancherel B., Laget J., Chinet L., Rossier V., Cascone P., Stéphan P. & Halfon O. (2001). Evaluation of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis instrument in a Swiss sample of drug abusers. *Addiction* 96 (10), 1477–1484.
- 9 Bolognini M., Plancherel B., Laget J., Stéphan P., Chinet L., Bernard M., Halfon O. (2005). Adolescent drug use escalation and de-escalation: a 3-year follow-up study. *Addiction Research and Theory*, 13 (1), 19–33.
- 10 Chinet, L., Plancherel, B., Bolognini, M., Holzer, L., Halfon, O. (2005). Adolescent substance-use assessment: methodological issues in the use of the ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis). *Substance Use and Misuse*, 40, 405–425.
- 11 Instrument ADAD. <http://www.infoset.ch/inst/supea/adad/index.html>
- 12 Chinet L., Plancherel B., Bolognini M., Bernard M., Laget J., Daniele G., Halfon O. (2006). Substance use and depression. Comparative course in adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(3), 149–155.
- 13 Bolognini, M., Plancherel, B., Laget, J., Halfon, O., Corcos, M., Jeammé, P. (2003). Depression and dependency: which relationship? *Psychology*, 10 (2–3). 270–278.
- 14 Romaillet M., Graap C., Khosrov P., Charpentier P. (2005). L'expérience de DEPART, un projet pilote de prise en charge. *Dépendances*, 27, 11–14.
- 15 Projet DEPART. <http://www.infoset.ch/inst/depart/>

Diese Studie wurde im Auftrag und mit der finanziellen Unterstützung des BAG durchgeführt.
 Bolognini, M., Plancherel, B., Chinet, L., Daniele, G., Stéphan, P., Rossier, V., Zimmermann, G., Cascone, P., Laget J., Halfon, O. (2004). La consommation de substances à l'adolescence: Problèmes associés, trajectoires individuelles, accès aux soins. SUPEA et OFSP.

KORRESPONDENZADRESSE:
 MONIQUE BOLOGNINI
 SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE
 L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT,
 UNITÉ DE RECHERCHE
 25 A, RUE DU BUGNON
 CH-1005 LAUSANNE
 TEL.: +41(0)21 314 74 92
 E-MAIL: MONIQUE.BOLOGNINI@CHUV.CH



5 > Wirkungen eines Interventionsprogramms für gefährdete Jugendliche: *supra-f*

GEBHARD HÜSLER

ZENTRUM FÜR REHABILITATIONS- UND GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE
DER UNIVERSITÄT FRIBOURG

Zusammenfassung

supra-f steht für ein Suchtpräventions- und Forschungsprogramm, das in 7 Kantonen der Schweiz lokale Präventionsprogramme für gefährdete Jugendliche anbietet. Gefährdung wird nicht primär als Suchtgefährdung verstanden, sondern als Gefährdung für eine soziale Desintegration in schulischer und beruflicher Hinsicht. Die Evaluation der Programme zeigt, dass vorab Jugendliche, die den schulischen Abschluss bzw. den beruflichen Einstieg zu verpassen drohen, positive Veränderungen im psychischen Befinden, beim externalen Verhalten und teilweise beim Substanzkonsum aufweisen.

Hintergrund

Mit *supra-f* hat das BAG Ende der 90er Jahre erstmals nachhaltig in die bislang vernachlässigte Sekundärprävention investiert. Ziel war, für das Segment der gefährdeten Jugendlichen gemeinde-nahe Frühinterventionsansätze zu evaluieren. Den beteiligten Kantonen und Gemeinden wurde ein verbindlicher Rahmen vorgegeben, der aber doch eine recht hohe Differenzierung der Einzelprojekte zuließ. Dieses Zulassen regionaler Bedürfnisse war für die Begleitforschung ohne Zweifel eine Knacknuss, für den längerfristigen Erfolg von *supra-f* aber unerlässlich. Auch nach Abschluss der Bundesunterstützung Ende 2003 bestehen alle 12 Präventionsprogramme weiter.



