



supra-f Kohortenstudie

Risikoverhalten

Psychische Gesundheit

Soziale Integration Gewalt

Risikofaktoren

Präventionszentren

Schutzfaktoren

Frühintervention

Cannabis

Delinquenz

Alkohol

Beratungsstellen

Soziale Benachteiligung

Wirksamkeit

Innovation

Implementierung Psychosoziale D

Präventionsprogramm

Alkohol

Kiffer

Kohortenstudien

Risikoverhalten Drogen Wirksamkei

vation supra-f Cannabissucht Soziale Inte

gration Prävention Psychosoziale Gesundheit

Delinquenz Risikofaktoren Schutzfaktoren

Was haben wir gelernt?

> 10 Jahre *supra-f*

Erkenntnisse und Folgerungen für die Frühintervention

Im Rahmen von drei Massnahmenpaketen zur Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz hat das Bundesamt für Gesundheit BAG einige langjährige Präventionsprogramme gemeinsam mit nationalen Partnern durchgeführt. Die Publikationsreihe «Was haben wir gelernt?» hat das Ziel, die wichtigsten Erkenntnisse zu dokumentieren und so einen Beitrag zur Evidenz basierten Prävention zu leisten. Adressaten sind Entscheidungsträger bei Behörden und Gesundheitsdiensten sowie Praktiker in der Prävention, Beratung und Jugendhilfe.

Bisher sind erschienen:

- > Prävention im Sport (2004)
- > Prävention im Jugendheim (2005)
- > Prävention in der Jugendarbeit (2005)
- > Prävention bei gefährdeten Jugendlichen (2006)
- > «Realize-it» – Evaluation einer Kurzintervention bei Cannabisabhängigkeit (2008)
- > **10 Jahre supra-f: Erkenntnisse und Folgerungen für die Frühintervention (2008)**

Impressum

Herausgeber:

- Bundesamt für Gesundheit BAG
- Infodrog

Redaktion:

- Bernhard Meili, Infodrog

Fotos:

- Christoph Hoigné, Bern

Bezugsquelle:

Bundesamt für Gesundheit
Sektion Drogen
3003 Bern
walter.minder@bag.admin.ch

Publikationszeitpunkt:

Oktober 2008

Auflage:

600 Ex. deutsch, 250 Ex. französisch

Gestaltung:

visu'l AG, Bern

Druck:

Merkur Druck AG, Langenthal

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier



> Vorwort

Zu Beginn der 90er Jahre, als die offenen Drogenszenen weit oben auf der Sorgenskala vieler Politiker, Fachleute und Bürger/innen lagen, beschloss der Bundesrat ein erstes Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro I). Im Rahmen des Viersäulenmodells unterstützte der Bund landesweit Massnahmen in den Bereichen der Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression. Therapie und Schadensminderung waren Arbeitsfelder, in denen es in erster Linie darum ging, das Versorgungsangebot für Drogenabhängige in den Kantonen anzupassen und zu optimieren. Der Auftrag an die Prävention war schwieriger zu formulieren. Die beteiligten Akteure forderten mehr und bessere Prävention. Allerdings fehlte eine klare Vorstellung, wie man Prävention organisiert und wirksam implementiert. Das Ergebnis war, dass landesweit viele kleinere und grössere Projekte entstanden und wieder verschwanden. Innovative Projekte, Engagement und gute Absichten waren leider keine Garantie für eine längerfristige und positive Wirkung.

Zuverlässige Befunde aus der Suchtепidemiologie sowie der empirischen Biographie- und Interventionsforschung veranlassten das BAG, Ende der 90er Jahre einen neuen Schwerpunkt in der Suchtprävention zu definieren: «Die selektive und indizierte Prävention für gefährdete Jugendliche». Basierend auf diesem Schwerpunkt entstand das nationale Suchtpräventions- und Forschungsprogramm *supra-f*. Ziel von *supra-f* war es, eine Verbindung zwischen Präventionsforschung und Präventionspraxis zu schaffen. Kantone, Städte und Organisationen wurden zur Teilnahme am nationalen Suchtpräventions- und Forschungsprogramm *supra-f* eingeladen.

Die Rahmenbedingungen waren bewusst eng gesetzt: (1) Es sollten nur «gefährdete», auffällige Jugendliche angesprochen werden. (2) Ein über 6 Monate dauerndes und strukturiertes Programm musste vorliegen. (3) Das Mitarbeiterteam musste interdisziplinär zusammengesetzt sein. (4) Das Projekt musste im Gemeinwesen gut vernetzt sein. (5) Die Bereitschaft zur Kooperation mit der Begleitforschung musste vorliegen. (6) Die zunehmende Eigenfinanzierung musste über den Zeitraum von drei Jahren gesichert sein.

10 Jahre später stellt sich die Frage: Was hat dieser Ansatz gebracht? Die vorliegenden Forschungs- und Erfahrungsberichte versuchen zu einigen zentralen Aspekten eine Antwort zu geben. Vom Forschungsbeauftragten Gebhard Hüsl erfuhr wir einiges über die Wirkungen der Intervention. Die Langzeitanalyse über viele Jahre erlaubt, die Entwicklung gefährdeter Jugendlicher bis ins junge Erwachsenenalter zu beobachten. Ein wichtiges Resultat sei hier vorweggenommen: Weitaus die meisten Jugendlichen, die mit starken Desintegrationsrisiken behaftet sind, können erfolgreich integriert werden. Das zeigt, dass mit spezifisch auf eine Zielgruppe zugeschnittenen Programmen gute Effekte erzielt werden können.

Nach einer vierjährigen Anschubfinanzierung durch das BAG gelang es, die Programme erfolgreich lokal und regional zu verankern und ins Regelangebot der Gemeinden oder Kantone überzuführen. Wie Bernhard Meili in seinem Erfahrungsbericht darlegt, stellt sich – trotz der guten Ergebnisse von *supra-f* – die Verbreitung des Modells auf neue Gemeinden und Regionen als schwierig

heraus. Auch hier wird – wie in anderen Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention – deutlich, dass es langfristiger Arbeit bedarf, um die gesteckten Ziele zu erreichen.

Im Rahmen der *supra-f* Forschung wurden neue Praxisinstrumente entwickelt und erprobt. So führte die Erkenntnis, dass das psychische Befinden nicht nur für den Suchtmittelkonsum, sondern für den gesamten weiteren Entwicklungsverlauf der Jugendlichen von erheblicher Bedeutung ist, zur Entwicklung eines Gruppenprogramms auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grundlage. Brigit Hertli stellt aus Sicht der Praktikerin das Programm VIVA, seine Anwendungsmöglichkeiten und die Evaluation vor.

Ein weiteres Instrument betrifft die «Gefährdungsdiagnostik»: Die selektive und indizierte Prävention ist auf eine möglichst präzise Erfassung der Zielgruppen angewiesen. Gebhard Hüslер beschreibt in seinem Beitrag das an über 13000 Jugendlichen erprobte Instrument zur psychosozialen Diagnostik. Damit kann die Zuweisung der Jugendlichen zu einer geeigneten Massnahme erleichtert und begründet werden. Dasselbe Instrument kann aber auch für Kollektive wie Kantone, Gemeinden, Quartiere, Schulen, Jugendheime usw. angewendet werden und zeigt auf, wie viele Jugendliche welche Belastungen aufweisen. So können allfällig notwendige Massnahmen oder Interventionen geplant und auf eine gute Grundlage gestellt werden.

Die zehnjährige Geschichte von *supra-f* dokumentiert, dass die Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis, auch dank unterschiedlicher Blickwinkel, für alle Beteiligten ein Gewinn ist. Die vorliegende Publikation möge die gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen einem breiten Kreis interessierter Personen zugänglich machen und die Diskussion um effektive präventive Ansätze vertiefen. Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen an der langen *supra-f* Geschichte beteiligten Forschern, Praktikern, Behörden und jungen Menschen für ihre Mitarbeit, Geduld und für ihr Interesse herzlich danken. Ein spezieller Dank geht an Bernhard Meili, Projektleiter *supra-f*, der mit seinem grossen Engagement und Fachwissen die modernen und vielversprechenden Ansätze in der Prävention massgeblich mitgeprägt hat.



Roy Salveter

Dr. Roy Salveter

Bundesamt für Gesundheit
Leiter Abteilung Nationale Präventionsprogramme

> Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1 Soziale Integration, Befinden und Substanzkonsum. Ergebnisse der <i>supra-f</i> Interventions- und Kohortenstudie GEBHARD HÜSLER	6
2 Von der Innovation zum Regelangebot: Die Verbreitung und Implementierung eines Präventionsprogramms BERNHARD MEILI	28
3 Psychosoziale Diagnostik: Ein Instrument zur Einschätzung der Gefährdung GEBHARD HÜSLER	38
4 VIVA – ein Programm zur Verbesserung der Selbstregulation BRIGIT HERTLI, GEBHARD HÜSLER	46



1 > Soziale Integration, Befinden und Substanzkonsum. Ergebnisse der *supra-f* Interventions- und Kohortenstudie

GEBHARD HÜSLER

FORSCHUNGSZENTRUM FÜR REHABILITATIONS-
UND GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE DER UNIVERSITÄT FRIBOURG

Zusammenfassung

In einer Längsschnittstudie wurde über mehrere Jahre die Entwicklung von Jugendlichen der Altersgruppen 11–15 und 16–20 unter den Gesichtspunkten Befinden, Problementwicklung und Substanzkonsum untersucht. Im Vordergrund steht die schulische und berufliche Integration dieser Jugendlichen. Das besondere Merkmal von *supra-f* Jugendlichen besteht darin, dass sie aufgrund einer Auffälligkeit einem *supra-f* Programm zugewiesen wurden. Es handelt sich also um Jugendliche, die in einem höheren Ausmass der Gefahr ausgesetzt sind, sich schulisch und beruflich nicht zu integrieren. *supra-f* Programme versuchen über verschiedenartige Unterstützungs- und Fördermassnahmen Jugendliche nicht in die schulische oder berufliche Desintegration abgleiten zu lassen und ihr Problemverhalten zu vermindern.

Es lag auf der Hand nachzufragen, wie es mit den Jugendlichen nach dem rund 6-monatigen Aufenthalt in einem *supra-f* Zentrum



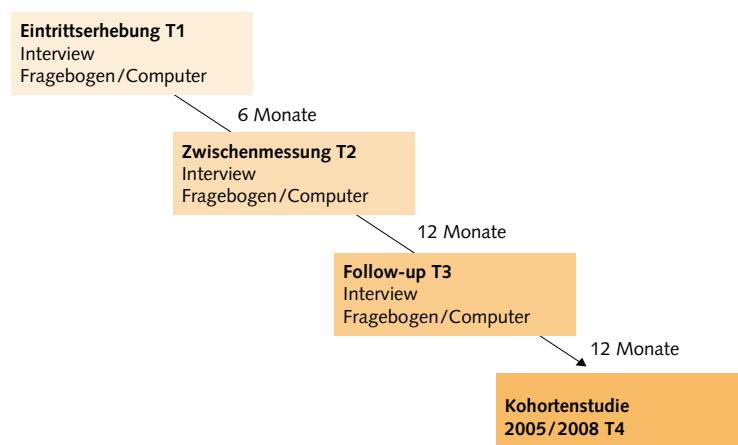
weiterging. Unseres Wissens gibt es bisher keine Kohortenstudie mit Risiko behafteten Jugendlichen, in der speziell die Frage der beruflichen und schulischen Integration untersucht wurde. Kohortenstudien durchzuführen ist ein zeitaufwendiges Unterfangen, insbesondere mit sogenannten Problemjugendlichen. Die Kohortenstudie untersucht im Speziellen die Integration der Jugendlichen in die Schul- und Arbeitswelt. Dabei stehen drei Themen, die für die Integration von Bedeutung sind, im Vordergrund: die soziale Ausgangslage, die Veränderung des Befindens (Depression, Ängstlichkeit) und die Veränderung des Substanzkonsums.

Die Resultate der Kohortenstudie zeigen Folgendes: Für die schulische und berufliche Integration ist eine gute soziale Ausgangslage bei Austritt aus dem *supra-f* Zentrum der beste Prädiktor für den weiteren Verlauf der Integration. D. h. jene Jugendlichen, die bereits gut integriert sind, haben die grösste Chance, gut integriert zu bleiben. Das sind gleichzeitig jene Jugendlichen, die auch die besten Werte bezogen auf das Befinden und die tiefsten Werte bezogen auf den Substanzkonsum haben. Unsere Modelle zur Integration zeigen, dass der Substanzkonsum und das Befinden über die verschiedenen Messzeiten in einem engen Zusammenhang stehen. So sind jene Jugendlichen mit einer hohen Befindensbeeinträchtigung auch jene, die einen hohen Substanzkonsum aufweisen und umgekehrt. Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass das Befinden sich über die Zeit eher verbessert, der Substanzkonsum aber tendenziell stabil bleibt. Ein hoher Substanzkonsum allein ist ein schlechter Prädiktor für die künftige schulische und berufliche Integration.

Der Forschungsplan

Die Kohortenstudie ist die Weiterführung der *supra-f* Interventionsstudie (Abbildung 1). Diese begann Mitte 1999 und wurde Ende 2004 abgeschlossen. Die bestehenden Interventions- und Vergleichsgruppen wurden anschliessend in die Kohortenstudie überführt, die Mitte 2008 endete.

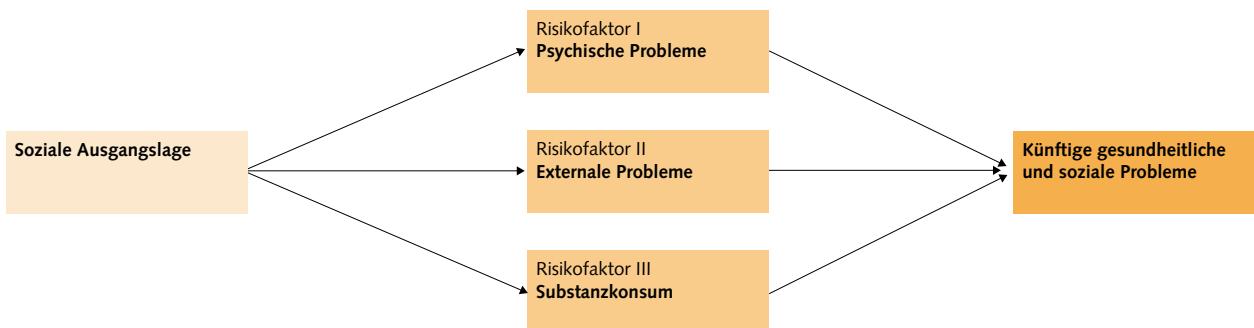
Abbildung 1: Datenerhebung in Interventions- und Vergleichsgruppe 1999–2008.



Wie lässt sich die Gefährdung beschreiben?

Risiken bzw. Gefährdungen lassen sich auf mehreren Dimensionen abbilden. In der *supra-f* Studie verwendeten wir ein Modell mit den vier Parametern soziale Ausgangslage, interne und externe Probleme sowie Substanzkonsum (Abbildung 2).

Abbildung 2: Das Gefährdungsmodell



Die soziale Ausgangslage

Diese Variable misst den soziodemografischen Hintergrund eines Jugendlichen. Dabei werden die Anzahl der Umzüge und die Anzahl der Schulwechsel gewichtet. Schulausschlüsse, Wiederholungen eines Schuljahres, Aufenthalt in Institutionen wie Psychiatrie und Jugendheime, Eltern verheiratet oder geschieden, Vater oder die Mutter gestorben oder unbekannt gehen als Ja-/Nein-Antworten in die Variable ein. Die Auswertung verschiedener Stichproben ($N > 7000$) zeigt, dass die Variable am stärksten durch die Anzahl Umzüge und Schulwechsel, dann von der Art der Familienzusammensetzung (Eltern verheiratet oder geschieden), gefolgt von Schulausschluss und Klassenwiederholungen bestimmt wird (Tabelle 1). Die soziale Ausgangslage ist eine relativ feste Größe und kann sich nur wenig verändern. Wir unterscheiden drei verschiedene Ausgangslagen (gute, mittlere, schlechte), die jeweils in Verbindung mit den Risikofaktoren stehen.



Tabelle 1: Soziale Ausgangslage. Gewichtung der Variablen

Soziale Ausgangslage	Beta	r
Anzahl Umzüge (> 2; > 5)*	.45	.71
Schulwechsel (> 2; > 5)*	.32	.55
Wohnen mit einem Elternteil	.25	.48
Klassenwiederholung (einmal oder mehr)	.23	.38
Trennung/Scheidung der Eltern	.19	.53
Verweis/Schulausschluss (einmal oder mehr)	.11	.35
Lehrabbruch	.11	.11
Aufenthalt in Institution (Gefängnis, Heim etc.)	.09	.38
Vater unbekannt oder gestorben	.09	.22
Mutter unbekannt oder gestorben	.06	.12

Gewichtung: Umzüge < 2 = 0, < 5 = 1, > 5 = 2; Schulwechsel: < 2 = 0, < 5 = 1, > 5 = 2

Beta: Standardisierter Beta-Koeffizient, ein Mass für das relative Gewicht der Variablen am Gesamtindex

r Korrelationskoeffizient zwischen den Variablen und dem Index

* mittlerer Wert über 8 Stichproben (N > 7000)

Internale und externe Probleme

Hier werden für die internalen Probleme Fragen zur Depressivität und zur Ängstlichkeit gestellt. Die externalen Probleme umfassen fünf verschiedene Bereiche (aggressives, antisoziales Verhalten, soziale Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme und Hyperaktivität), die zum vierten Messzeitpunkt abgefragt wurden. Zu allen vier Messpunkten wurde in einem weiteren Fragebogen das delinquente Verhalten (Gewalt, Diebstahl, Sachschaden) erfasst.