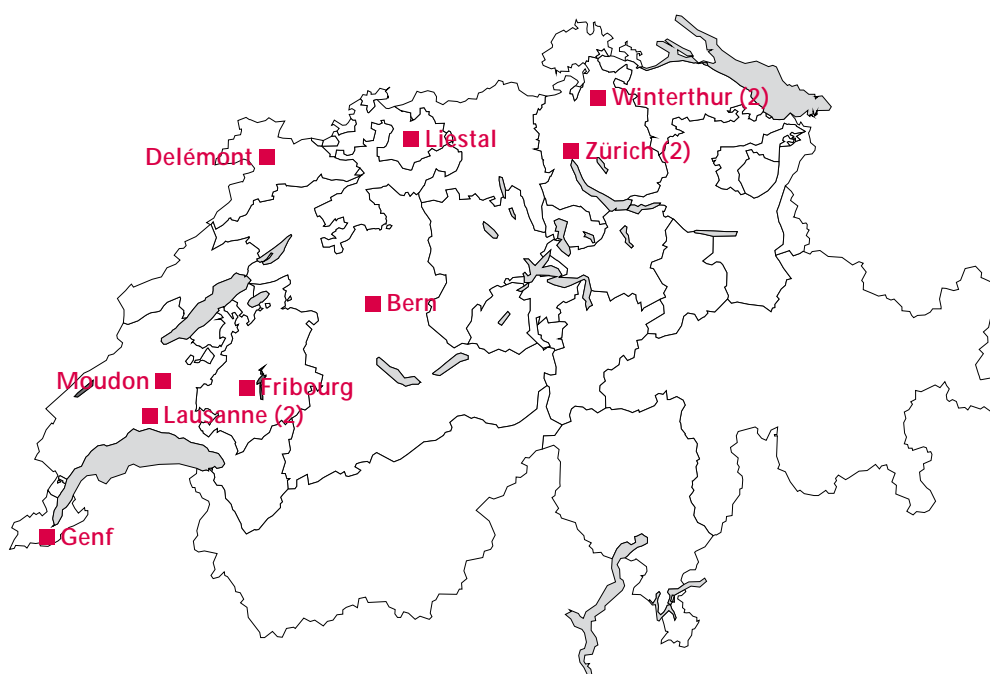
Ziel

Der Auftrag an die *supra-f*-Forschung war, die Machbarkeit und Wirksamkeit der Interventionen mit den Methoden der Wissenschaft zu überprüfen. Dahinter stand das Anliegen, bei Entscheidungsträgern und Praktikern die Sensibilisierung für Fragen nach der Wirksamkeit zu fördern. Angesichts der knappen Ressourcen und der doch zunehmenden und berechtigten Zweifel über den Nutzen mancher Primärprävention wird der Legitimationsdruck wohl schon bald auch für die Prävention zunehmen. In der breiten Palette der Präventionsangebote werden Entscheidungsträger besser zwischen wirksamen und unwirksamen Angeboten unterscheiden wollen.

Die *supra-f*-Programme

Die 12 *supra-f*-Programme sind über die ganze Schweiz verstreut (vgl. Abb. 1). Sie haben von Montag bis Freitag tagsüber geöffnet und bieten eine Vielzahl sozialpädagogischer und schulischer Fördermassnahmen an. Einige Programme bieten zudem den von der Schule weggewiesenen «unhaltbaren» Schüler/innen die Möglichkeit, einen regulären Schulabschluss zu erlangen. Die Programme unterscheiden sich nach den angebotenen Leistungen und nach ihrem Strukturierungsgrad; darunter ist die vom Programm für die Jugendlichen zur Verfügung gestellte Zeit gemeint (vgl. Abb. 2).

Abb. 1: *supra-f*-Programme in der Schweiz



Die 12 *supra-f*-Programme und ihre Standorte:

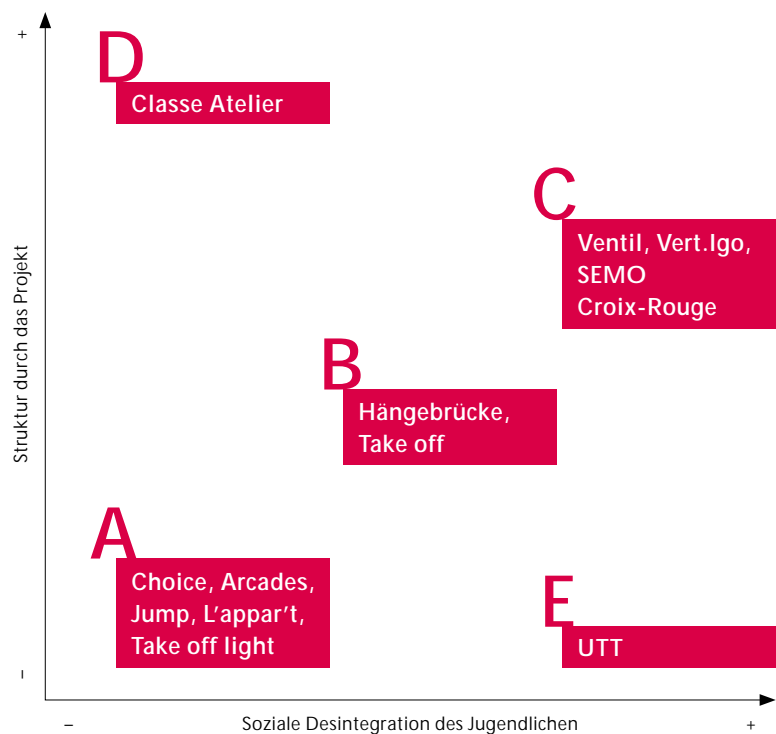
Winterthur: Jumpina & Jump
Zürich: Ventil & Vert.Igo
Liestal: Take off
Delémont: Classe Atélier
Bern: Hängebrücke
Fribourg: Choice
Moudon: Arcades
Lausanne: L'Appar't & UTT
Genf: SEMO Croix-Rouge

Methode

Um die unterschiedlichen Strukturen der *supra-f*-Projekte vergleichen zu können, wurde der *Aktionsplan* entwickelt (1), ein Instrument, welches die Erfassung der Aktivitäten und der dafür aufgewendeten Zeit erlaubt. Dieses Instrument wird von allen *supra-f*-Programmen eingesetzt, um programmbezogene Aktivitäten zu erfassen. Auf diese Weise können die unterschiedlichen Interventionsmuster beschrieben werden. Die Ausgestaltung des Aktionsplanes umfasst Ober- und Unterkategorien. Die Oberkategorien lassen sich umschreiben als: Beratungsaktivitäten, Aktivitäten im Bereich Schule und Lehre, Projektarbeiten und Freizeitaktivitäten. Zu Beratungsaktivitäten gehören beispielsweise die individuelle Beratung, die alle Themen umfassen und geplant oder spontan (auch telefonisch) stattfinden kann. Zu Aktivitäten im Bereich Schule und Beruf lassen sich Einzel- und Gruppenunterricht in den Räumlichkeiten des Programms,

Schulunterricht und Stoffaufarbeitung mit konkreter Zielsetzung (z. B. Sprachkurse für Schulentlassene) zuordnen. Zur Kategorie Arbeit zählen zeitlich begrenzte Arbeitseinsätze in städtischen oder privaten Institutionen, interne Werkstattarbeiten sowie Einrichtungsarbeiten. Zu Freizeitaktivitäten gehören Lager und der Aufenthalt in *supra-f*-Lokalitäten ohne ein spezifisches Angebot. *supra-f*-Programme können nach Struktur, Inhalt und Intensität verglichen werden. Auf der Seite der Jugendlichen lassen sich Unterscheidungsmerkmale nach Geschlecht, Alter, sozialen Ausgangsbedingungen (Nationalität, Familienstruktur etc.) und den Problembereichen der Jugendlichen treffen. Auf der Effektseite besteht die Erwartung, dass sich diese Programme positiv auf das Befinden und Verhalten der Jugendlichen auswirken. Beim Befinden sind Stimmungsschwankungen, Depression und Ängstlichkeit etc. angesprochen, auf der Verhaltensseite Substanzkonsum, delinquentes Verhalten, schulische und berufliche Integration.