Substanzkonsum

Bei den Substanzen wird in erster Linie der Konsum von Alkohol, Cannabis und Tabak erfasst. Zur jeweiligen Substanz werden folgende Fragen gestellt: Konsum bisher ja/nein (Lebenszeitprävalenz), wenn ja, wann begonnen und Konsum bezogen auf die letzten 30 Tage. Darüber hinaus wird eine Liste von weiteren, weniger häufig konsumierten Substanzen abgefragt.

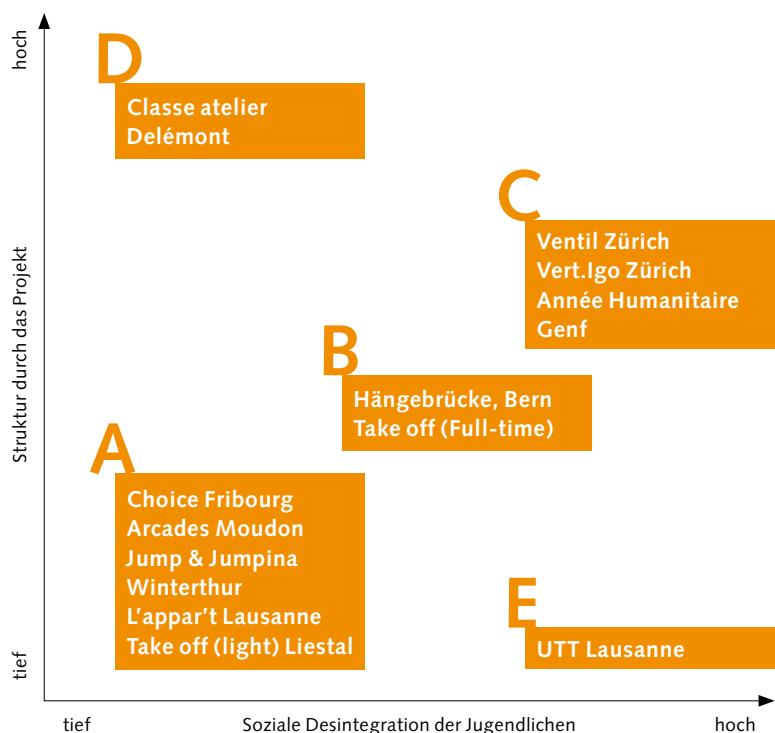
Das Interventions- und Forschungsprogramm *supra-f*

supra-f hatte zum Ziel, suchtpräventive Betreuungsformen in der Sekundärprävention mit Jugendlichen hinsichtlich ihrer differenziellen Wirksamkeit zu prüfen. Wenn *supra-f* Programme hinsichtlich Wirksamkeit verglichen werden sollen, so ist zu fragen, wie solche Wirkfaktoren umschrieben werden können. Sekundärpräventive Programme arbeiten mit Jugendlichen, die ein erhöhtes Risiko tragen, sei es aufgrund des Substanzkonsums oder anderer Probleme, die sich als relevant für einen späteren erhöhten Substanzkonsum erweisen können. Das Erstellen von Risikoprofilen ist insofern heikel, als unterschiedliche Bereiche (Befinden, soziodemografische Faktoren, Substanzkonsum) herangezogen werden

können, und damit eine gewisse Beliebigkeit verbunden ist. Da sich *supra-f* an einem Risikoansatz orientiert, haben solche Profile einen theoretischen Rückbezug und werden aufgrund einer Eingangsdagnostik erstellt, die in unserem Fall folgende Bereiche umfasst: Befindlichkeit, Selbstwert, Problembewältigung, Suizidalität, Delinquenz und Substanzkonsum. Die grossen Unterschiede der *supra-f* Zentren in Bezug auf ihre Angebote (Freizeitaktivitäten, Projektarbeit, Beratung, Gruppenarbeit, Hausaufgaben usw.) bewirken, dass sich die teilnehmenden Jugendlichen bezüglich ihrer Risiken und ihrer sozialen Integration unterscheiden. Das Angebot eines jeweiligen *supra-f* Zentrums bestimmt von vorneherein, welche Jugendlichen aufgenommen werden können. Diese Selektion läuft entlang eines sozialen Integrationsgradienten. So finden sich in schulbezogenen Projekten weitgehend sozial integrierte Jugendliche, in Zentren, die in der beruflichen Eingliederung arbeiten, weit weniger integrierte. Die jüngeren (11–15 Jahre) befinden sich eher in schulbezogenen Zentren, die älteren (16–20) eher in Zentren zur beruflichen Eingliederung.

Die Zentren lassen sich aufgrund eines eigens dafür konstruierten Erfassungssystems («Aktionsplan») unterscheiden (Hüsler et al., 2005) (Abbildung 3). Die als A-Zentren bezeichneten Einrichtungen stehen den Jugendlichen 4–5 Stunden pro Woche zu Verfügung, während die B-Zentren 18 und mehr Stunden Betreuung pro Jugendlichen aufwenden können. Diese B-Zentren machen mehr und intensivere Angebote und weisen eine umfassendere Infrastruktur auf als die A-Zentren. Sie verfügen z. B. über Schulungs- und Werkräume und können Auftragsarbeiten übernehmen. Dies

Abbildung 3: Zentren entlang der Achsen soziale Desintegration und Struktur gebende Massnahmen



erlaubt ihnen mit eher desintegrierten Jugendlichen, z. B. Time-out-Schülern und Lehrabrechern, zu arbeiten. Die C-Zentren sind den B-Zentren sehr ähnlich. Der Hauptunterschied besteht darin, dass sie eine noch intensivere Betreuung leisten und die Jugendlichen meist stark desintegriert sind. Die D- und E-Zentren sind Prototypen. Das D-Zentrum ist eine Schulklasse, die mit verhaltensauffälligen Jugendlichen arbeitet, die überdies noch Schulschwierigkeiten haben. Das E-Zentrum bietet für ältere Jugendliche Hilfe in der beruflichen Integration.

Die Zentren 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/der Jugendlichen und seiner/ihrer Eltern notwendig.

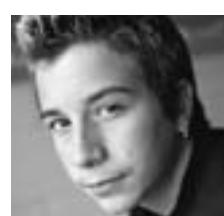
Um Jugendliche, die sich in diesen Zentren befinden, etwas besser zu charakterisieren, haben wir drei Jugendliche (Sophie, Kevin und Jacques) ausgewählt, die einen Zentrumstyp repräsentieren. Sophie ist eine Jugendliche, die in einem Typ-A-Zentrum zu finden ist. Das Profil von Kevin findet sich in einem Typ-B-Zentrum, und Jacques lässt sich mit einem Typ-C-Zentrum in Verbindung bringen.



Sophie ist 14 Jahre alt. Sie hat schlechte Schulleistungen und schwänzt gelegentlich die Schule. Sie fährt gelegentlich mit öffentlichen Verkehrsmitteln, ohne zu bezahlen, und stiehlt hin und wieder etwas. Sie hat allerdings eine gute Beziehung zu ihren Eltern und hat keine psychischen Probleme.



Kevin ist 15 Jahre alt und im letzten Schuljahr. Er hat grosse Probleme, den Schulstoff zu bewältigen. Er ist leicht depressiv und ängstlich und nimmt regelmässig Drogen. Er ist weitgehend auf sich gestellt, da sich seine Familie wenig um ihn kümmert. Allerdings hat er einen Onkel, der zu ihm schaut.



Jacques ist 17 Jahre alt und hat seine Schulzeit beendet. Er hat keine Lehrstelle, nimmt häufig Drogen und ist stark von seinen Stimmungen abhängig. Seine Familie kann ihm keinen Rückhalt geben, da sie selbst schwer belastet ist.

Wie wirksam sind die *supra-f* Zentren über 18–24 Monate?

Nachfolgende Tabellen zeigen die Effektstärken bezogen auf das Befinden (Depression, Angst), Selbstwirksamkeit, Selbstwert, die Delinquenz, das Plagen und den Substanzkonsum (Tabak, Alkohol und Cannabis). Die Effektstärken werden pro Zentrumstyp ausgewiesen. Darüber hinaus werden die Effektstärken der Vergleichsgruppe, die eine andere als die *supra-f* Intervention erhalten hatte, (Vergleichsgruppe mit Intervention) und die Gesamteffektstärke über alle Zentren (*supra-f Total*) angegeben. Effektstärken, die in die erwartete Richtung (Verbesserung) gehen, sind in den Tabellen **fett** markiert.

Wie liest man Effektstärken (ES)? Effektstärken gehen auf Cohen (1988) zurück. Cohen's d ist die Differenz zweier Mittelwerte geteilt durch die Standardabweichung der Interventionsgruppe. Cohen gibt Werte von $d = .20$ als kleine Effekte, $d = .50$ als mittlere und $d = .80$ als grosse Effekte an. Als Faustregel lässt sich der angegebene d-Wert auch als %-Anteil der Veränderung verstehen ($ES/2 = \%-Anteil\ Veränderung$). Die Gesamteffekte (*supra-f Total*) und die Effekte bezogen auf die einzelnen Zentren lassen sich der Tabelle 2 entnehmen. Hier zeigt sich noch einmal, dass nur eine zentrumsbezogene Darstellung und Auswertung Sinn macht, da die Effekte stark streuen. Bezogen auf alle Substanzen (Tabak, Alkohol, Cannabis) zeigen alle Effekte in Richtung einer Abnahme des Konsums. Am geringsten ist die Abnahme beim Cannabiskonsum, am deutlichsten beim Tabakkonsum. Hinsichtlich Befinden, Selbstwirksamkeit, Selbstwert und der Delinquenz sind die Resultate weniger eindeutig. Wir haben nur geringe Gesamteffekte beim Selbstwert – er nimmt leicht zu (.16) und bei der Delinquenz – sie nimmt leicht ab (−.10). Das Befinden verändert sich praktisch nicht.

Tabelle 2: Effektstärken zwischen Eintritt (T1) und nach 18–24 Monaten (T3). Ganze Stichprobe

T1–T3	dep	ata	atb	ase	stw	nbs	plg	tab	alk	can
Typ A	.02	−.16	−.07	−.03	.14	−.04	.01	−.14	−.04	−.09
Typ B	.18	.00	−.03	−.09	.18	−.25	.32	−.38	−.21	.04
Typ C	−.18	−.24	−.25	.10	.35	−.40	−.05	−.64	−.39	−.49
Typ D	.41	.30	.15	−.29	.01	.13	.45	−.21	−.27	−.07
Typ E	−.07	.07	−.27	.22	.31	−.31	−.21	−.44	−.32	−.11
Vergleichsgruppe mit Intervention	.08	−.10	−.13	.09	.24	−.35	−.07	−.24	−.28	−.05
<i>supra-f Total</i>	.06	−.08	−.07	−.01	.16	−.10	.09	−.26	−.15	−.12

Legende: dep = Depression (Hautzinger & Bailer, 1993), ata = Angstskala SCL-90-R (Franke, 1995), atb = Ängstlichkeit STAI trait (Lau et al., 1981), ase = Selbstwirksamkeit (Jerusalem & Schwarzer, 1991), stw = Selbstwert (Harter, 1982), nbs = Normbrechendes Verhalten (Eigenkonstruktion nach Loeber et al., 1989), plg = Plagen (Alsaker et al., 1989), tab = Tabakkonsum (Arènes et al., 1998; Narring et al., 1994), alk = Alkoholkonsum (Arènes et al., 1998; Narring et al., 1994), can = Cannabiskonsum (Arènes et al., 1998; Ferron et al., 1997; Narring et al., 1994)



Eine zentrumsbezogene Betrachtung ist schon bedeutend schwieriger. Die Typ-A-Zentren erzielen nur kleine Effekte. Die Typ-B-Zentren zeigen bessere Ergebnisse. Der Substanzkonsum und die Delinquenz nehmen in einem mittleren Masse ab. Der Selbstwert nimmt hingegen zu. Die Typ-C-Zentren zeigen homogenere Resultate. Der Substanzkonsum nimmt ab, ebenfalls die Delinquenz. Selbstwert und Selbstkonzeptwerte nehmen zu. Das Befinden verbessert sich. Die Typ-D-Zentren zeigen nur im Bereich Substanzen Verbesserungen. Alle anderen Parameter bleiben unverändert oder verschlechtern sich. Das Typ-E-Zentrum zeigt wie bereits die Typ-C-Zentren homogene Resultate. Der Substanzkonsum und die Delinquenz nehmen ab, Selbstwert und Selbstkonzept nehmen zu. Das Befinden verbessert sich (die Angst nimmt ab). Diese starke Streuung der Effekte geht in erster Linie nicht zu Lasten der Zentren. Dahinter steht der Selektionseffekt der Zentren. Die Zentren unterscheiden sich aufgrund ihrer Jugendlichen, die sie betreuen (Alter, soziale Integration). So sind Jugendliche in den A-Zentren bezogen auf die erhobenen Parameter weitgehend in der Norm. Es ist deshalb schon aus statistischen Gründen nicht möglich, hohe Effekte zu erzielen. Dies wäre nur dann möglich, wenn die Vergleichsgruppe dramatische Verschlechterungen aufweisen würde. Anders ist es in den B- und C-Zentren. Hier finden sich bereits stark desintegrierte Jugendliche und solche, die in einem höheren Ausmass Befindensbeeinträchtigungen und einen höheren Substanzkonsum haben. Außerdem sind sie älter. Während in Tabelle 2 die Effektstärken unabhängig vom Befinden der Jugendlichen dargestellt sind, sind in Tabelle 3 nur Effektstärken *symptomloser* Jugendlicher (ohne Angst und Depression), in Tabelle 4 hingegen nur Effektstärken der Jugendlichen *mit* Symptomen dargestellt. Da die Zentren keine klassischen Interventionen anbieten, wie sie für die Psychotherapie üblich sind, können sie auch keine dementsprechenden Effekte haben. Es ist dennoch wichtig zu prüfen, wie die *supra-f* Programme auf Jugendliche mit und ohne

Tabelle 3: Effektstärken; *supra-f* Jugendliche **ohne** Symptome

T1-T3	dep	ata	atb	ase	stw	nbs	plg	tab	alk	can
Typ A	.13	-.04	-.06	-.06	.12	-.03	.14	-.07	-.04	-.09
Typ B	.55	.21	.09	-.27	-.04	-.30	.73	-.38	-.12	.11
Typ C	.01	-.15	-.45	.01	.35	-.30	.27	-.58	-.29	-.54
Typ D	.36	.24	.07	-.44	.05	.30	.68	-.04	-.18	.09
Typ E	.55	.96	.20	.26	.68	-.30	-.21	-.60	-.39	-.02
Vergleichsgruppe mit Intervention	.05	-.06	-.29	-.09	.16	-.45	-.20	-.08	-.08	.15
<i>supra-f</i> Total	.21	.05	-.06	-.12	.13	-.06	.31	-.19	-.06	-.09

Legende: dep = Depression (Hautzinger & Bailer, 1993), ata = Angstskala SCL-90-R (Franke, 1995), atb = Ängstlichkeit STAI trait (Lau et al., 1981), ase = Selbstwirksamkeit (Jerusalem & Schwarzer, 1991), stw = Selbstwert (Harter, 1982), nbs = Normbrechendes Verhalten (Eigenkonstruktion nach Loeber et al., 1989), plg = Plagen (Alsaker et al., 1989), tab = Tabakkonsum (Arènes et al., 1998; Narring et al., 1994), alk = Alkoholkonsum (Arènes et al., 1998; Narring et al., 1994), can = Cannabiskonsum (Arènes et al., 1998; Ferron et al., 1997; Narring et al., 1994)



Befindensbeeinträchtigungen wirken. Bei der Gruppe von *symptomlosen* Jugendlichen sind die Gesamteffekte bezogen auf den Substanzkonsum etwas geringer. Für den Selbstwert hingegen ähnlich. Beim Befinden stellen wir eine leichte Verschlechterung fest (Depressionswerte nehmen zu). Bezogen auf die einzelnen Zentrumstypen sind die Effekte auch etwas geringer. Auch das birgt wenig Überraschung. In der Regel haben asymptomatische Jugendliche eine geringere Variation in den erhobenen Parametern – sind also weitgehend in der Norm. Aber auch hier gibt es Ausnahmen. So nehmen z. B. die Angstwerte im Typ-C-Zentrum am meisten bei den asymptomatischen Jugendlichen ab. Im Typ-E-Zentrum verbessert sich der Selbstwert bei dieser Gruppe am meisten (Tabelle 3).