Abb. 2: Programme entlang der Achsen soziale Desintegration und Struktur gebende Massnahmen



Die als *A-Programme* bezeichneten Einrichtungen stehen den Jugendlichen 4–5 Stunden pro Woche zur Verfügung, während die *B-Programme* 18 und mehr Stunden Betreuung pro Jugendlichen aufwenden. Diese *B-Programme* machen mehr und intensivere Angebote und weisen eine umfassendere Infrastruktur auf als die *A-Programme*. Sie verfügen z. B. über Schulungs- und Werkräume und können Auftragsarbeiten übernehmen. Dies erlaubt ihnen mit eher desintegrierten Jugendlichen, z. B. Time-out-Schülern und Lehrabbrechern, zu arbeiten. Die *C-Programme* sind den *B-Programmen* sehr ähnlich. Der Hauptunterschied

besteht darin, dass sie eine noch intensivere Betreuung leisten und die Jugendlichen meist stark desintegriert sind. Die zwei *D- und E-Programme* sind Prototypen. Das *D-Programm* ist eine neunte Schulklasse, die mit verhaltensauffälligen Jugendlichen arbeitet, die überdies noch Schulschwierigkeiten haben. Das *E-Programm* bietet für ältere Jugendliche Hilfe in der beruflichen Integration. Die Programme können gleichzeitig 15–20 Jugendliche während rund sechs Monaten betreuen. Die meisten Jugendlichen werden von der Schule zugewiesen, einige auch von der Jugendanwaltschaft oder anderen Behörden und Diensten. Für die Aufnahme in das Programm ist die Zustimmung des Jugendlichen und seiner Eltern notwendig. Die meisten *supra-f-Programme* werden durch eine bestehende Institution der Jugendhilfe geführt.

Soziale Ausgangslage

Die soziale Ausgangslage (Elternhaus, Schulkarriere, Heimaufenthalt) eines Jugendlichen hat einen *moderierenden* Einfluss auf die Gesamtgefährdung: Bei Vorliegen von Risikofaktoren (Substanzkonsum, externale Verhaltensprobleme, schlechte Befindlichkeit) kann eine günstige soziale Ausgangslage die Jugendlichen schützen. Wenn die Eltern zusammen leben und der Jugendliche die Schule ohne grössere Schwierigkeiten durchläuft, bezeichnen wir das als eine günstige soziale Ausgangslage. Andere Jugendliche mit denselben Risikofaktoren und zusätzlich einer belasteten sozialen Ausgangslage sind dagegen erheblich in ihrer weiteren Entwicklung gefährdet. Dieser Befund verweist auf die Bedeutung der *selektiven* Prävention, nach welcher die Prävention gezielt denjenigen Bevölkerungsgruppen zukommen soll, die sie besonders benötigen.

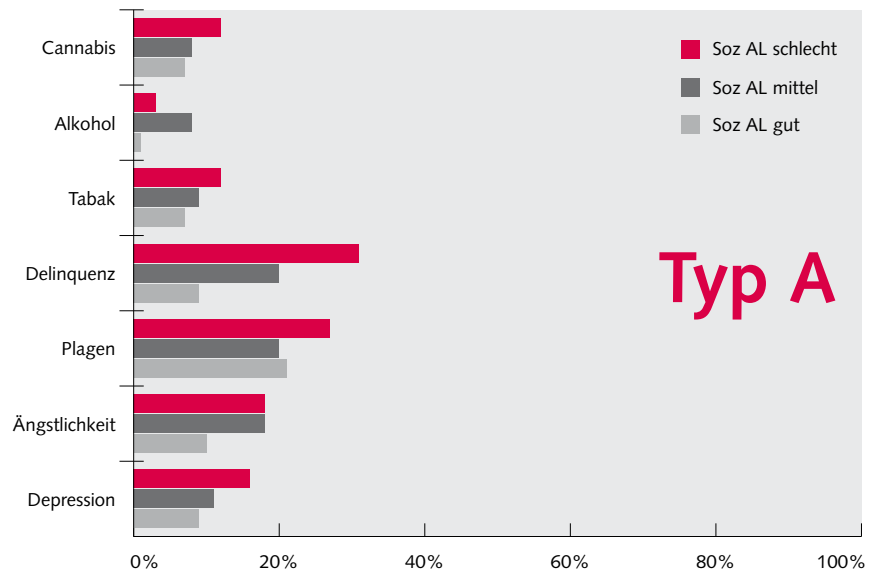


Resultate

Die Wirkung der *supra-f*-Programme wird anhand der sozialen Ausgangslage (gut, mittel, schlecht) und nach dem Typ der Programme dargestellt. Dabei werden zwei Befindensparameter (Depression, Ängstlichkeit), zwei externe Verhaltensweisen (Plagen, Delinquenz) und drei Substanzvariablen (Tabak, Alkohol, Cannabis) gezeigt (vgl. Abb. 3–8). Operationalisierung der Variablen in allen Tabellen: Depression (2), Skala mit 15 Items, fünfstufig. Ängstlichkeit (STAI) (3), Skala mit 20 Items, vierstufig. Plagen (4), 4 Items, vierstufig. Delinquenz: Eigenkonstruktion nach (5) mit 13 Items, Ja/nein-Antwortformat. Tabak (6), 1 Item, sechsstufig. Alkohol (6), Skala mit 5 Items, fünfstufig. Cannabis (6), 1 Item, fünfstufig. Für alle Konsumvariablen gilt: Konsum während den letzten 30 Tagen (vgl. auch 7,8). Die Ergebnisse beziehen sich auf die Follow-up-Messung rund 1 Jahr nach Programmende.