Tabelle 4: Effektstärken; supra-f Jugendliche mit Symptomen

T1–T3	dep	ata	atb	ase	stw	nbs	plg	tab	alk	can
Typ A	-.04	-.13	.03	.20	.09	-.14	-.18	-.28	-.06	-.02
Typ B	-.17	.00	-.21	.23	.30	-.35	-.11	-.34	-.48	.04
Typ C	-.47	-.29	.00	.23	.36	-.59	-.36	-.76	-.78	-.24
Typ D	.32	.49	.31	-.05	-.17	-.35	.19	-.65	-.133	-.26
Typ E	-.12	.14	-.07	.12	-.18	-.31	-.15	-.38	-.36	-.11
Vergleichsgruppe mit Intervention	.29	.30	.31	.27	.12	-.32	.03	-.41	-.31	.07
<i>supra-f Total</i>	-.08	-.04	.02	.17	.10	-.26	-.16	-.39	-.35	-.06

Legende: dep = Depression (Hautzinger & Bailer, 1993), ata = Angstskala SCL-90-R (Franke, 1995), atb = Ängstlichkeit STAI trait (Lau et al., 1981), ase = Selbstwirksamkeit (Jerusalem & Schwarzer, 1991), stw = Selbstwert (Harter, 1982), nbs = Normbrechendes Verhalten (Eigenkonstruktion nach Loeber et al., 1989), plg = Plagen (Alsaker et al., 1989), tab = Tabakkonsum (Arènes et al., 1998; Narring et al., 1994), alk = Alkoholkonsum (Arènes et al., 1998; Narring et al., 1994), can = Cannabiskonsum (Arènes et al., 1998; Ferron et al., 1997; Narring et al., 1994)

Jugendliche mit Symptomen haben die homogensten Resultate bezogen auf die erhobenen Parameter und bezogen auf die Zentren. Die Depressionswerte nehmen in der Regel ab (Ausnahme Typ A: keine Veränderung, Typ B: Zunahme). Hinsichtlich Angst (SCL-90-R) und Ängstlichkeit (STAI) sind die Resultate gemischt. Selbstwert und Selbstwirksamkeit nehmen in der Regel zu. Delinquenz nimmt generell ab. Es zeigt sich auch eine Abnahme auf der Skala Plagen (plg). Bezogen auf die Reduktion des Tabak- und Alkoholkonsums zeigen sich hier die deutlichsten Effekte – geringer sind die Effekte bezogen auf Cannabis (Tabelle 4).

Tabelle 5 gibt eine Übersicht über die zentrumsbezogenen Veränderungen. In allen Zentren nimmt der Substanzkonsum ab, allerdings in unterschiedlichem Ausmass. Für das Befinden und den Selbstwert gibt es Zu- wie Abnahmen. Dies trifft auch auf die Delinquenz und das Plagen zu.

Bezogen auf die drei prototypischen Jugendlichen (S. 11) könnten diese Ergebnisse Folgendes bedeuten: Sophie verbesserte nach einem Aufenthalt in einem Typ-A-Zentrum ihre Schulleistungen. Kevin hat sich um eine Lehrstelle beworben und hat eine gute Chance, diese auch zu bekommen. Er konnte sich psychisch stabilisieren, nimmt auch weniger Drogen. Jacques konnte seine Stimmungsschwankungen etwas verringern und konsumiert weniger Drogen. Für eine Lehrstelle reichen seine Schulleistungen nicht. Er hat aber eine Arbeitsstelle.

Tabelle 5: Zentrumsbezogene Veränderungen

Zentren	Selbstwirksamkeit	Befinden	Delinquenz / Plagen	Substanzkonsum
Typ A	Leichte Verbesserung	Leichte Verbesserung	Keine Veränderung	Leichte Abnahme
Typ B	Leichte Verbesserung	Leichte Ver-schlechterung	Leichter Rückgang der Delinquenz, Zunahme beim Plagen	Leichte Abnahme
Typ C	Leichte Verbesserung	Leichte Ver-schlechterung	Rückgang der Delinquenz, keine Veränderung beim Plagen	Deutlicher Rückgang
Typ D	Leichte Verschlechte-rung	Verschlechterung	Leichte Zunahme der Delinquenz	Leichte Abnahme
Typ E	Leichte Verbesserung	Geringere Angst	Verringerung	Abnahme

Die Überführung von *supra-f* in die Kohortenstudie

Die Kohortenstudie ist die Weiterführung der *supra-f* Interventionsstudie. Sie untersucht im Speziellen die Integration der Jugendlichen in die Schul- und Arbeitswelt. Dabei stehen drei Themen, die für die Integration von Bedeutung sind, im Vordergrund: die soziale Ausgangslage, die Veränderung der Befindensparameter (Depression, Ängstlichkeit) und die Veränderung des Substanzkonsums. Sie startete mit 1230 Jugendlichen aus der *supra-f* Forschung. Da aus verschiedenen Gründen die Abbruchrate zu Beginn sehr hoch war, konnte die eigentliche Kohorte mit 831 Teilnehmerinnen und Teilnehmern beginnen. Die Haltequote über die gesamte Studiendauer liegt bei 68% (Tabelle 6).

Ein Vergleich zwischen Kohorte und *supra-f* zeigt, dass sich die wesentlichen Eckwerte der *supra-f* Stichprobe wie Geschlecht, soziale Ausgangslage und Nationalität nicht verändert haben (Tabelle 7). Die Kohorte widerspiegelt *supra-f* selbst dann, wenn fast 400 Ausfälle zu verzeichnen sind. Bei der Gruppe «drop out» sind die Jugendlichen mit schlechter sozialer Ausgangslage, die ausländischen Jugendlichen und diejenigen der 2. Ausländergeneration leicht übervertreten. Weiter ist der Anteil der Ausländer der 1. Generation höher.

Tabelle 6: Anzahl Jugendliche in der Kohorte

Messzeitpunkte	<i>supra-f</i>	Kohorte Verlust	Kohorte
T1+T2	1230		
T3-T4		399	
T1-T2-T3-T4			831 (68%)

Legende: T1, T2 = *supra-f* Studie; T1, T2, T3, T4 = Kohorte

Tabelle 7: Vergleich *supra-f* Kohorte und drop out

	<i>supra-f</i>	Kohorte	drop out	
N	1230	831	399	
Alter	15.73	15.52	16.17	***
Geschlecht (w)	33%	32%	35%	
soziale Ausgangslage gut	42%	45%	35%	**
soziale Ausgangslage mittel	34%	33%	36%	
soziale Ausgangslage schlecht	24%	22%	29%	**
Schweiz	44%	46%	41%	
Ausland	47%	45%	49%	
Doppelbürger	9%	9%	10%	
1. Generation Ausland	35%	33%	39%	*
2. Generation Ausland	21%	21%	20%	

* p < 0.05; ** p > 0.01; *** p < 0.001

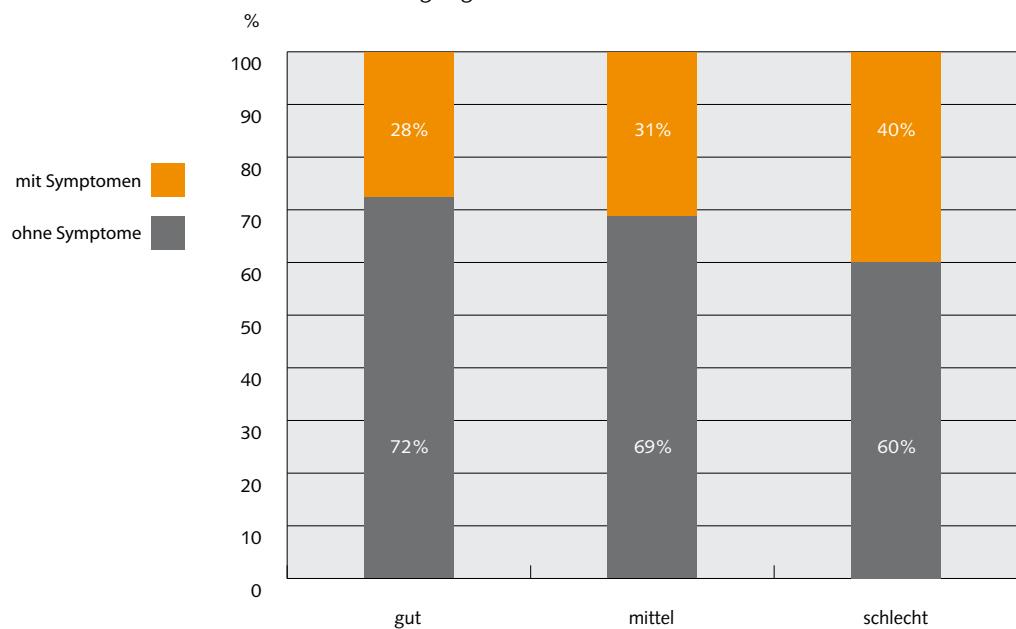


Die Bedeutung der sozialen Ausgangslage

Als zusammenfassendes Ergebnis lässt sich festhalten, dass die soziale Ausgangslage (siehe S. 8) einen relativ deutlichen und konsistenten Zusammenhang mit Befindensbeeinträchtigungen, externalen Problemen und dem Substanzkonsum hat (Hüsler et al., 2004).

Die soziale Ausgangslage und psychische Beeinträchtigung
Jugendliche mit einer schlechten sozialen Ausgangslage haben auch mehr psychische Symptome (Abbildung 4).

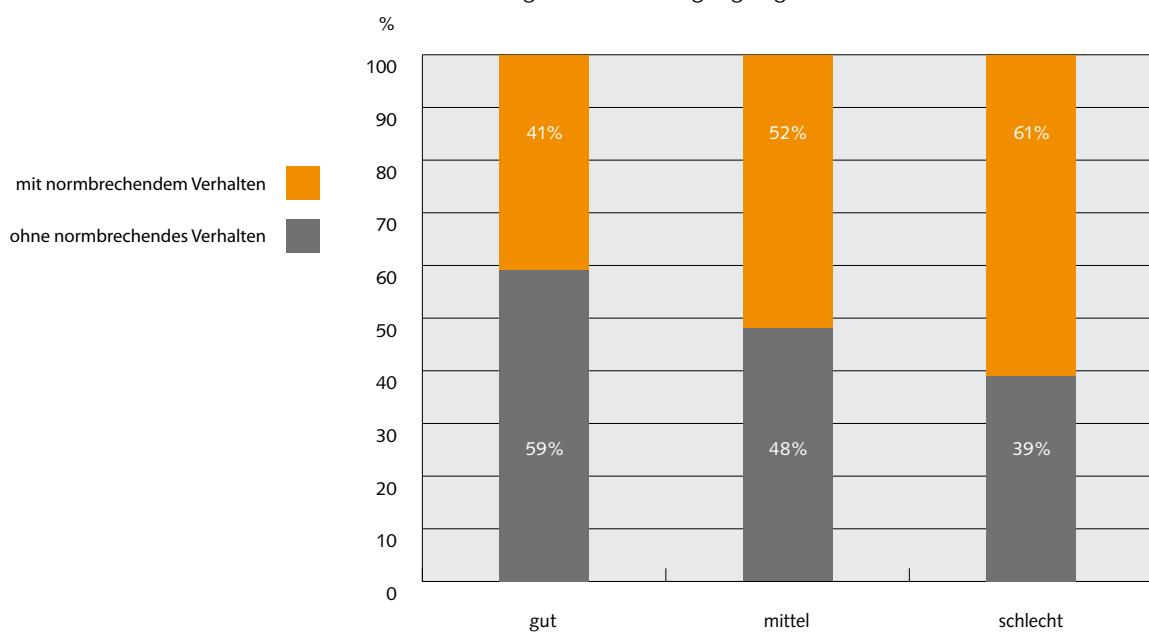
Abbildung 4: Soziale Ausgangslage und psychische Beeinträchtigungen



Die soziale Ausgangslage und externe Probleme

Auch externe Probleme haben einen Zusammenhang mit der sozialen Ausgangslage. Jugendliche mit einer schlechten sozialen Ausgangslage haben höhere Prozentanteile im normbrechenden Verhalten (Delinquenz). In Abbildung 5 wird das Vorkommen von normbrechendem Verhalten (= zwei oder mehr Delikte von elf möglichen) dargestellt.

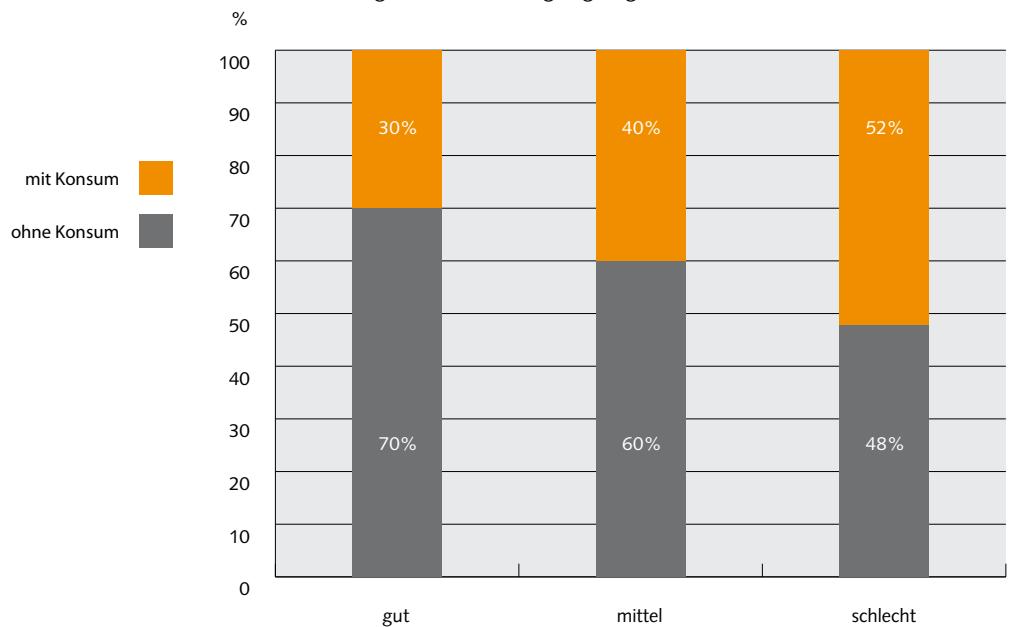
Abbildung 5: Soziale Ausgangslage und normbrechendes Verhalten



Die soziale Ausgangslage und Substanzkonsum

Der Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis, in Abbildung 6 am Beispiel von Cannabis gezeigt, hängt ebenfalls mit der sozialen Ausgangslage zusammen: je schlechter die soziale Ausgangslage, desto höher der Konsum.

Abbildung 6: Soziale Ausgangslage und Cannabiskonsum

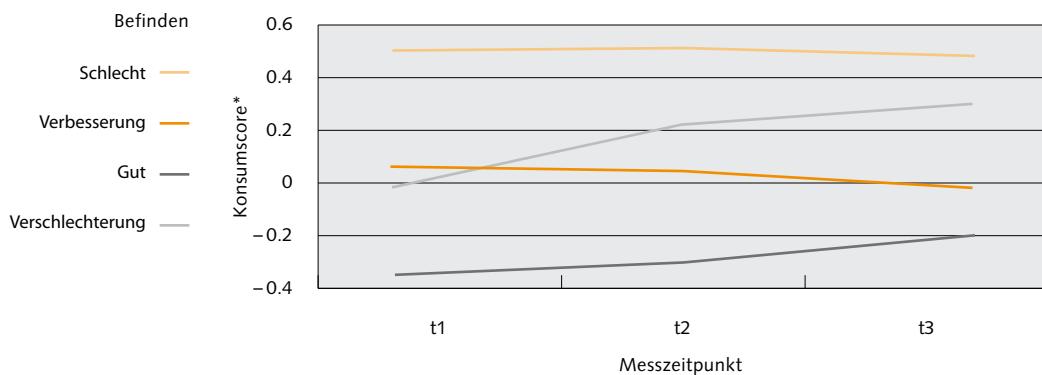


Der Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Befinden über die Zeit

Generell können wir sagen, dass sich die Befindensparameter (Angst, Depression, Suizidalität) über die ganze *supra-f* Population eher normalisieren. Bei den Substanzen haben wir eine leichte, altersentsprechende Zunahme.

Bezogen auf das Befinden lassen sich vier Gruppen hinsichtlich ihres Verlaufs unterscheiden (Hüsler et al., in press): 1) *hoch*: eine Gruppe, die über die ganze Beobachtungszeit hohe Depressions- und/oder Angstwerte hat (33 % Jungen, 67 % Mädchen); 2) *tief*: die Kontrastgruppe dazu – jene Personen, die über die ganze Zeit im Normbereich bleibt (66 % Jungen, 34 % Mädchen); 3) *steigend* (61 % Jungen, 39 % Mädchen) und 4) *sinkend* (65 % Jungen, 35 % Mädchen). Wie Abbildung 7 zeigt, gibt es zwischen den Verläufen des Befindens und des Substanzkonsums (Tabak, Alkohol und Cannabis) einen engen Zusammenhang.

Abbildung 7: Verlauf des Substanzkonsums in Abhängigkeit des Befindens (aus Hüsler et al., in press)



* Standardisierte latente Variable (Faktor), die Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum zusammenfasst

Tabelle 8 gibt die Verteilung der vier Verläufe des Substanzkonsums innerhalb der vier Verläufe zur Befindensbeeinträchtigung an. In der Gruppe ohne Befindensbeeinträchtigung finden sich 49%, die zugleich einen geringen Substanzkonsum haben. In der Gruppe mit einer Verschlechterung des Befindens haben 22% einen ansteigenden und 26% immer einen hohen Substanzkonsum. Für jene Gruppe, die sich im Befinden verbessert, sinkt bei 26% der Substanzkonsum, bei 36% war er immer schon tief. Die Gruppe, die über die ganze Studienzeit Befindensbeeinträchtigungen hat, hat zu 39% einen konstant hohen Substanzkonsum. Bezogen auf die Gruppen mit unterschiedlichen Verläufen der Befindlichkeit gibt es keinen Unterschied zwischen Schweizern und Ausländern. Von den Jugendlichen, die über die ganze Dauer der Studie Befindensbeeinträchtigungen haben, haben 30% eine schlechte soziale Ausgangslage.

Tabelle 8: Verlauf des Substanzkonsums nach Verlauf der Befindensbeeinträchtigung

		Substanzkonsum				Total
		hoch	tiefe	sinkend	steigend	
Befindensbeeinträchtigung	hoch	39,06%	18,75%	28,13%	14,06%	100%
	sinkend	26,73 %	35,64%	25,74%	11,88%	100%
	tiefe	15,12 %	49,38%	20,37%	15,12%	100%
	steigend	26,32%	28,95 %	22,37%	22,37%	100%
	Total	21,42 %	40,71 %	22,48%	15,40%	100%

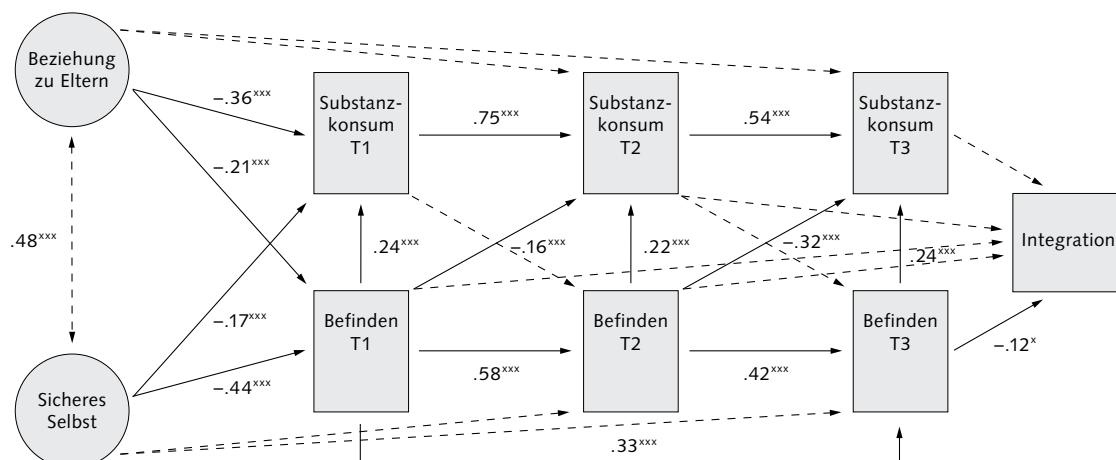


Welche Faktoren bestimmen die Integration?

Wir betrachten die Zusammenhangsstruktur zwischen Schutzfaktoren (Beziehung zu Eltern und soziale Ausgangslage), Risikofaktoren (Substanzkonsum und Befinden) und der sozialen Integration (Hüsler et al., 2007). Unser Modell geht davon aus, dass die Integration in Ausbildung und Arbeit über die soziale Struktur (soziale Ausgangslage), die Beziehung zur Familie und die personalen Ressourcen (sicheres Selbst) bestimmt wird (Abbildung 8). Wie in unterschiedlichen Kontexten wiederholt nachgewiesen, ist eine gute soziale Ausgangslage mit einer ganzen Reihe günstiger Voraussetzungen gekoppelt. So sind der Selbstwert bzw. ein sicheres Selbst besser als bei schlechter sozialer Ausgangslage. Umgekehrt sind alle Befindensbeeinträchtigungen wie Depression, Ängstlichkeit und Suizidalität in der Norm und der Substanzkonsum (Alkohol, Zigaretten, Cannabis) tief. Die meisten Jugendlichen mit einer guten Ausgangslage sind psychisch gesund.

Das Modell stellt die Situation für Jugendliche mit einer *schlechten sozialen Ausgangslage* dar. Die Elternbeziehung und ein sicheres Selbst zu Beginn der Untersuchung bestimmen die weitere Entwicklung. So gibt es einen negativen Zusammenhang zwischen der Beziehung zu den Eltern und Substanzkonsum. Weiter bestimmt ein sicheres Selbst die Befindenslage über Zeit. Der Substanzkonsum und das Befinden bleiben über die Zeit relativ stabil. Allerdings beeinflusst das Befinden (Depression und Ängstlichkeit) weiterhin den Substanzkonsum zu den Messzeiten T2 und T3.

Abbildung 8: Modell zur Integration für Jugendliche mit schlechter sozialer Ausgangslage (aus Hüsler et al., 2007)



Eine weitere Regressionsanalyse (ohne Abbildung) zeigt, dass das Alter und die soziale Ausgangslage bestimmende Faktoren zur Vorhersage der sozialen Integration sind. Je älter die Jugendlichen und je schlechter die soziale Ausgangslage, desto weniger wahrscheinlich ist eine berufliche oder schulische Integration. Weiter spielen interne Variablen wie Depression und Angst eine Rolle.



Wie hat sich die Integration längerfristig entwickelt?

Die soziale Integration wurde in *supra-f* wie folgt definiert: In einer Schule, Berufsausbildung bzw. Weiterbildung sein oder einen Job, auch wenn nur vorübergehend, zu haben. Wir unterscheiden eine kurzfristige von einer längerfristigen Integration. Die kurzfristige Integration (T2) hängt direkt mit der Zugehörigkeit zu einem Projekttyp zusammen, d. h. je problematischer die Jugendlichen, desto geringer ist der Anteil an schulisch oder beruflich integrierten Jugendlichen. Dies geht immer auch mit einer schlechteren sozialen Ausgangslage einher.

Die längerfristige Entwicklung von T1 bis T4 verläuft bei allen Projekttypen positiv (Abbildungen 9, 10; Tabelle 9). Die einzelnen Projekttypen zeigen folgende Ergebnisse: Typ A verliert wenig und gewinnt nichts (-1%), die Projekttypen B und C zeigen hingegen einen deutlichen und wachsenden Integrationsgewinn (+39% bzw. +46%). Die Veränderungen der Integration bei Typ D ist sehr gering (+1%), wobei nach Abschluss von *supra-f* ein leichter Rückgang zu beobachten ist, der durch Charakteristiken des Projekttyps bedingt ist (mit erneuter Zunahme von T2 zu T4: +6%). Obwohl insgesamt eine Zunahme der Integration zu verzeichnen ist (+22%), verläuft die längerfristige Entwicklung beim Projekttyp E in einer negativen Richtung (Abnahme von T2 zu T4: -39%). Nach einem durchschlagenden Erfolg zum zweiten Messzeitpunkt verliert der Typ E mit der Zeit zunehmend an Integrationsleistung.

Abbildung 9: Soziale Integration nach Projekttyp

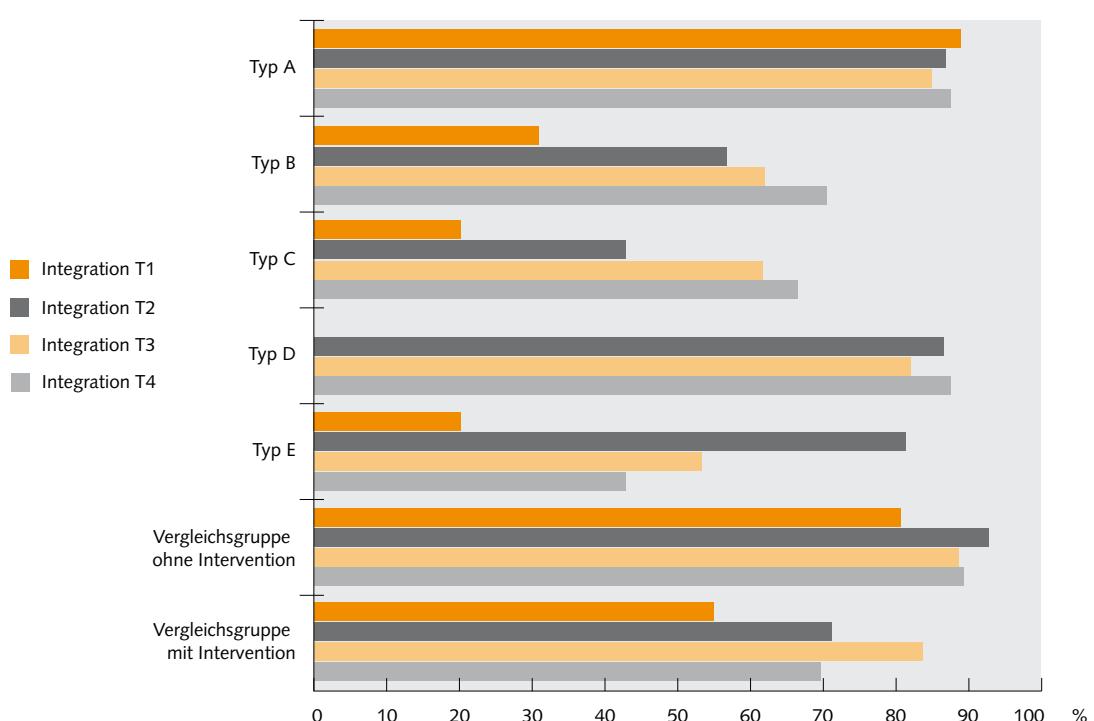


Tabelle 9: Integration nach Projekttyp zu vier Messzeitpunkten

	Integration				
	T1	T2	T3	T4	Veränderung T1 zu T4
Typ A	89%	87%	85%	88%	-1%
Typ B	31%	57%	62%	71%	39%
Typ C	20%	43%	62%	67%	46%
Typ D	*	87%	82%	88%	1%
Typ E	20%	82%	53%	43%	23%
Vergleichsgruppe ohne Intervention	81%	93%	89%	90%	9%
Vergleichsgruppe mit Intervention	55%	71%	84%	70%	15%

*Schulklasse

Die Vergleichsgruppe ohne Intervention hat insgesamt einen Integrationsgewinn (+9%), allerdings mit einer bereits hohen Integration zum ersten Messzeitpunkt. Die Vergleichsgruppe mit Intervention (nicht *supra-f*) verzeichnet bis zum T3 eine beachtliche Zunahme (29%), verliert danach aber gut die Hälfte davon und schliesst mit einer Zunahme von insgesamt +15%.

Abbildung 10 veranschaulicht die Zunahmen und Abnahmen der Integration von einem Messzeitpunkt zum nächsten bei den verschiedenen Projekttypen.

Abbildung 10: Zu- und Abnahme der Integration nach Projekttyp

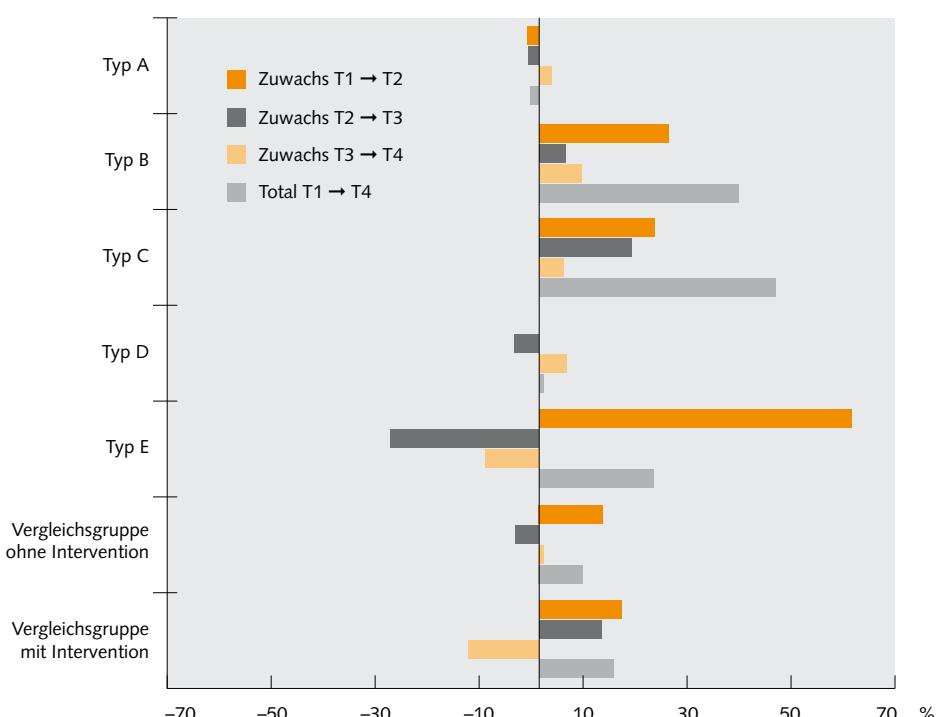


Tabelle 10: Typen der Integration nach sozialer Ausgangslage

	soziale Ausgangslage			Veränderungen
	Gut	Mittel	schlecht	
immer integriert	56%	28%	15%	stabil
T1 und T4 integriert	49%	38%	14%	instabil
T1 nicht integriert, T4 integriert	31%	44%	26%	wurden integriert
T1 integriert, T4 nicht integriert	38%	35%	27%	wurden desintegriert
T1 und T4 nicht integriert	38%	21%	42%	instabil nicht integriert

In Tabelle 10 werden fünf unterschiedliche Verläufe der schulisch-beruflichen Integration mit der sozialen Ausgangslage zusammengebracht. Erneut zeigt sich deutlich ein Zusammenhang dieser zwei Konstrukte. 56% der Jugendlichen, die immer in Schule, Lehre oder Beruf integriert sind, haben eine gute und nur 15% eine schlechte soziale Ausgangslage. Ähnlich, allerdings mit mehr Jugendlichen im mittleren Bereich der sozialen Ausgangslage (38%), sieht das Bild für jene aus, die nicht immer, jedoch zu T1 und zu T4, integriert waren. Die Jugendlichen, die zu T1 nicht integriert waren (jedoch zu T4), und Jugendliche, die zu T4 nicht integriert sind (jedoch zu T1), haben deutlich höhere Anteile mit schlechter sozialer Ausgangslage (26% bzw. 27%). Und wer zu T1 und zu T4 nicht integriert war, gehört zu 42% zur Gruppe mit schlechter sozialer Ausgangslage.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Langzeitstudie zeigen, dass die soziale Ausgangslage der Jugendlichen die künftige soziale Integration am besten voraussagen kann. Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen der bisherigen *supra-f* Forschung. Zusätzlich zur sozialen Ausgangslage wirkt auch das psychische Befinden auf die Integrationschance. Beeinträchtigungen wie Depression und Ängstlichkeit schränken die Chancen für eine gelungene Integration ein. So haben Jugendliche mit einer schlechten sozialen Ausgangslage und einer psychischen Beeinträchtigung nur noch eine Integrationsrate von 50%. Hingegen scheint der Cannabiskonsum keinen zusätzlichen Effekt auf die Integration zu haben.



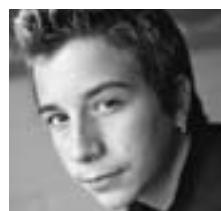
Wo stehen die drei Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen Sophie, Kevin und Jacques drei Jahre nach *supra-f*?



Sophie war in einem *Typ-A*-Zentrum, ist nun 17 Jahre alt und befindet sich im zweiten Lehrjahr.



Kevin war in einem *Typ-B*-Zentrum und ist nun 18 Jahre alt. Er hat die Lehrstelle, auf die er sich beworben hatte, nicht bekommen. Nach verschiedenen Gelegenheitsjobs konnte er dank der Kontakte seines Onkels eine Lehrstelle beginnen. Er ist derzeit im ersten Lehrjahr.



Jacques war in einem *Typ-C*-Zentrum. Er ist heute 20 Jahre alt. Seine Arbeitstätigkeiten haben sich etwas stabilisiert, und dank seiner Freundin, die ihn ermuntert, doch noch eine berufliche Ausbildung zu beginnen, hat er einen Termin beim Berufsberater vereinbart. Er möchte sich informieren, was für ihn infrage kommen könnte.

Unser Modell zur Vorhersage der sozialen Integration berücksichtigt die Variablen soziale Ausgangslage, interne und externe Probleme sowie Substanzkonsum. Der wichtigste Prädiktor, die soziale Ausgangslage, kann kaum verändert werden. Für die präventive Intervention bei gefährdeten Jugendlichen bedeutet dies Folgendes: Massnahmen zur positiven Beeinflussung des Befindens versprechen mehr Wirkung als solche, die sich z. B. auf einzelne Substanzen oder Problemverhalten konzentrieren. Das im Rahmen von *supra-f* entwickelte und erprobte Gruppenprogramm VIVA (vgl. Beitrag in dieser Publikation) ist ein mögliches Vorgehen zur Verbesserung des Befindens und zur Stärkung der Selbstregulation.

Bibliographie

Alsaker, F.D. (1989). School achievement, Perceived Academic Competence and Global Self-esteem. *School Psychology International*, 10, 147–158.

Arènes, J., Janvrin, M.P. & Baudier, F. (1998). *Baromètre santé jeunes 97/98*. Paris: Editions CFES.

Ferron, C., Cordonier, D., Delbos, P., Schallbetter, P. & Michaud, P.A. (1997). La santé des jeunes en rupture d'apprentissage: une recherche-action sur les modalités de soutien, les déterminants de la santé et les facteurs favorisant une réinsertion socio-professionnelle. Rapport de recherche IUMSP. Lausanne: IUMSP.

Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1999). Allgemeine Selbstwirksamkeit. In R. Schwarzer, M. Jerusalem (Eds.). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen*. Berlin: Humboldt-Universität.

Harter, S. (1982). The perceived competence scale of children. *Child Development*, 53, 87–97.

Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993): *Allgemeine Depressions-Skala*. Weinheim: Beltz.

Hüsler, G., Werlen, E. & Rehm, J. (2005c). The Action Plan – A New Instrument to collect Data on Interventions in Secondary Prevention in Adolescents. *Substance Use & Misuse*, 40, 761–777.

Hüsler, G. & Plancherel, B. (2007). Social integration of adolescents at risk: Results from a cohort study. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 2(3), 215–226.

Hüsler, G. & Plancherel, B. (in press). Long term development of mood states and substance use in a Swiss cohort of youths at risk. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*.

Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (1981). Das State-Trait-Angstinventar (STA). Weinheim: Beltz.



Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W. & Farrington, D. (1989). Development of a new measure of self-reported anti-social behaviour for young children: prevalence and reliability. In M. Klein (Ed.). *Cross-National Research on Alcohol and Other Drugs; Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*: Stockholm: Modin Tryck.

Narring, F., Tschumper, A., Michaud, P.A., Vanetta, F., Meyer, R., Wydler, H., Vuille, J.C., Paccaud, F. & Gutzwiler, F. (1994). La santé des adolescents en Suisse: rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15–20 ans. Lausanne: IUMSP.

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



2 > Von der Innovation zum Regelangebot: Die Verbreitung und Implementierung eines Präventionsprogramms

BERNHARD MEILI
INFODROG, PROJEKTLEITER *supra-f*

Zusammenfassung

Frühe Erfahrungen mit Alkohol, Tabak und Cannabis sind bei Jugendlichen verbreitet. Gewaltbereitschaft, schulische Probleme und psychische Auffälligkeiten treten in der Adoleszenz ebenfalls gehäuft auf. Besonders das Zusammensehen von mehreren Problemverhalten kann auf eine möglicherweise ernsthafte Gefährdung der Jugendlichen hinweisen. Weil die dahinter liegenden Risikofaktoren häufig dieselben sind, versprechen ganzheitliche, längerfristige Förderangebote für gefährdete Jugendliche mehr Erfolg als kurzfristige «Einzelproblem-Aktionen».

Das Suchtpräventions- und Forschungsprogramm *supra-f* wurde anfangs der 90er Jahre mit der Absicht lanciert, ein Ressourcen orientiertes Modell für gefährdete Jugendliche in der Praxis zu erproben und wissenschaftlich zu begleiten (BAG, 2000). Die Bilanz nach 10 Jahren zeigt folgendes Bild: Eine vierjährige Anschubfinanzierung durch den Bund ermöglichte die Implementierung von 12 sekundärpräventiven Jugendprogrammen in die kommunale Regelversorgung der Jugendhilfe und Prävention. Die Forschung konnte insbesondere für diejenigen Programme, die sich gezielt an eher stark gefährdete Jugendliche richten, beachtliche Langzeiterfolge in der sozialen Integration nachweisen. Andererseits zeigen die Daten aber auch deutlich, dass eine ungünstige soziale Ausgangslage auch im jungen Erwachsenenalter ihren negativen Einfluss beibehält. Dieses Ergebnis spricht für den Ausbau der gezielten Frühförderung bei Kindern und deren Eltern, die erschwerte Bedingungen aufweisen.

Die Verbreitung des Modells *supra-f* in andere Kantone erwies sich als schwierig. Nicht der fehlende Bedarf, sondern eher mangelnder politischer Wille, unklare Zuständigkeiten für die Frühintervention und ein Festhalten an traditionellen «Einzelproblem-Massnahmen» sind mögliche Ursachen. Ausgangspunkt jeder Implementierung ist eine Bedarfsanalyse zur Situation der Frühintervention auf regionaler und kommunaler Ebene. Am Beispiel der Region Thun werden Vorgehen und Ergebnisse einer Bedarfsanalyse dargestellt.

Der Hintergrund von *supra-f*

Die Suchtprävention der 90er Jahre war stark geprägt von der Vorstellung, dass *alle* Kinder und Jugendlichen, unabhängig von ihrer sozialen Herkunft und ihrer aktuellen Befindlichkeit, in Gefahr

sind, drogenabhängig zu werden. An die Prävention wurde deshalb die hohe Erwartung geknüpft, mit breiten Kampagnen im ganzen Land und Aktionen in Schulen und Gemeinden den «Einstieg» in den Drogenkonsum zu verhindern. Vor diesem Hintergrund entstand eine Vielzahl nationaler, kantonaler und lokaler Präventionsprojekte. Die gute Absicht und die politisch breite Unterstützung der Prävention verdeckten dabei etwas den Blick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit dieser Massnahmen.

Gleichzeitig wurde – besonders im angelsächsischen Raum – zunehmend in die Suchtforschung investiert, und die Zahl der Publikationen wuchs exponentiell. Für die Entwicklung einer auf Evidenz basierten Prävention waren vor allem die Ergebnisse aus der Biographieforschung bei Süchtigen, aus der Interventionsforschung (darunter zunehmend auch Metaanalysen) und Epidemiologie von Bedeutung. Der Transfer dieser Erkenntnisse in die Politik und Praxis erwies sich als schwierig.

Das im Jahr 1999 vom Bundesamt für Gesundheit BAG lancierte Suchtpräventions- und Forschungsprogramm *supra-f* war eine logische Antwort auf diese Forschungsbefunde, die sich wie folgt zusammenfassen lassen (2; 3):

- Risikofaktoren für die Entstehung von Suchtproblemen sind bekannt;
- Die Risikofaktoren sind in der Gesellschaft ungleich verteilt; sie sind in sozial benachteiligten Gruppen verbreiteter als in der sozialen Mittel- und Oberschicht;
- Die Kumulation von mehreren Risikofaktoren erhöht die Gefährdung; diese Kumulation ist wiederum in sozial benachteiligten Gruppen erhöht;
- Die Risikofaktoren für Suchtprobleme sind oft dieselben wie für anderes Problemverhalten wie Gewalt, Delinquenz, Verwahrlosung, psychische Probleme, Suizidalität u. a.;
- Die Wirksamkeit universeller Primärprävention in Schulen und Gemeinden zum Substanzkonsum (Alkohol, Tabak, Cannabis) ist bescheiden;
- Die Wirksamkeit selektiver und indizierter Prävention bei «Risikogruppen» und gefährdeten Jugendlichen ist mindestens teilweise belegt.



10 Jahre *supra-f*: Vom Pilotprojekt zum Regelangebot

Das BAG lud anfangs 1999 Kantone, Städte und NGO ein, mit eigenen Projekten am Programm *supra-f* teilzunehmen. Folgende Rahmenbedingungen sollten eingehalten werden:

- Zielgruppe sind (Sucht) gefährdete Kinder und Jugendliche;
- Klares und verbindliches, ambulantes sozialpädagogisches Programm; auf rund 6 Monate limitiert;
- Angebote zur Förderung der Schulleistungen und der sozialen und kognitiven Kompetenzen;
- Qualifiziertes und interdisziplinäres Personal;
- Gute fachliche und politische Abstützung und Vernetzung im Gemeinwesen;



- Teilnahme an der Begleitforschung;
- Nach Möglichkeit keine neue Einrichtung schaffen, sondern Programm an eine bestehende Struktur anbinden.

Den Programmateilnehmern wurden folgende Unterstützungsleistungen in Aussicht gestellt:

- Beitrag von CHF 50 000 an die Projektentwicklung;
- 3 Jahre Anschubhilfe (1. Jahr CHF 150 000, 2 Folgejahre je CHF 100 000). Die Anschubhilfe wurde später um ein Jahr verlängert;
- Logistische Unterstützung, Erfahrungstreffen, Weiterbildungen, Publikationen;
- Laufende Rückmeldungen durch die Begleitforschung.

Ursprünglich wurden 16 lokale Projekte in 9 Kantonen in *supra-f* aufgenommen, 12 davon konnten sich in ihren Gemeinwesen verankern und werden seit 2004 im Regelangebot und ohne Bundesunterstützung weitergeführt (Meili, 2004).

Die von verschiedener Seite wiederholt kritisierte Anschubfinanzierung durch den Bund hat sich in *supra-f* somit als erfolgreiche Strategie erwiesen. Weshalb? Drei Faktoren trugen zur erfolgreichen Implementierung bei:

- Die Anschubhilfe war betragsmässig recht bedeutend und dauerte vier Jahre;
- Die lokalen *supra-f* Programme entsprachen einem effektiven Bedarf im Gemeinwesen. Wichtige Schlüsselpersonen wie Schulleiter/innen, Jugendanwälte, Sozialdienstvorsteher/innen, Jugendamtsvorsteher/innen nutzten das neue Angebot und setzten sich auch auf der politischen Bühne für die Weiterführung der Programme ein;
- Die *supra-f* begleitende Wirkungsforschung erhöhte die Glaubwürdigkeit. Gewisse positive Wirkungen der Programme wurden nachgewiesen.

Voraussetzungen für die erfolgreiche Verbreitung eines Programms

Ist ein neues Präventionsprogramm entwickelt und in der Praxis erprobt, und hat die Evaluation darüber hinaus eine positive Wirkung nachgewiesen, stellt sich die Frage nach der Implementierung an weiteren Orten. Unter Dissemination (Verbreitung) wird ein systematischer und aktiver Prozess verstanden, mit dem die Implementierung eines Programms oder einer Methode gefördert und unterstützt wird (Greenhalgh et al, 2006).

Für eine erfolgreiche Dissemination und Implementierung sind einige Voraussetzungen beim Programm einerseits und beim Gemeinwesen andererseits von Vorteil:

Das Programm sollte:

- «einfach» in der Anwendung sein;
- gängigen Vorstellungen entsprechen;

- sichtbare Wirkungen zeigen;
- auf lokale Gegebenheiten angepasst werden können;
- nicht zu viel kosten.

Das Gemeinwesen sollte:

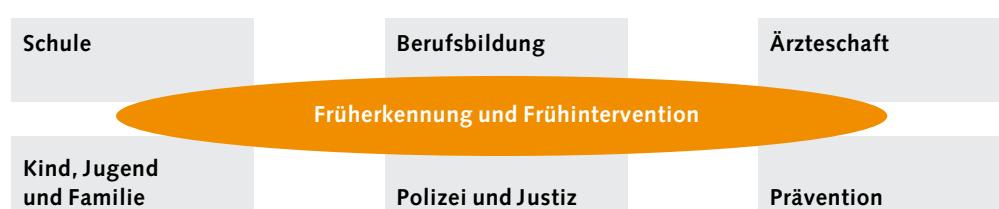
- einen Bedarf nachweisen können. In der Gemeinde wird ein Problem wahrgenommen, für welches gegenwärtig keine befriedigende Lösung bereitsteht;
- einen politischen Willen zur Implementierung haben («community readiness»);
- einen anerkannten und einflussreichen «opinion» leader haben;
- eine Fachstelle haben, die das Modell umsetzen will;
- Prioritäten definieren und «1-Problem-Aktionen» einschränken oder darauf ganz verzichten; damit werden Ressourcen frei für ganzheitliche «Mehrfachproblem»-Programme;
- Fachstellen zu einer Kooperation motivieren.

Für das Modell *supra-f* sind diese Kriterien nur teilweise erfüllt, was die Schwierigkeiten bei dessen Verbreitung und Implementierung mit erklären kann. Eine Schwierigkeit ist, dass es sich bei *supra-f* nicht um ein klar beschreibbares Interventionsprogramm handelt, das von einer bestehenden Einrichtung übernommen werden kann. Das Neue an *supra-f* ist die Kombination von Strukturgebung (Teil- oder Tagesstruktur) mit sozialpädagogischen und psychologischen Modulen. Das Modell *supra-f* ist weder typische Prävention noch typische Beratung oder Behandlung. Niemand sieht sich dafür zuständig. Frühintervention zur Förderung einer positiven Entwicklung zum gesunden und sozial integrierten Erwachsenen ist eine typische Schnittstellenaufgabe (Abbildung 1).

Das *supra-f* Modell mit seinen 3 Phasen «Erkennung einer Gefährdung», «Zuweisung in das Programm» und «Durchführen des Programms» erfordert ein klar strukturiertes Prozedere, ein interdisziplinäres professionelles Team und eine gute Vernetzung im Gemeinwesen.

Mit Jahreskosten von 300 000–600 000 Schweizer Franken für ein Programm mit 30–50 betreuten Jugendlichen erscheint *supra-f* auf den ersten Blick teuer. Dass ein Gemeinwesen damit möglicherweise teure Zwischenlösungen wie ein zehntes Schuljahr oder einen Heimaufenthalt sowie künftige Probleme wie Sozialhilfe, Suchtkrankheit oder Arbeitslosigkeit vermeiden kann, ist politisch kaum von Interesse und nicht nachweisbar. Politisch und fachlich vertret-

Abbildung 1: Früherkennung und Frühintervention an der Schnittstelle verschiedener Bereiche



bar scheint ein Modell wie *supra-f* nur dann, wenn sich bestehende Anbieter der Prävention, Beratung und Behandlung zusammentun und ein gemeinsames interdisziplinäres Programm zur Frühintervention auf der Grundlage der Ressourcenstärkung betreiben. Um die Kosten einzudämmen, sollten die bestehenden präventiven und beraterischen Angebote einer kritischen Nutzenprüfung unterzogen werden. Die verbreiteten und kostspieligen «Einzelproblem-Aktionen» wie z. B. Projekte für junge Kiffer, Gewalttäter oder «Rauschtrinker» könnten in ein umfassenderes Programm zur Ressourcenstärkung integriert werden. Solche strategischen Überlegungen und die Implementierung eines Modells der Frühintervention betreffen immer das gesamte kommunale oder regionale Versorgungsangebot. Folgerichtig gehören die Planung und die allfällige Implementierung eines Programms zur Frühintervention in die Hände der Gemeinde- oder Kantonsbehörden.

Zusammengekommen sind die Anforderungen an die Implementierung eines Modells wie *supra-f* anspruchsvoll, aber nicht unerfüllbar. Unsere eigenen Erfahrungen decken sich mit den Ergebnissen von Literaturanalysen, die besagen, dass Information und Promotion alleine bei Weitem nicht genügen, um Innovationen und erprobte Modelle zu verbreiten (Fixsen et al., 2005). Für die Verbreitung und Implementierung des *supra-f* Modells wurden während zweier Jahre folgende Dienstleistungen angeboten:

- Information (Publikationen, Zeitschriftenartikel, Website, Referate an Kongressen, Beratungen);
- Studiennachmittle in *supra-f* Zentren;
- Durchführung von Bedarfsanalysen;
- Impulsbeiträge bis zu CHF 50 000;
- Vermittlung von Experten aus dem Verband Swiss Prevention (Zusammenschluss der *supra-f* Zentren).

Die gute Absicht oder eine gute Idee genügen nicht, um ein Interventionsprogramm zu begründen und einzurichten. Erforderlich ist der Nachweis des Bedarfs. Dieser Nachweis kann aber nicht den Anbietern allein überlassen werden, weil diese dazu tendieren, ihrer eigenen Institutionsperspektive zu folgen. Eine unabhängige Expertise mit Einbezug von Schlüsselpersonen aus dem Gemeinwesen dürfte in den meisten Fällen die bessere Lösung darstellen. Als Beispiel wird im folgenden Abschnitt gezeigt, wie wir für den Gemeinderat Thun eine solche Bedarfsanalyse zur regionalen Frühintervention durchgeführt haben.

Eine Bedarfsanalyse zur Frühintervention

Früherfassung war seit geraumer Zeit ein Thema im Thuner Sozialwesen. Erste Schritte wurden mit der probeweisen Einführung der Schulsozialarbeit an einigen Schulen gemacht. Der Leiter der Koordinationsstelle für Gesundheits- und Suchtfragen gelangte im Frühjahr 2007 an die *supra-f* Promotion mit der Anfrage für eine mündliche Information des Gemeinderates an seiner Jahresretraite. Bereits im Juli folgte der offizielle Auftrag zur Durchführung einer einfachen Bedarfsanalyse, die wie folgt ablief:



- Juli 2007: Auftragserteilung «Projekt Früherfassung» durch Gemeinderat an Sozialdienst;
- August: Einsetzen einer Projektgruppe;
- Oktober: Kick-off-Meeting für Institutionen und Schlüsselpersonen;
- November: Datenerhebung bei Schlüsselpersonen, Jugendlichen, Sozialdiensten;
- Dezember: Auswertung und Interpretation der Ergebnisse
- Januar/Februar 2008: Berichterstattung mündlich und schriftlich.

Als Erstes ging es darum, dem Gemeinderat, der Projektgruppe und den ausgewählten Schlüsselpersonen die Begriffe der Frühintervention und Gefährdung verständlich zu machen (Abbildung 2).

Als Zweites wurde das Modell der Bedarfsanalyse vorgestellt (Abbildung 3). Der Bedarf ist immer der Abgleich aus festgestelltem Problem und bestehender Problemlösungskapazität. Im Unterschied zu manchen Bedarfsanalysen wird hier also auch das bestehende Angebot unter die Lupe genommen und nicht nur der «Wunschbedarf» erfragt.