Die Veränderungen in den *A-Programmen* sind bezogen auf Depression und Ängstlichkeit gering. Bezogen auf Plagen und Delinquenz etwas grösser (>20% Veränderung). Beim Substanzkonsum gibt es wiederum nur geringe Verbesserungen. Bedeutsam ist aber, dass jeweils Jugendliche mit einer schlechten sozialen Ausgangslage die grössten günstigen Veränderungen aufweisen (vgl. Abb. 3).

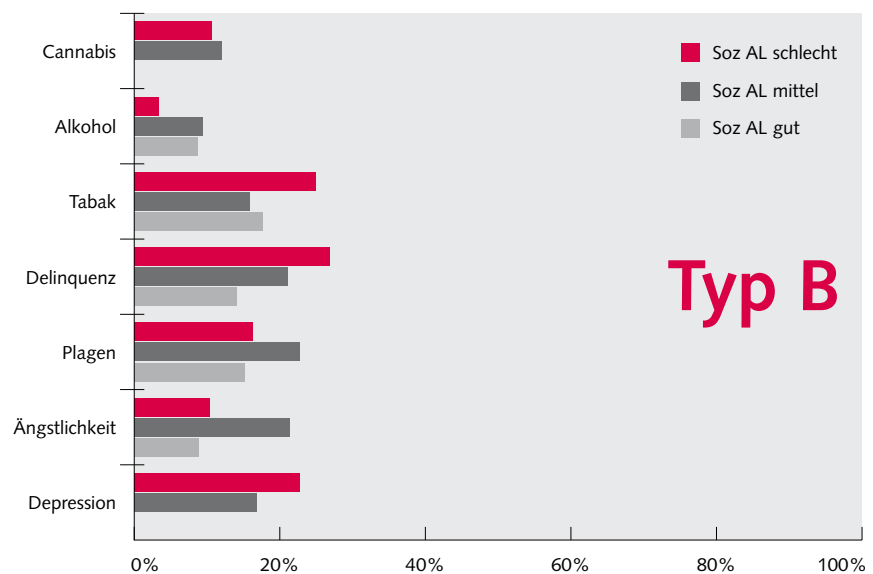
Abb. 3: Anteil Jugendlicher mit Verbesserungen in *A-Programmen*, 1 Jahr nach Programmabschluss, in Prozenten.





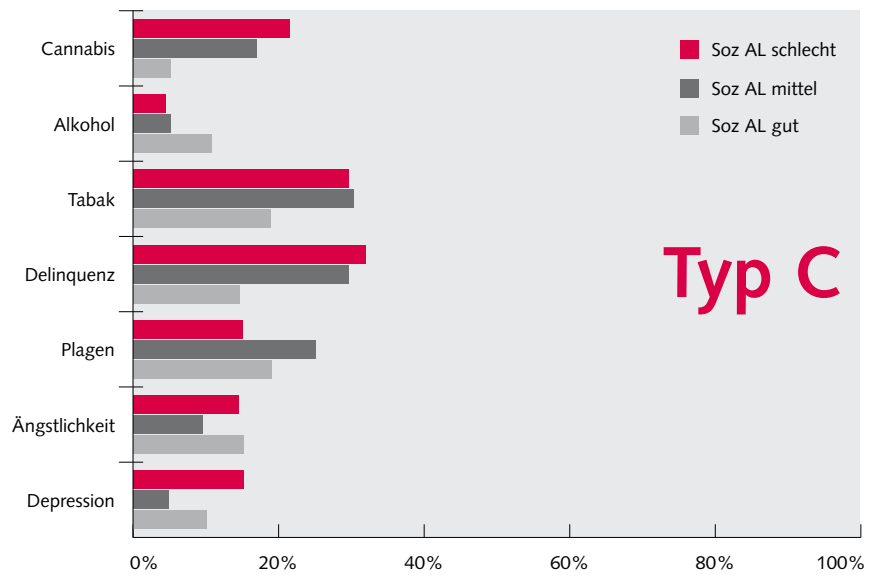
Die *B-Programme* haben bezogen auf das Befinden geringe Veränderungen (< 20%), bei den externalen Verhaltensweisen sind die Effekte deutlicher. Bei den Substanzen sind lediglich die Veränderungen im Tabakkonsum erwähnenswert. Auch hier ist auffällig, dass Jugendliche mit mittlerer und schlechter sozialer Ausgangslage mehr Veränderungen haben (vgl. Abb. 4).

Abb. 4: Anteil Jugendlicher mit Verbesserungen in B-Programmen, 1 Jahr nach Programmabschluss, in Prozenten.