Abbildung 2: Modell der Gefährdung als Zusammenwirken von sozialer Ausgangslage, Befinden und Problemverhalten

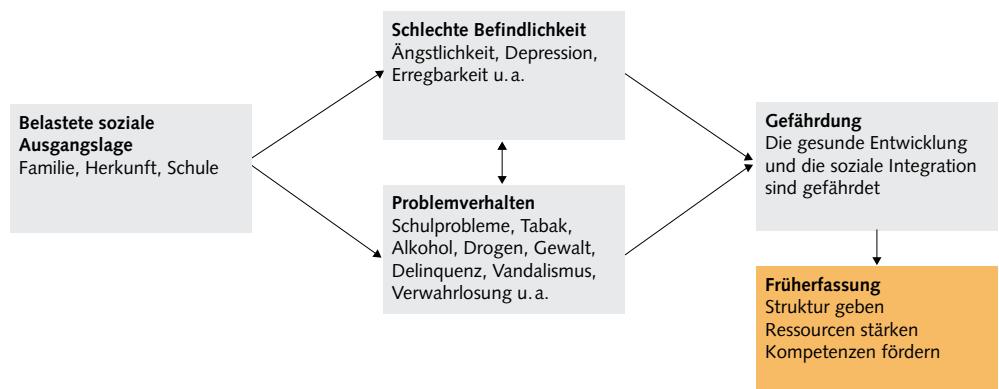
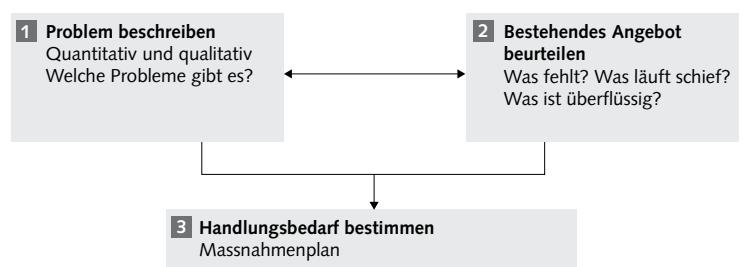


Abbildung 3: Schema der Bedarfsanalyse



Anschliessend wurden die 23 Schlüsselpersonen aus den verschiedenen Bereichen (siehe Abbildung 1) on-line zu ihrer Problem- und Bedarfseinschätzung befragt. Die Zusammenfassung der Ergebnisse zeigt fünf häufig genannte Beobachtungen bei gefährdeten Jugendlichen:

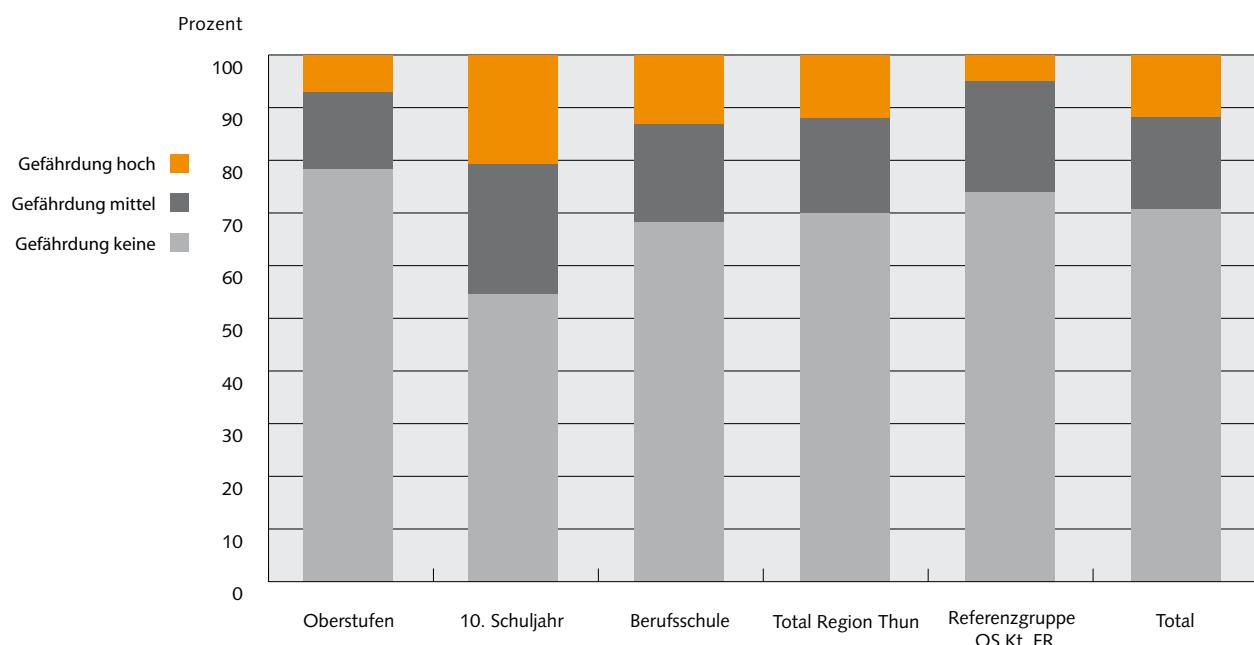
- Die Gefährdeten haben nicht Einzel-, sondern multiple Probleme;
- Fast immer stehen dahinter belastete Familienverhältnisse;
- Gerade die wirklich Gefährdeten und ihre Eltern sind sehr schwer zu erreichen;
- Junge Migrantinnen/Migranten sind mehrfach benachteiligt;
- Die «leiseren» Nöte von Mädchen und junge Frauen werden oft zu wenig wahrgenommen.

Obschon insgesamt 23 verschiedene Angebote für gefährdete Jugendliche genannt werden, erkennen die Schlüsselpersonen Lücken in der Versorgung. Der Bedarf an zwei neuen Dienstleistungen wird angemeldet: Eine regionale Teil- und Ganztagesstruktur für gefährdete Jugendliche im Schulalter vom Typ Hängebrücke (Bern) und ein Projekt «Betreutes Wohnen» für gefährdete Schulentlassene ohne tragfähiges Zuhause.

Mit einer Schülerbefragung in ausgewählten Klassen der Oberstufe, eines 10. Schuljahres und einer Berufsschule wurden die aktuellen Problemverhalten und das psychische Befinden gemäss Gefährdungsmodell (Abbildung 2) erfasst. Die Ergebnisse bestätigen unsere bisherigen Analysen bei ähnlichen Schülerpopulationen (Hüsler, 2006). Die grosse Mehrheit der Jugendlichen kann als nicht oder nur schwach gefährdet bezeichnet werden, während – je nach Zusammensetzung der Klasse/Schule/Gemeinde – eine Gruppe von 5% bis 20% als gefährdet eingeschätzt werden kann (Abbildung 4). Diese Gruppe kann von gezielten Massnahmen zur Strukturierung des Alltags («Halt geben») und zur Ressourcenstärkung profitieren.



*Abbildung 4: Das Gefährdungsprofil Jugendlicher
in der Region Thun (N Thun = 171; N Referenzgruppe
OS Kanton Freiburg = 1728)*



In Ergänzung zur Schüler/innen-Befragung wurde eine Auswahl von Bedarfsindikatoren aus dem Sozialbereich zusammengestellt (Tabelle 2).

Aufgrund der Ergebnisse der Bedarfsanalyse und Stellungnahmen der kantonalen Gesundheits- und Fürsorgedirektion sowie der Kantonalen Erziehungsberatung Thun hat der Gemeinderat Thun im Juni 2008 beschlossen, die Planung zur Einrichtung einer regionalen Teilzeit- und Ganztagesstruktur fortzusetzen. Fünf Regionsgemeinden haben ihr Interesse daran bekundet.

Tabelle 2: Ausgewählte Bedarfsindikatoren für die Frühintervention (Stadt Thun, 2006)

Kinder allein erziehender Eltern	310 Eltern mit 488 Kindern
Sozialhilfeempfänger	366 <18-jährig 972 18–25-jährig
Ausländeranteil in öffentlichen Schulen	17,1%
Lehrabbruch ohne Anschlusslösung	35
Schulausschlüsse in Region Thun	5
Gefährdungsmeldungen	69
Erziehungsberatung, neue Fälle	318
Jugendgericht, neue Fälle	knapp 1000

Schlussfolgerungen

Die Entwicklung und Erprobung eines Modells der Frühintervention ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Dasselbe gilt für die anschliessende Verbreitung und Implementierung, und es gibt keine Garantie für das Gelingen. Auch wenn ein Modell in den Entwicklungsorten erfolgreich und längerfristig implementiert worden ist, bedeutet dies nicht, dass andere Orte das Modell ebenfalls übernehmen werden. Jede Verbreitung beginnt mit viel Information und Promotion, benötigt aber auch weitergehende Dienstleistungen wie Beratung und Begleitung lokaler Behörden und Fachleute sowie – wenn möglich – finanzielle Anreize. Ist einmal ein Interesse einer Gemeinde oder Region am Thema vorhanden, kann die Durchführung einer professionellen Bedarfsanalyse eine gute Grundlage für die weitere Planung bilden. In der Prävention kann man nicht immer zusätzliche Projekte lancieren, man muss Prioritäten setzen. Dies fällt nicht immer leicht und bedarf einer Planung und Führung auf kommunaler und kantonaler Ebene. Ob ein anspruchsvolles Modell wie *supra-f* tatsächlich implementiert wird, hat nicht nur mit dem Modell an sich zu tun, sondern offenbar viel mit den bestehenden lokalen/regionalen Verhältnissen und gängigen Vorstellungen der Entscheidungsträger und Fachleute.

Selbst wenn ein Modell keine breite Implementierung erfährt, ist es gut möglich, dass einzelne relevante Aspekte oder Grundsätze des Modells aufgenommen werden. Auch auf diese Weise sind Erweiterungen und Verbesserungen der Praxis möglich und zu begrüssen. So kann für die Schweiz beobachtet werden, dass die frühe Erkennung von Gefährdungen und die Frühintervention in den letzten Jahren in breiten Kreisen viel Aufmerksamkeit erhalten haben. Auf nationaler Ebene sind wichtige und langfristige Programme wie z. B. das Case Management Berufsbildung und HARMOS angelau-fen. Der Weg zur Anwendung Evidenz basierter Methoden ist jedoch lang und stösst auf Hürden. Ziel von *supra-f* ist, in diesem Umfeld ein wissenschaftlich begründetes und empirisch erprobtes Modell anzubieten, das lokal umgesetzt werden kann.

Bibliographie

BAG (2000). www.supra-f.ch

BAG (2006). Was haben wir gelernt? Prävention bei gefährdeten Jugendlichen

Catalano, R.F., Berglund, M.L., Ryan, J.A. M., Lonczak, H.S. & Hawkins, J.D. (2004). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 98–124.

Fixsen, D.L., Naom, S.F., Blasé, K.A., Friemann, R.M. & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, Florida. University of South Florida, The National Implementation Research Network.



Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Macfarlane, F. & Kyriakidou, O. (2006). Diffusion of innovations in health service organisations. A systematic literature review. Oxford: BMJ Books.

Hüsler, G. (2006). Soziale Ausgangslage, Vulnerabilität und Substanzkonsum: Ein Instrument zur Diagnostik. In: Qu'avons-nous appris? Prévention auprès des jeunes vulnérables. Berne: OFSP.

Meili, B. (2004). Indizierte Prävention bei gefährdeten Jugendlichen. Suchtmagazin, 6, 21–25.

KORRESPONDENZ:
BERNHARD MEILI
INFODROG
POSTFACH 460
3000 BERN 14
TEL. +41 (0)31 376 04 01
E-MAIL: B.MEILI@INFODROG.CH



3 > Psychosoziale Diagnostik: Ein Instrument zur Ein- schätzung der Gefährdung

GEBHARD HÜSLER

ZENTRUM FÜR REHABILITATIONS- UND GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE
DER UNIVERSITÄT FRIBOURG

Zusammenfassung

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. Wir schlagen hier ein System vor, das auf vier Parametern basiert und die wesentlichen Elemente einer psychosozialen Gefährdung erfasst. Das Internet basierte Instrument wurde im Rahmen von *supra-f* in unterschiedlichen Kontexten an über 14 000 Jugendlichen erprobt. Es eignet sich sowohl für die Beschreibung von Populationen wie z. B. Schulklassen, Jugendheimen oder Klientelen von Jugenddiensten wie auch für die individuelle Gefährdungsdiagnostik.

Das Modell

Vier Parameter bzw. Risikofaktoren gehen in die multidimensionale Diagnostik ein: die soziale Ausgangslage, interne und externe Probleme sowie der Substanzkonsum (Alkohol, Tabak, Cannabis).

Die *soziale Ausgangslage*: Es gehört zur Routine von empirischen Untersuchungen, soziodemografische Daten und Daten zum sozioökonomischen Status zu erheben. Wir erheben diese Daten ebenfalls und ergänzen sie mit Daten zu Schulabbrüchen, Aufenthalt in Institutionen und der Familienkonstellation. Dies erlaubt die Bildung eines Index «Soziale Ausgangslage». Damit lässt sich abschätzen, ob die Jugendlichen a) ein mehr oder weniger intaktes Umfeld haben und b) ob Probleme im schulischen oder ausserschulischen Kontext aufgetreten sind. Wir unterscheiden drei Gruppen: Jugendliche mit guter, mittlerer und schlechter sozialer Ausgangslage.



Tabelle 1: Soziale Ausgangslage. Gewichtung der Variablen

Soziale Ausgangslage	Beta	r
Anzahl Umzüge (> 2; > 5)*	.45	.71
Schulwechsel (> 2; > 5)*	.32	.55
Wohnen mit einem Elternteil	.25	.48
Klassenwiederholung (einmal oder mehr)	.23	.38
Trennung/Scheidung der Eltern	.19	.53
Verweis/Schulausschluss (einmal oder mehr)	.11	.35
Lehrabbruch	.11	.11
Aufenthalt in Institution (Gefängnis, Heim etc.)	.09	.38
Vater unbekannt oder gestorben	.09	.22
Mutter unbekannt oder gestorben	.06	.12

Gewichtung: Umzüge < 2 = 0, < 5 = 1, > 5 = 2; Schulwechsel: < 2 = 0, < 5 = 1, > 5 = 2

Beta: Standardisierter Beta-Koeffizient, ein Mass für das relative Gewicht der Variablen am Gesamtindex

r: Korrelationskoeffizient zwischen den Variablen und dem Index

*: mittlerer Wert über 8 Stichproben (N > 7000)

Die internalen Probleme: Hier geht es um Befindensparameter (Depression, Hautzinger et al., 1991; Ängstlichkeit, Laux et al., 1981). Dieses Mass zeigt an, ob ein Jugendlicher Befindensbeeinträchtigungen hat, sich eher in der Grauzone befindet (i. R. eine halbe Standardabweichung über dem angegebenen Normwert) oder bereits als psychisch deutlich beeinträchtigt erscheint.

Die externalen Probleme: Hier werden die Delinquenz und Verhaltensauffälligkeiten erfragt. Auch hier werden die Masse so bearbeitet, dass Jugendliche ohne Auffälligkeiten, mit geringen Auffälligkeiten und deutlichen Auffälligkeiten unterschieden werden können.

Der Substanzkonsum: Hier wird die Lebenszeitprävalenz von Alkohol-, Tabak- und Cannabiskosum erfragt (Arènes et al., 1998). Weiter wird der Konsum bezogen auf die letzten 30 Tage erhoben. Auch hier lässt sich nach unbedenklichem, eher gefährlichem und einem starken Konsum unterscheiden.

Die vier Parameter lassen sich dann zu einem Index verbinden, der eine Gesamtaussage über den Gefährdungsgrad erlaubt:

Keine Gefährdung

Die drei Risikofaktoren internale, externe Probleme und Substanzkonsum liegen in der Norm.

Ausnahme: der Konsum von nur einer der drei Substanzen Tabak, Alkohol, Cannabis kann über dem Schwellenwert liegen.

Mittlere Gefährdung

Einer der drei Risikofaktoren liegt über der Norm.



Hohe Gefährdung

Einer der drei Risikofaktoren liegt über der Norm, und die soziale Ausgangslage ist schlecht, oder mindestens zwei der drei Risikofaktoren liegen über der Norm.

Resultate

Seit September 1999 bis Anfang 2008 wurden laufend Jugendliche in fünf unterschiedlichen Strukturen befragt: Schulen (9. Klassen), Berufsschulen, *supra-f* Zentren und Motivationssemester (Brückengänge für Schulentlassene ohne Anschlusslösung) (Tabelle 2).

Tabelle 2: Die Populationen in fünf unterschiedlichen Kontexten

	Schule	<i>supra-f</i> 11–15	Berufsschule	SeMo	<i>supra-f</i> 16–20
N	4767	924	4167	2947	1317
Alter	14.6	14.2	19.2	17.7	17.4
Jungen	50%	71%	64%	52%	60%
Mädchen	50%	29%	36%	48%	40%

Die soziale Ausgangslage

Den grössten Anteil Jugendlicher mit einer guten sozialen Ausgangslage finden wir erwartungsgemäss in den Schulen (54% bei den Jungen, 56% bei den Mädchen) (Tabelle 3). In der Stichprobe der *supra-f* Zentren weisen bei den über 15-Jährigen nur 29% (m) bzw. 28% (w) eine gute soziale Ausgangslage auf. Entsprechend finden sich Jugendliche mit ungünstiger sozialer Ausgangslage signifikant häufiger in den Risikopopulationen (*supra-f* und Motivationssemester) als in den Schulen.