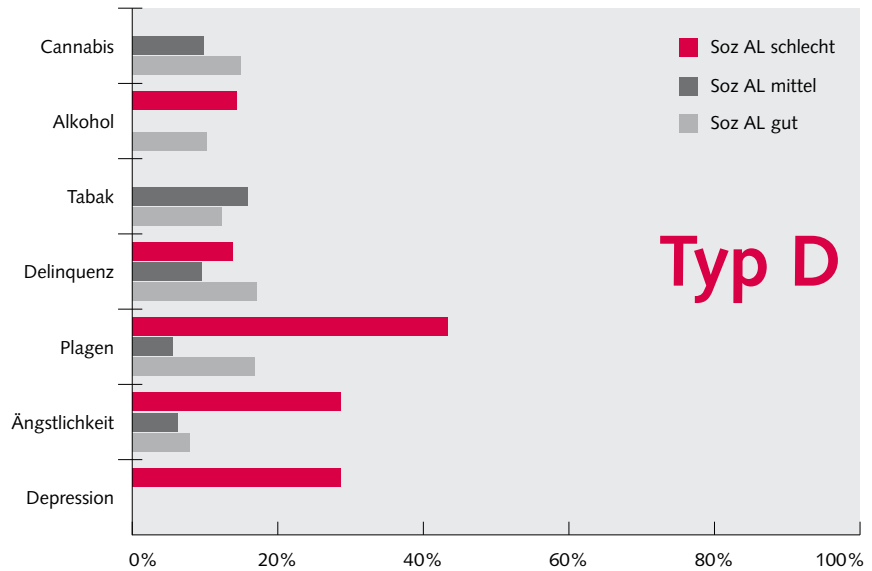
Die C-Programme weisen hinsichtlich Befinden geringe, hinsichtlich externer Verhaltensweisen etwas bessere (>20%) und hinsichtlich Substanzkonsum vorab beim Tabak- und Cannabis-konsum bedeutsame Veränderungen auf. Auch hier zeigt sich, dass Jugendliche mit mittlerer und schlechter sozialer Ausgangslage mehr profitieren (vgl. Abb. 5).

Abb. 5: Anteil Jugendlicher mit Verbesserungen in C-Programmen, 1 Jahr nach Programmabschluss, in Prozenten.



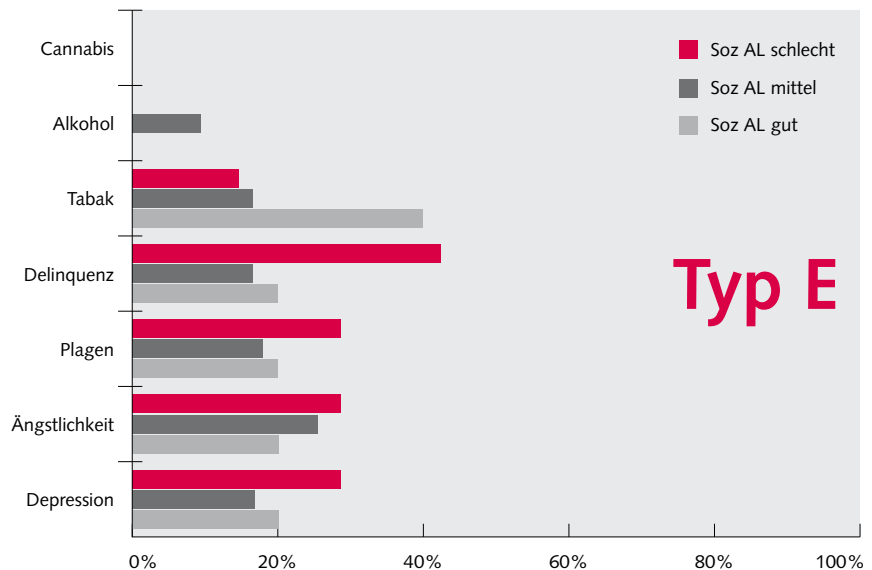
Das *D-Programm* entfaltet seine Wirkung vorab bei den Jugendlichen mit schlechter sozialer Ausgangslage (vgl. Abb. 6)

Abb. 6: Anteil Jugendlicher mit Verbesserungen im *D-Programm*, 1 Jahr nach Programmabschluss, in Prozenten



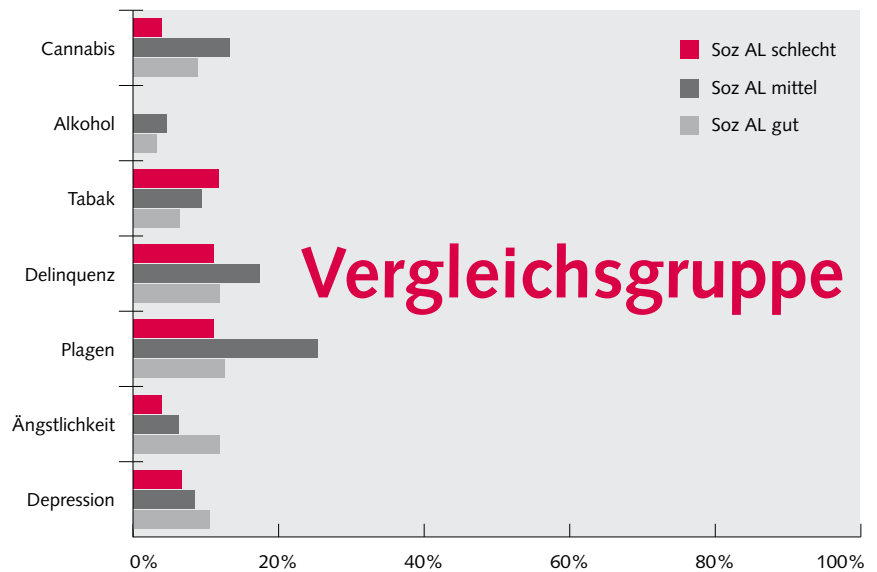
Das *E-Programm* hat im Vergleich mit allen anderen Programmen mittlere Veränderungen (>20%) in den Befindensparametern und bei den externalen Verhaltensweisen. Deutlich ist der Rückgang beim Tabakkonsum; beim Cannabiskonsum zeigen sich hingegen keine Verbesserungen (vgl. Abb. 7).

Abb. 7: Anteil Jugendlicher mit Verbesserungen im *E-Programm*, 1 Jahr nach Programmabschluss, in Prozenten.



Wir können schlussfolgern, dass a) die Programme unterschiedliche Prozentanteile an Veränderungen aufweisen und b), dass praktisch in allen Programmen Jugendliche mit einer schlechten sozialen Ausgangslage deutlich mehr von der Intervention profitieren als Jugendliche mit mittlerer oder guter sozialer Ausgangslage. Da die Programme, bedingt durch ihr Angebot, indirekt eine Selektion der Jugendlichen vornehmen, befinden sich unterschiedliche Anteile von Jugendlichen mit guter, mittlerer bzw. schlechter sozialer Ausgangslage in den Programmen. Daher können auch die günstigen Veränderungen nicht in allen Programmtypen dasselbe Ausmass haben. Die Veränderungen in der Vergleichsgruppe sind deutlich geringer als in der Interventionsgruppe (vgl. Abb. 8). Zudem zeigt sich auch in der Vergleichsgruppe, dass der Anteil mit Verbesserungen bei Jugendlichen mit schlechter sozialer Ausgangslage geringer ist als bei solchen mit günstiger sozialer Ausgangslage.

Abb. 8: Anteil Jugendlicher mit Verbesserungen in der Vergleichsgruppe, 1 Jahr nach Programmabschluss, in Prozenten.



Zusammenfassung

Die Programme A bis E decken unterschiedliche Bedürfnisse bei den Jugendlichen und in den Gemeinden ab. *Typ-A-Programme* bieten für noch schulisch integrierte Jugendliche Hilfen an, damit die schulische Integration erhalten bleibt. Sie entlasten so Schule und Elternhaus. *Typ-B- und -C-Programme* sind für bereits schulentlassene und noch nicht beruflich integrierte Jugendliche gedacht, damit ihre berufliche Integration gelingen kann. Das *Typ-D-Programm* verbindet zwei Aspekte: Für noch nicht schulentlassene Jugendliche, die darüber hinaus stark sozial auffällig sind, soll der Eintritt ins Berufsleben geebnet werden. Das *Typ-E-Programm* bietet für schulentlassene Jugendliche mit noch guter sozialer Integration Hilfe für den Berufseinstieg an. Mehrfach wurde deutlich, dass Jugendliche mit schlechter sozialer Ausgangslage überproportional vom Angebot der Programme profitieren.

Empfehlungen für die Prävention

Die Forschungsbefunde des *supra-f*-Programms geben Hinweise dafür, wie Gemeinden und Kantone ihre Prävention für gefährdete Jugendliche gestalten können. Von grundlegender Bedeutung scheinen solche Massnahmen zu sein, die den oft instabilen Jugendlichen *Struktur* geben. Der Grad an Strukturierung des Programms und die Intensität der psycho-sozialen Angebote sollten sich an den Gefährdungsgrad der Jugendlichen richten. Eine Beschreibung der Jugendlichen bezüglich ihrer sozialen Integration, der sozialen Ausgangslage und ihrer internalen und externalen Auffälligkeiten ist daher sehr zu empfehlen.



Bibliographie

- 1 Hüsler, G., Werlen, E. Sigrist, M. & Rehm, J.E. (2005a). The action plan: *Substance use and misuse*, 40(6), 761–777.
- 2 Hautzinger, M. & Bailer, M. (1983). ADS. Allgemeine Depressionsskala. Weinheim. Beltz.
- 3 Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). Das State-Trait-Angstinventar (STAI), Weinheim. Beltz.
- 4 Alsaker, D.F. & Brunner, A. (1999). Plagen. *School Psychology International*. 10, 147–158.
- 5 Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. Van Kammen, W & Farrington, D. (1989). Development of a new measurement 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 Academic Publishers.
- 6 Arènes, J. Janvrin, M.P. & Baudier, F. (1998). *Baromètre Santé jeunes 97/98*. Paris. Editions CFES.
- 7 Hüsler, G. Blakeney, R. & Werlen, E (2005c). Evaluation of a national indicated preventive intervention program. *Journal of Community Psychology*, 33(6), 705–725.
- 8 Hüsler, G. & Werlen, E. (2005). *supra-f: Ein Suchtpräventions-Forschungsprogramm*. Schlussbericht. Zentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie.

Diese Studie wurde im Auftrag des BAG realisiert.

Hüsler, G. & Werlen, E. (2005). *supra-f: Ein Suchtpräventions- und Forschungsprogramm für gefährdete Jugendliche*. Schlussbericht. Zentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie.

KORRESPONDENZADRESSE:
GEBHARD HÜSLER
ZENTRUM FÜR REHABILITATIONS- UND
GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE DER UNIVERSITÄT
FRIBOURG
RTE ENGLISBERG 7
CH-1763 GRANGES-PACCOT
TEL. +41 (0)26 300 76 54
E-MAIL: GEBHARD.HUESLER@UNIFR.CH



6 > Soziale Ausgangslage, Vulnerabilität und Substanzkonsum: Ein Instrument zur Diagnostik

GEBHARD HÜSLER

ZENTRUM FÜR REHABILITATIONS- UND GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE
DER UNIVERSITÄT FRIBOURG

Zusammenfassung

In der sekundären Prävention ist es noch wenig üblich, flächendeckend mit diagnostischen Methoden zu arbeiten. Wir schlagen hier eine multidimensionale Diagnostik vor, die populationsbezogen und auf der Ebene des Individuums den Grad der Gefährdung bestimmen kann. Die multidimensionale Diagnostik beruht auf der Verknüpfung von vier Parametern: soziale Ausgangslage, internale, externale Probleme und Substanzkonsum. Die soziale Ausgangslage und Befindensbeeinträchtigungen stehen in einem gewissen Zusammenhang. So sind Jugendliche mit einer schlechten sozialen Ausgangslage eher von einer Befindensbeeinträchtigung betroffen. Allerdings spielt hier das Geschlecht eine Rolle. Mädchen sind bezogen auf soziale Veränderungen robuster als Jungen. Die soziale Ausgangslage ist in jedem Fall ein guter Prädiktor für den Substanzkonsum, insbesondere des Cannabiskonsums. Je schlechter die Ausgangslage, desto höher der Substanzkonsum.