Zwischen den Geschlechtern gibt es kaum Unterschiede in der sozialen Ausgangslage. Einzig in den SeMo ist der Anteil mit schlechter sozialer Ausgangslage bei den jungen Männern erhöht (30% gegenüber 24% bei den Frauen).



Tabelle 3: Die soziale Ausgangslage in fünf unterschiedlichen Kontexten (Anzahl Personen und Prozente)

	Soziale Ausgangslage	Schule		supra-f 11–15		Berufsschule		SeMo		supra-f 16–20	
männlich	gut	1293	(54%)	260	(41%)	1372	(52%)	538	(35%)	216	(29%)
	mittel	902	(37%)	221	(34%)	989	(37%)	543	(35%)	258	(34%)
	schlecht	207	(9%)	161	(25%)	297	(11%)	455	(30%)	275	(37%)
weiblich	gut	1319	(56%)	113	(43%)	747	(50%)	607	(43%)	141	(28%)
	mittel	872	(37%)	79	(30%)	584	(39%)	464	(33%)	158	(32%)
	schlecht	174	(7%)	70	(27%)	169	(11%)	333	(24%)	203	(40%)
Total		4767		904		4158		2940		1251	
missing		0		20		9		7		66	

Internale Probleme

Die internalen Probleme werden über die zwei Masse Depression und Ängstlichkeit bestimmt. Zur Bildung der Gruppen «internale Probleme nicht vorhanden» (nein), «internale Probleme vorhanden» (ja) wurden jeweils die geschlechts- und altersbezogenen Grenzwerte für beide Masse beachtet. Aus Tabelle 4 ist ersichtlich, dass in der Schulstichprobe die Prozentanteile an internalen Problemen am tiefsten sind (männlich 14%, weiblich 21%). Wie bei der sozialen Ausgangslage haben wir die höchsten Anteile an psychisch Beeinträchtigten in den supra-f Stichproben. Die supra-f Mädchen und Frauen sind am meisten von internalen Problemen betroffen (40% bei den jüngeren, 47% bei den älteren). In allen Stichproben zeigen Mädchen und Frauen einen höheren Anteil von psychisch Beeinträchtigten als Jungen und Männer.

Tabelle 4: Internale Probleme in fünf unterschiedlichen Kontexten (Anzahl Personen und Prozente)

	Internale Probleme	Schule		supra-f 11–15		Berufsschule		SeMo		supra-f 16–20	
männlich	nein	2001	(86%)	459	(74%)	1953	(74%)	1002	(70%)	500	(68%)
	ja	330	(14%)	161	(26%)	671	(26%)	428	(30%)	232	(32%)
weiblich	nein	1843	(79%)	154	(60%)	1019	(68%)	878	(65%)	267	(53%)
	ja	480	(21%)	101	(40%)	473	(32%)	477	(35%)	236	(47%)
Total		4654		875		4116		2785		1235	
missing		113		49		51		162		82	

Externale Probleme

Die externalen Probleme wurden mit Items des Youth Self Report-Fragebogens von Achenbach (1991) gemessen, die aggressives und dissoziales Verhalten abbilden. Wie bei den internalen Problemen wurden geschlechtsspezifische Grenzwerte benutzt. Auch hier sind die Risikopopulationen (SeMo und *supra-f*) stärker betroffen als die Schulen (Tabelle 5). Die höchsten Prozentanteile weisen die *supra-f* Jungen und Männer aus (ca. 50%). Im Gegensatz zu den internalen Problemen haben die männlichen Teilnehmer durchwegs höhere Werte bei den externalen Problemen.

*Tabelle 5: Externale Probleme in fünf unterschiedlichen Kontexten
(Anzahl Personen und Prozente)*

	Externale Probleme	Schule		<i>supra-f</i> 11–15		Berufsschule		SeMo		<i>supra-f</i> 16–20	
männlich	nein	1835	(78%)	314	(49%)	1859	(70%)	984	(65%)	390	(51%)
	ja	508	(22%)	329	(51%)	794	(30%)	532	(35%)	382	(49%)
weiblich	nein	1868	(81%)	166	(64%)	1129	(76%)	993	(71%)	356	(69%)
	ja	449	(19%)	93	(36%)	362	(24%)	407	(29%)	161	(31%)
Total		4660		902		4144		2916		1289	
missing		107		22		23		31		28	

Substanzkonsum

Hier werden Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum abgefragt. Als Beispiel sind in Tabelle 6 die Resultate zum Cannabiskonsum wiedergegeben. Beim Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen liegt der Grenzwert bei mehr als zweimaligem Konsum pro Monat. Damit werden Jugendliche, die eher selten und möglicherweise nur gerade in den letzten 30 Tagen gekifft haben, als nicht gefährdet betrachtet. Beim Cannabiskonsum zeigt sich dasselbe Muster wie bei den externalen Problemen: In Risikopopulationen wird häufiger konsumiert als in Schulen. Jungen und Männer konsumieren häufiger als Frauen, die Älteren konsumieren häufiger als die Jüngeren.

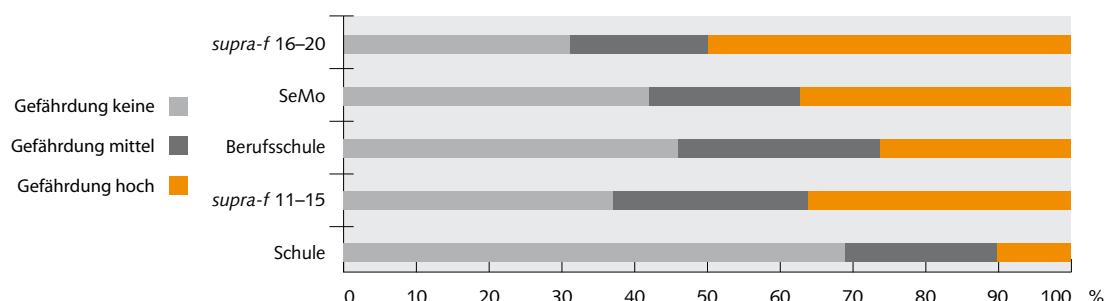
*Tabelle 6: Cannabiskonsum in fünf unterschiedlichen Kontexten
(Anzahl Personen und Prozente)*

	Cannabis-konsum	Schule		<i>supra-f</i> 11–15		Berufsschule		SeMo		<i>supra-f</i> 16–20	
männlich	nein	2109	(95%)	485	(78%)	2159	(83%)	1064	(75%)	462	(61%)
	ja	104	(5%)	135	(22%)	454	(17%)	362	(25%)	290	(39%)
weiblich	nein	2154	(97%)	216	(85%)	1343	(91%)	1141	(85%)	360	(72%)
	ja	67	(3%)	38	(15%)	130	(9%)	198	(15%)	138	(28%)
Total		4434		874		4086		2765		1250	
missing		333		50		81		182		67	

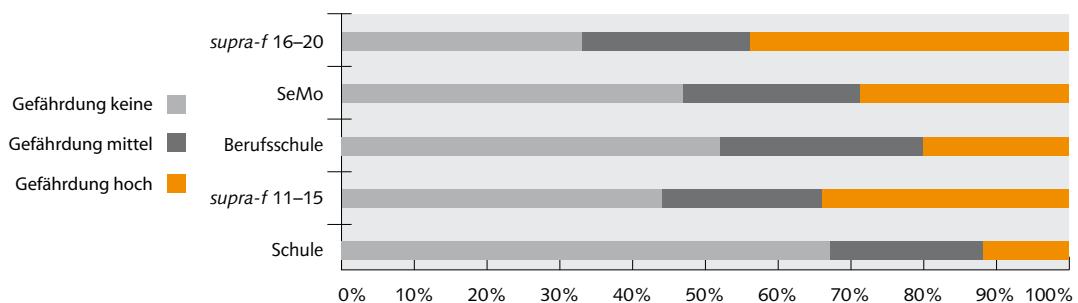
Der Gefährdungsindex

In den Abbildungen 1 und 2 sind die Resultate der psychosozialen Gefährdung aller betrachteten Populationen nach Geschlecht dargestellt. Der Gefährdungsindex wird wie eingangs dargestellt gebildet. Die Schulen (inkl. Berufsschulen) haben deutlich weniger Jugendliche mit hoher Gefährdung als die Risikogruppen in den *supra-f* Zentren und Motivationssemestern. In den Schulen finden wir bei den Jüngeren einen Anteil von 10% (Jungen) bzw. 12% (Mädchen) mit hoher Gefährdung. Die Jungen und Mädchen in den *supra-f* Zentren sind rund dreimal häufiger gefährdet (36% bzw. 34%). Zwar steigt die hohe Gefährdung in den Berufsschulen bis auf das Doppelte an (26% bzw. 20%), damit haben sie aber immer noch deutlich tiefere Werte als in den SeMo (37% bzw. 29%) und eine halb so hohe, wie sich unter den über 16-Jährigen in den *supra-f* Zentren finden lassen (50% bzw. 44%). Bedeutsame Geschlechtsunterschiede gibt es nicht.

Abbildung 1: Gefährdung in fünf unterschiedlichen Kontexten
(**Männer**, Gesamt N = 7549, in %)



*Abbildung 2: Gefährdung in fünf unterschiedlichen Kontexten (**Frauen**, Gesamt N = 5760, in %)*



Anwendungsmöglichkeiten

Die hier vorgeschlagene Internet basierte multidimensionale psychosoziale Diagnostik hat sich in unterschiedlichen Kontexten als für die Praxis tauglich erwiesen. Das Instrument kann sowohl im Gruppenverband (z. B. Schulklasse, Jugendgruppe) wie auch in einem Einzelsetting angewendet werden. Der Zeitaufwand beträgt 30–60 Minuten.

Wie die Resultate zeigen, lassen sich mit dem beschriebenen Instrument unterschiedliche Populationen auf ihre psychosoziale Gefährdung untersuchen und differenzielle Aussagen darüber machen, wo die Probleme liegen. Mit verhältnismässig wenig Aufwand wird ein anschauliches «Gefährdungsprofil» ausgewählter Populationen erstellt. Damit erhalten Kantone, Gemeinden, Schulen und weitere Strukturen nützliche Grundlagen zur Planung von gezielten Angeboten der Jugendhilfe und Prävention. Ein konkretes Beispiel für die Anwendung des Instrumentes zur Bedarfsanalyse in einer städtischen Region war die Schüler/innen-Befragung in der Region Thun (siehe Beitrag von Bernhard Meili in dieser Publikation). Weil das Instrument bereits für unterschiedliche und grosse Populationen (Schulen, Berufsschulen, Brückenangebote, *supra-f* Zentren) angewendet wurde, können neue Populationsprofile unmittelbar mit bestehenden verglichen und auf Unterschiede hin analysiert werden.

Die psychosoziale Diagnostik kann aber auch im Einzelsetting mit Rückmeldesystem eingesetzt werden. Dies wurde im Rahmen der Kurzintervention bei Cannabis-abhängigen jungen Menschen (Realize-it) untersucht und hat sich als praxistauglich erwiesen. Im Sinne der kontrollierten Praxis (Hüsler et al. in Vorbereitung) sollte es für die psychosoziale Praxis Routine werden, solche Instrumente zur Kontrolle präventiver Interventionen einzusetzen.



Bibliographie

- Arènes, J., Janvrin, M.P. & Baudier, F. (1998). *Baromètre Santé jeunes 97/98*. Editions CFES. Paris
- Achenbach, T.M. (1991). Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1991). Allgemeine Depressionsskala. Beltz. Weinheim.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). Das State-Trait-Angstinventar (STA). Beltz. Weinheim.

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



4 > VIVA – ein Programm zur Verbesserung der Selbstregulation

BRIGIT HERTLI, GEBHARD HÜSLER

ZENTRUM FÜR REHABILITATIONS- UND GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE
DER UNIVERSITÄT FRIBOURG

Zusammenfassung

Im Rahmen des Interventions- und Forschungsprogramms *supra-f* konnte ein Bedarf an einer strukturierten psychologischen Methodik zur nachhaltigen Verbesserung des oft angeschlagenen Befindens gefährdeter Jugendlicher festgestellt werden. VIVA ist ein präventives Interventionsprogramm, das sich an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Arbeitsmethoden orientiert. In der gegenwärtigen Ausgestaltung richtet es sich an Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 25 Jahren. Befindensbeeinträchtigungen (Angst, Depression) und Verhaltensauffälligkeiten sind häufig auftretende Probleme, die – wenn nicht frühzeitig angegangen – sich zu Störungen entwickeln können. Aus diesem Grund legt VIVA grossen Wert darauf, die eigenen Stimmungen zu erkennen, um adäquat darauf reagieren zu können. VIVA sollte daher zu einer besseren emotionalen Selbstregulation und zu einer Verbesserung der Befindlichkeit führen. Effektive Selbstregulation ist ein präventiver Faktor für mehrere Bereiche (wie Befindlichkeitsprobleme, externales Verhalten, Suchtmittelkonsum). Da Selbstregulation wichtig ist für die berufliche Integration, eignet sich VIVA besonders dazu, die Teilnehmer/innen auf dem Weg ins Berufs- und Arbeitsleben zu unterstützen.

Das Präventionsprogramm wird in neun wöchentlichen Gruppensitzungen zu 90 Minuten angeboten. Das Manual liegt in deutscher und französischer Version vor und erlaubt eine standardisierte Durchführung. Der Kurs wurde bis anhin mit etwa 400 Jugendlichen in der deutschen und französischen Schweiz durchgeführt. Über 100 Fachpersonen aus dem psychosozialen Arbeitsfeld absolvierten die Fortbildung zur eigenständigen Durchführung des VIVA-Programms.

VIVA wurde unter Feldbedingungen evaluiert, was mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist. Dennoch gehen die Resultate der Evaluation in die theoretisch erwartete Richtung. Die Wirkung zeigt sich in einer Verbesserung der inneren Kommunikation bei jenen Teilgruppen, die eine erhöhte negative innere Kommunikation aufwiesen. In der Folge veränderten sich auch die Befindensparameter Ängstlichkeit und Depression, die zu Beginn über der Norm lagen. Diese bewegen sich 3 Monate nach Ende der Intervention in den Normbereich. Auch Verhaltensauffälligkeiten verbessern sich teilweise – dies jeweils gemessen an einer unbehandelten Vergleichsgruppe.

Ausgangslage

Die Ergebnisse unterschiedlicher Erhebungen in der Schweiz beschreiben, dass rund 20% aller Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter Befindlichkeitsproblemen leiden (Steinhausen, 2001). In spezifischen Gruppen (wie z. B. Integrationsprogramme) erhöht sich dieser Anteil auf über 50%. Dominierend sind dabei Angst und Depression. Die kollektive Expertise des Bundesamts für Gesundheit zur Prävention bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen empfahl bereits 2003 die gezielte Anwendung evaluerter Programme auf kognitiv-behavioraler Grundlage (BAG, 2004). Im Rahmen des Interventions- und Forschungsprogramms *supra-f* hat das BAG deshalb das Forschungszentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie ZRG beauftragt, ein Programm zur *Verbesserung der Befindlichkeit* zu entwickeln. *supra-f* Zentren und weitere Bereiche in der Jugendhilfe sollten damit ihre eher sozial-pädagogischen Angebote mit einem strukturierten psychologischen Programm ergänzen können.

Das Interventionsprogramm VIVA

VIVA ist in Zusammenarbeit von Praxis und Forschung entstanden. Der Kurs ist zugeschnitten auf Jugendliche und junge Erwachsene. Er richtet sich grundsätzlich an alle, ist aber besonders für jene geeignet, die weniger sicher im Leben stehen. VIVA unterstützt Jugendliche, den Alltag besser zu bewältigen, Risikoverhalten zu erkennen und eigene Ziele schrittweise zu erreichen. Dadurch werden Voraussetzungen geschaffen, die für die Integration ins Arbeitsleben notwendig sind.

VIVA baut auf der Theorie der Selbstregulation auf. Dieses Konzept umfasst wichtige Aspekte des menschlichen Befindens und Verhaltens. In der praktischen Ausgestaltung kann die Interaktion von Gedanken, Gefühlen, Verhalten und Körperreaktionen sichtbar gemacht werden, was eine konstruktive Einflussnahme auf die verschiedenen Teilespekte erlaubt. Für Jugendliche mit ausgeprägten Problemen ist die Bearbeitung der Themen Befindlichkeit, Rückzug, Aggression, Konsum, Selbstwert, Ressourcen wichtig. Dadurch können Entwicklungsschritte und Selbstverantwortung unterstützt werden.

Arbeitsmethoden

VIVA arbeitet in geschlechtsspezifischen Gruppen von 6 bis 8 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Das Programm umfasst 9 Sitzungen zu 90 Minuten in wöchentlichem Abstand, gefolgt von einer Auffrischungssitzung nach 3 Monaten. VIVA orientiert sich an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Arbeitsmethoden. Anhand von Beispielen aus den Lebenswelten der Jugendlichen werden Strategien zur Alltagsbewältigung gemeinsam erarbeitet und mittels konkreter Übungen auch trainiert. Die erlernten Strategien werden mit Hilfe von «Cues» bildlich festgehalten, damit sie besser erinnert und



angewendet werden können. Ein handliches Journal begleitet die Kursteilnehmer/innen durch die Woche. VIVA ist angereichert mit weiterem Arbeitsmaterial wie Comics, Filmen und einer Entspannungs-CD.