Hintergrund

Vor dem Hintergrund der *supra-f*-Studie (vgl. Artikel in diesem Band) wurde die multidimensionale Diagnostik entwickelt. Da Risikoverhalten nicht auf alle Jugendlichen gleich verteilt ist, ist es notwendig, jene Jugendlichen zu finden, die tatsächlich gefährdet sind. Jugendliche mit bestimmten soziodemografischen oder psychischen Merkmalen zeichnen sich durch ein stärkeres bzw. geringeres Risikoverhalten aus. Die primäre Prävention vernachlässigt diese Tatsache. Die sekundäre Prävention ist aber derzeit noch nicht so weit, dass sie mit einer gewissen Verlässlichkeit jene Jugendlichen identifizieren kann, die einen grossen Teil der Risiken auf sich vereinen.

Ziel

Die multidimensionale Diagnostik soll die Verbreitung unterschiedlicher Muster von Risikofaktoren in einer Population Jugendlicher erfassen und beschreiben. Damit soll ein Instrument zur Verfügung stehen, das es ermöglicht, frühzeitig geeignete Massnahmen für gefährdete Jugendliche und junge Erwachsene abzuleiten.

Methode und Population

Es ist weitgehend anerkannt, dass Risiken bzw. Gefährdungen auf mehreren Dimensionen abgebildet werden können. So lassen sich strukturelle von personalen Risiken unterscheiden. Weiter lassen sich personale Risiken hinsichtlich verschiedener psychologisch relevanter Parameter unterscheiden. Vier Parameter gehen in die multidimensionale Diagnostik ein: Die *soziale Ausgangslage* beschreibt folgende Lebensbereiche: Die Eltern bzw. die Familie (lebt ohne Mutter bzw. Vater, Eltern getrennt oder geschieden, Mutter bzw. Vater unbekannt bzw. verstorben). Die Schule (Anzahl Schulwechsel, Anzahl Schuljahre wiederholt) bzw. der Beruf (abgebrochene Lehre), Lebensumstände (Anzahl Umzüge, Aufenthalt in Heim, Gefängnis, Psychiatrie).

Internale Symptome: Hier werden Fragen zur Depressivität, zur Ängstlichkeit und zur Suizidalität gestellt.

Das *externale Verhalten* umfasst 5 verschiedene Bereiche: Aggressives, antisoziales Verhalten, soziale Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme und Hyperaktivität. Darüber hinaus wird in einem weiteren Fragebogen das delinquente Verhalten erfasst.

Substanzgebrauch: Bei den Substanzen werden hauptsächlich Alkohol, Cannabis und Tabak erfasst. Zu jeder Substanz werden folgende Fragen gestellt: Konsum ja/nein, wenn ja, wann begonnen (Lebenszeitprävalenz) und der Konsum bezogen auf die letzten 30 Tage. Darüber hinaus wird eine Liste von weiteren weniger häufig konsumierten Substanzen dargeboten.

Abb. 1: Bedingungsmodell zur Abschätzung der Gefährdung

Soziale Ausgangslage	Internale Symptome	Externale Symptome	Substanzkonsum	Gesamtrisiko
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3



Die vier zuvor beschriebenen Parameter lassen sich dann zu einem Mass verbinden, das a) eine Gesamtaussage über den Gefährdungsgrad (keine = 1, mittlere = 2, deutliche Gefährdung = 3) erlaubt und b) die Gefährdung bezogen auf einen Parameter anzeigt. Jugendliche, die nicht den geraden Parcours Schule, Berufsausbildung und Berufseinstieg mit Karriereplanung gehen, sondern auf ihrem Lebensweg auf Hindernisse stossen, die durch ihre psychische Konstitution oder ihres problematischen Umfeldes wegen (meistens ist es eine Verbindung von beiden) bedingt sind, haben es schwerer, einen Platz in der Gesellschaft zu finden. Deshalb müssen die Adressaten einer Gefährdungsdiagnostik jene Jugendlichen sein, die sich auf dem Weg einer schulischen oder beruflichen Desintegration befinden. Für einen Testlauf eignen sich daher Jugendliche aus den 12 *supra-f*-Programmen, die Jugendliche mit unterschiedlichen Risikomeerkmalen betreuen, sowie Jugendliche aus den Motivationssemestern (Brückenangebote für Schulabgänger ohne Lehrstelle). Zur Kontrolle der externen und internen Validität können Datenerhebungen in Schulen herangezogen oder auch Datenvergleiche mit den repräsentativen Erhebungen der Fachstelle für Alkohol und andere Drogen (1) oder der SMASH-Studie (2) und der ESPAD (3) durchgeführt werden.

Resultate

Datenerhebung: Seit September 2004 wurden laufend Jugendliche in den erwähnten Strukturen befragt. Die Erhebung umfasste rund 3300 Jugendliche aus den 12 *supra-f*-Programmen, aus ausgewählten Motivationssemestern des seco (4) sowie aus Schulen des Kantons Freiburg.

Datenanalyse: Bei der Datenanalyse stehen die Risiken bzw. die psychosoziale Gefährdung der Jugendlichen im Vordergrund: Befinden, Verhaltensauffälligkeiten und Substanzkonsum. Das in Abbildung 1 vorgestellte Modell leitet auch die Datenanalyse an. Die Daten werden jeweils unter folgenden Gesichtspunkten analysiert: Soziale Ausgangslage, Befindensbeeinträchtigung und Substanzkonsum. Tabelle 1 ist zu entnehmen, dass sich in der Stichprobe aus den Schulen erwartungsgemäss der grösste Anteil im Bereich «Gute soziale Ausgangslage» befindet, in den anderen Stichproben entsprechend weniger. Keine Unterschiede finden sich zwischen den Geschlechtern.

Tabelle 1: Soziale Ausgangslage im Vergleich (Schule, *supra-f*, Motivationssemester)

	soz AL	Schule	<i>supra-f</i> 11–15	<i>supra-f</i> 16–20	Motivationssemester
männlich	gut	161 (54%)	195 (45%)	175 (36%)	232 (31%)
	mittel	108 (36%)	147 (35%)	156 (32%)	260 (35%)
	schlecht	30 (10%)	83 (20%)	152 (32%)	252 (34%)
weiblich	gut	149 (52%)	87 (50%)	101 (36%)	248 (39%)
	mittel	112 (40%)	53 (31%)	87 (32%)	208 (32%)
	schlecht	22 (8%)	33 (19%)	87 (32%)	185 (29%)
Total		582	598	758	1385
missing		0	32	82	2

soz AL = Soziale Ausgangslage

Befindensbeeinträchtigungen werden über die zwei Masse Depression und Angst bestimmt, wobei jeweils die geschlechts- und altersbezogenen Grenzwerte beachtet werden. Aus Tabelle 2 ist ersichtlich, dass wiederum in der Schulstichprobe und bei den 11–15-jährigen *supra-f*-Jugendlichen die Anteile an psychischen Beeinträchtigungen am tiefsten sind. Erwartungsgemäss zeigen Mädchen einen höheren Anteil von psychischen Beeinträchtigten als Jungen.

Tabelle 2: Psychische Beeinträchtigung im Vergleich (Schule, *supra-f*, Motivationssemester)

	Befindensbeeinträchtigung	Schule	supra-f 11–15	supra-f 16–20	Motivationssemester
männlich	ohne	250 (85%)	333 (76%)	356 (69%)	459 (63%)
	mit	43 (15%)	107 (24%)	158 (31%)	265 (37%)
weiblich	ohne	210 (75%)	111 (62%)	160 (52%)	380 (60%)
	mit	70 (25%)	68 (38%)	150 (48%)	255 (40%)
Total		573	619	824	1359
missing		9	12	16	28



Tabakkonsum

In einem nächsten Schritt soll der Zusammenhang zwischen sozialer Ausgangslage und Substanzkonsum geprüft werden.

Ein Zusammenhang zwischen der sozialen Ausgangslage und dem Tabakkonsum in den letzten 30 Tagen besteht. Jugendliche mit einer schlechten sozialen Ausgangslage haben jeweils die höchsten Anteile am Tabakkonsum. Dies unabhängig von der betrachteten Stichprobe. Jugendliche mit einer guten sozialen Ausgangslage rauchen deutlich weniger als solche mit einer schlechten Ausgangslage (Schule: 14% vs. 38%; *supra-f* 11–15-Jährige: 44% vs. 61%; *supra-f* 16–20-Jährige: 66% vs. 81%; Motivationssemester: 49% vs. 65%).

Alkoholkonsum

Die Zahlen zum Alkoholkonsum der letzten 30 Tage bestätigen den Trend, den wir bereits beim Zigarettenkonsum festgestellt haben. Jugendliche mit einer guten sozialen Ausgangslage haben eine geringere Konsumrate als diejenigen mit einer schlechten Ausgangslage (Schule: 50% vs. 76%; *supra-f* 11–15-Jährige: 59% vs. 74%; *supra-f* 16–20-Jährige: 74% vs. 80%; Motivationssemester: 60% vs. 75%).

Cannabiskonsum

Auch beim Cannabiskonsum unterscheiden sich Jugendliche mit einer guten sozialen Ausgangslage deutlich von denjenigen mit schlechter Ausgangslage (Schule: 10% vs. 36%; *supra-f* 11–15-Jährige: 23% vs. 49%; *supra-f* 16–20-Jährige: 46% vs. 63%; Motivationssemester: 24% vs. 42%).

Empfehlungen für die Prävention

Nicht alle Jugendlichen sind gleichermassen von einem Problem betroffen. Wir sehen immer deutlicher, dass nur bestimmte Kinder und Jugendliche in einem erheblichen Ausmass Befindensstörungen, erhöhten Substanzkonsum oder Gewalt zeigen. Die Vorläufer dieser Störungen werden von der Entwicklungspsychopathologie beschrieben. Die Stichworte bilden hier Vulnerabilität und Resilienz. Die Vulnerabilität beschreibt jene Faktoren, die Jugendliche für Risiken bzw. Gefährdung anfällig machen. Zur Resilienz zählen jene Faktoren, die eine gewisse Widerstandsfähigkeit bilden, um auch aus widrigen Umständen gestärkt herauszukommen. Deshalb ist es ratsam, den präventiven Fokus auf jene Gruppen von Jugendlichen zu richten, die *tatsächlich* gefährdet sind, ein ernsthaftes Problemverhalten zu entwickeln. Die hier vorgestellte multidimensionale Diagnostik erlaubt eine Differenzierung hinsichtlich Gefährdung der Jugendlichen und sollte deshalb eine breite Anwendung in der sekundären Prävention finden.

Bibliographie

- 1 Kuendig, H., Kuntsche, E., Delgrande Jordan, M., & Schmid, H. (2003). Befragung zum Gesundheitsverhalten von 11- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern – Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (sfa/ispa).
- 2 Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., Suris J.C., Diserens, C., Alsaker, F., & Michaud, P.-A. (2004). Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz 2002. SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne: Institut Universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé, 95b).
- 3 Gmel, G., Rehm, J., Kuntsche, E., Wicki, M. & Grichting, E. (2003). Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (sfa/ispa).
- 4 seco; www.seco.admin.ch

Diese Studie wurde im Auftrag des BAG realisiert.
Hüsler, G., Werlen, E. & Bär, M. (2006). Soziale Ausgangslage, Vulnerabilität und Substanzkonsum bei gefährdeten Jugendlichen. Schlussbericht. Zentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie der Universität Fribourg.

KORRESPONDENZADRESSE:
GEBHARD HÜSLER
ZENTRUM FÜR REHABILITATIONS- UND
GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE DER UNIVERSITÄT
FRIBOURG
RTE ENGLISBERG 7
CH-1763 GRANGES-PACCOT
TEL. +41 (0)26 300 76 54
E-MAIL: GEBHARD.HUESLER@UNIFR.CH