Inhalt



Selbstregulation

Die Teilnehmer/innen lernen die Zusammenhänge zwischen Situation, Gedanken, Gefühlen, Körper und Verhalten kennen. Dies hilft ihnen, eine Situation genau zu betrachten, um so verschiedene Handlungsmöglichkeiten zu entdecken. VIVA unterstützt die Jugendlichen, das innere Steuerrad (Interaktion von Gefühlen und Verhalten) in die Hand zu nehmen.



Entspannung

In VIVA werden Entspannungsmethoden eingeübt (PMR nach Jacobson, imaginative Verfahren), die speziell für Jugendliche geeignet sind. Sie unterstützen die Selbstregulation und fördern die Konzentration.



Positive Aktivitäten

Wie ein Baum Nahrung braucht, benötigen wir Aktivitäten, die uns Kraft geben und unsere Stimmung positiv beeinflussen. In VIVA werden Wichtigkeit und Regelmäßigkeit von positiven Aktivitäten erarbeitet.



Umgang mit schwierigen Stimmungen

Zur Regulation schwieriger Stimmungen (wie Niedergeschlagenheit, Frustration, Angst, Wut, Ärger u. a.) werden mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern anhand konkreter Beispiele verschiedene Strategien diskutiert.



Umgang mit Gedanken

Die Teilnehmer/innen lernen den Einfluss von Gedanken auf die Stimmung und das Verhalten kennen. Neben unterschiedlichen Strategien im Umgang mit negativen automatischen Gedanken wird eingeübt, wie hilfreiche Gedanken unterstützend eingesetzt werden können.



Risikoverhalten

Es wird erarbeitet, was Risikoverhalten ist. Auch Gründe und Auslösersituationen werden besprochen. Ziel ist das Erkennen von eigenem Risikoverhalten und die Anwendung von Strategien zur Kontrolle dieses Verhaltens.

Evaluation

Die VIVA-Population

VIVA-Gruppen wurden in unterschiedlichen Kontexten angeboten, hauptsächlich aber in Motivationssemestern (SEMO) und einigen *supra-f* Zentren. In den Motivationssemestern befinden sich Jugendliche und junge Erwachsene, die unmittelbar nach Schulabschluss noch keinen Lehrstellenplatz haben. Die erste Aufgabe dieser Institutionen ist die Berufsintegration. Motivationssemester unterscheiden sich deutlich in ihrer Ausgestaltung und bezogen

Tabelle 1: VIVA-Population

	Vergleichsgruppe		VIVA		Total			p
	N	%	N	%	N	%	p	
<i>Symptome</i>								
keine Symptome	142	67%	249	73%	391	70%	.159	
Symptome	70	33%	94	27%	164	30%		
Total	212	100%	343	100%	555	100%		
<i>soziale Ausgangslage</i>								
gut	68	31%	162	45%	230	40%	.000	
mittel	76	35%	120	33%	196	34%		
schlecht	75	34%	77	21%	152	26%		
Total	219	100%	359	100%	578	100%		
<i>Geschlecht</i>								
Frauen	101	45%	198	57%	299	52%	.006	
Männer	123	55%	151	43%	274	48%		
Total	224	100%	349	100%	573	100%		
	Männer			Frauen				p
	M	(sd)	N	M	(sd)	N		
Alter	17.6	(2.0)	273	17.5	(1.5)	298	.671	
Ängstlichkeit	38.2	(9.5)	270	41.7	(11.3)	296	.000	
Depressivität	9.9	(7.6)	263	13.0	(9.1)	293	.000	
seelische Gesundheit	61.2	(8.3)	264	58.4	(8.5)	281	.000	
Selbstwert	3.4	(0.5)	266	3.3	(0.6)	293	.003	
Selbstregulation	2.1	(0.4)	258	2.0	(0.4)	283	.001	
normbrechendes Verhalten	2.8	(3.2)	272	1.3	(2.0)	298	.000	
Selbstzufriedenheit	1.9	(0.6)	257	2.1	(0.7)	291	.000	
Selbstentmutigung	2.0	(0.7)	250	2.3	(0.7)	286	.000	

Legende: Symptome: Ängstlichkeit und/oder Depressivität hoch: Ängstlichkeit: Männer > 42, Frauen > 46; Depressivität: Männer > 17, Frauen > 22. Soziale Ausgangslage: soziale Geschichte einer Person. Ängstlichkeit: STAI trait (Lauz et al., 1981), Skala von 20–80. Depressivität: Hautzinger & Bailer (1993), Skala von 0–45. Seelische Gesundheit: Becker (1981), Skala von 1–4. Selbstwert: Harter (1982), Skala von 1–4. Normbrechendes Verhalten: Eigenkonstruktion nach Loeber et al. (1989), Skala von 0–13. Selbstzufriedenheit, Selbstentmutigung: ISE (Tönnies, 1982), Skala von 1–4



auf die Population. Insgesamt nahmen 349 Teilnehmer/innen am VIVA-Präventionsprogramm teil. Davon sind 57% Frauen, 43% Männer. Das Durchschnittsalter ist 17,4 Jahre. 27% weisen Symptome auf (Ängstlichkeit und/oder Depressivität hoch). Bei 45% war die soziale Ausgangslage gut, bei 33% mittel und bei 21% schlecht.

Ergebnisse

VIVA wurde im Rahmen einer Feldstudie auf seine Effektivität geprüft. Dies ist für die Forschung eine Herausforderung, da die Durchführungsbedingungen extrem variieren. Deshalb haben wir nur jene Personen, die an mindestens 7 Sitzungen teilgenommen haben, in die Analyse aufgenommen. Schwerpunkt des VIVA-Programms ist die Verbesserung der *emotionalen Selbstregulation*. Zentrale Strategie dazu ist die Verbesserung der negativen inneren Kommunikation. Um die eigenen Emotionen regulieren zu können, ist es notwendig, dass die Teilnehmer/innen hinsichtlich ihrer inneren Kommunikation (Art und Weise mit sich selbst zu reden) sensibilisiert werden. Als bestimmendes Element gilt hier die Veränderung der negativen Selbstkommunikation, da diese auf das Befinden (Angst, Depression) Einfluss nimmt. Wir unterscheiden drei Gruppen hinsichtlich Selbstkommunikation (Selbstzufriedenheit tief, N = 44, Selbstzufriedenheit im Normbereich, N = 63, Selbstzufriedenheit hoch, N = 20). Von Interesse ist nur die letzte Gruppe «Selbstzufriedenheit hoch». Die Auswertung zeigt, dass jene Gruppe mit «Selbstzufriedenheit hoch» die Werte verbessert. Die *negative Selbstkommunikation nimmt ab* (Tabelle 2).

Werden die Werte der VIVA-Gruppen mit der Vergleichsgruppe ohne Intervention verglichen, so bleiben diese Veränderungen erhalten. Die negative Selbstkommunikation nimmt in den VIVA-Gruppen in einem grösseren Ausmass ab als bei den Vergleichsgruppen. In der Folge verbesserten sich auch die Werte der Angst und Depression, die vor dem VIVA-Programm ausserhalb der Norm lagen. Sie bewegen sich 3 Monate nach Beendigung der Intervention in den Normbereich. Diese Effekte zeigen sich bei Personen, wie zuvor erwähnt, die an mindestens 7 von 9 Kurssitzungen teilgenommen haben (Tabelle 2).

Auch *externale Verhaltensweisen* verändern sich teilweise. Teilnehmer/innen, die eine hohe Selbstzufriedenheit aufweisen, zeigen Verbesserung im externalen Verhalten, v. a. nehmen dissoziale Verhaltensweisen ab.

Es lassen sich zwei Gruppen identifizieren, die vor allem von VIVA profitieren. Personen, die bereits erste Symptome erhöhter Ängstlichkeit und Depression zeigen, wie auch Personen mit schlechter sozialer Ausgangslage (zahlreiche Umzüge im Laufe des Lebens, Schulausschluss, Eltern getrennt oder geschieden). Soweit zu den objektiven Massen.

Die *subjektiv eingeschätzte Verbesserung* durch die Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden mit zwei Instrumenten gemessen: dem VEV (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens) und dem Rückmeldebogen nach jeder VIVA-Sitzung.

*Tabelle 2: Selbstkommunikation; mindestens 7 Sitzungen;
Veränderungen innerhalb der Gruppe T1–T2*

	N	T1		T2		d
		M	(sd)	M	(sd)	
<i>Selbstzufriedenheit</i>						
Selbstzufriedenheit tief	44	2.4	(0.7)	2.5	(0.7)	.05
Selbstzufriedenheit Normbereich	63	2.7	(0.5)	2.8	(0.5)	.16
Selbstzufriedenheit hoch	20	2.8	(0.5)	2.7	(0.4)	-.08
<i>Selbstermutigung</i>						
Selbstzufriedenheit tief	43	2.5	(0.8)	2.5	(0.8)	.08
Selbstzufriedenheit Normbereich	63	2.7	(0.5)	2.7	(0.5)	-.02
Selbstzufriedenheit hoch	19	2.4	(0.5)	2.4	(0.6)	-.08
<i>Selbstzufriedenheit</i>						
Selbstzufriedenheit tief	44	1.4	(0.2)	1.7	(0.7)	1.34
Selbstzufriedenheit Normbereich	62	2.2	(0.3)	2.1	(0.5)	-.15
Selbstzufriedenheit hoch	20	2.9	(0.3)	2.4	(0.5)	-1.53
<i>Selbstentmutigung</i>						
Selbstzufriedenheit tief	42	1.6	(0.5)	1.9	(0.7)	.56
Selbstzufriedenheit Normbereich	58	2.2	(0.5)	2.1	(0.6)	-.30
Selbstzufriedenheit hoch	19	2.8	(0.7)	2.4	(0.7)	-.62
<i>positive Selbstkommunikation</i>						
Selbstzufriedenheit tief	43	2.5	(0.7)	2.5	(0.7)	.01
Selbstzufriedenheit Normbereich	63	2.7	(0.5)	2.8	(0.5)	.07
Selbstzufriedenheit hoch	20	2.5	(0.4)	2.6	(0.5)	.19
<i>negative Selbstkommunikation</i>						
Selbstzufriedenheit tief	44	1.5	(0.3)	1.8	(0.7)	.87
Selbstzufriedenheit Normbereich	63	2.2	(0.3)	2.1	(0.5)	-.16
Selbstzufriedenheit hoch	19	2.8	(0.4)	2.4	(0.6)	-.92

Legende: Selbstzufriedenheit, Selbstermutigung, Selbstzufriedenheit, Selbstentmutigung, positive, negative Selbstkommunikation: ISE (Tönnies, 1982), Skala von 1–4. Selbstzufriedenheit tief: < 1.55 (Männer) bzw. < 1.81 (Frauen). Selbstzufriedenheit Normbereich: 1.55–2.41 (Männer) bzw. 1.81–2.63 (Frauen). Selbstzufriedenheit hoch: > 2.41 (Männer) bzw. > 2.63 (Frauen). T1/T2: Messung bei Eintritt/Austritt. d: Effektstärke

Veränderungen auf dem VEV (Erleben und Verhalten)

Die subjektiv erfragte Verbesserung bei den Jugendlichen zeigt ein positives Bild der Veränderung. Personen, die mindestens an 7 Sitzungen teilgenommen haben, geben zu über 90% an, dass sie sich günstig verändert hätten. Eine Teilgruppe ($N = 70$) füllte den VEV aus. Der Fragebogen von Zielke und Kopf-Mehnert wird zur Therapieveränderungsmessung eingesetzt. Ursprünglich konzipiert für die Gesprächspsychotherapie, wurde der Fragebogen auch für weitere Interventionsformen angewendet. Der Fragebogen soll die Stärke und die Richtung der Veränderungen im Erleben und Verhalten festhalten. Im Sinne der subjektiven Methode der Veränderungserfassung nach Bereiter (1963) sollen Personen durch eine retrospektive Befragung diese Veränderungen einschätzen (Abbildung 1 und Tabelle 3).

Abbildung 1: Veränderung VEV

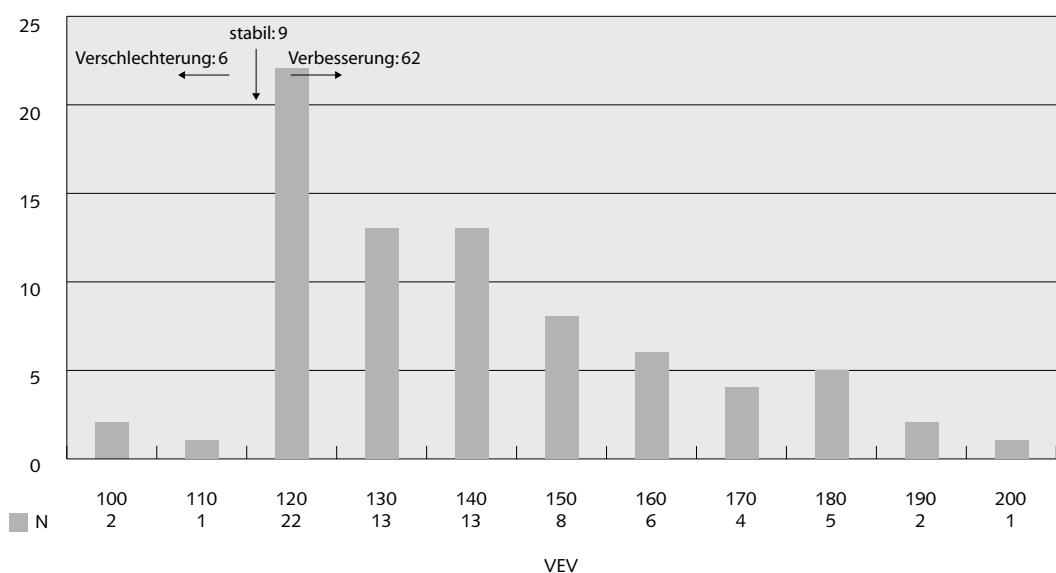


Tabelle 3: VIVA-Veränderungen VEV

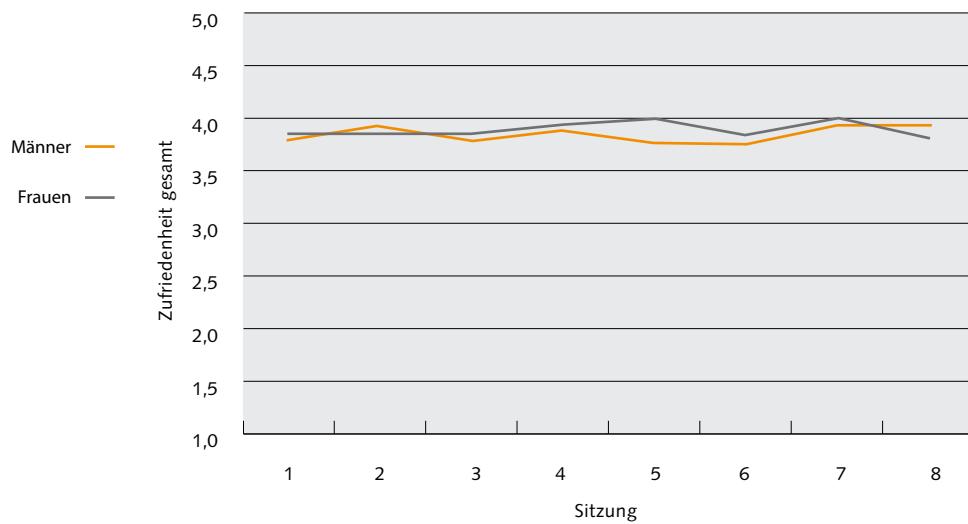
	M	(sd)	N	p
<i>Geschlecht</i>				
Männer	135.7	(32.4)	22	.837
Frauen	134.4	(21.9)	53	
<i>Symptome</i>				
keine Symptome	136.2	(25.9)	55	.858
Symptome	135.0	(26.8)	20	
<i>soziale Ausgangslage</i>				
gut	138.1	(23.7)	41	.023
mittel	125.5	(26.1)	24	
schlecht	148.8	(24.9)	12	
<i>Nationalität</i>				
Schweiz	131.5	(25.1)	18	.431
Ausland 1. Generation	139.1	(29.0)	34	
Ausland 2. Generation	131.3	(20.2)	24	
<i>Kultureller Hintergrund</i>				
christlich	133.2	(25.9)	38	.455
Islam	139.6	(24.1)	33	
andere	129.2	(31.4)	7	
<i>Selbstzufriedenheit</i>				
tief	139.7	(32.2)	12	.047
Normbereich	129.5	(23.5)	46	
hoch	147.1	(20.9)	15	
<i>Selbstermutigung</i>				
tief	129.9	(37.8)	17	.556
Normbereich	136.8	(20.8)	49	
hoch	130.4	(17.7)	8	
<i>Selbstunzufriedenheit</i>				
tief	137.2	(31.1)	29	.504
Normbereich	130.9	(21.0)	32	
hoch	138.7	(20.1)	14	
<i>Selbstentmutigung</i>				
tief	145.8	(46.2)	10	.252
Normbereich	131.3	(17.1)	41	
hoch	137.2	(26.3)	21	
Total	134.8	(25.2)	75	

Legende: VEV: Adaptierte Version des VEV (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978), Anzahl Items: 29, Minimum = 29, Maximum = 203. Veränderungswerte: Verschlechterung < 116, stabil = 116, Verbesserung > 116. Symptome: Ängstlichkeit und/oder Depressivität hoch: Ängstlichkeit: Männer > 42, Frauen > 46; Depressivität: Männer > 17, Frauen > 22. Soziale Ausgangslage: soziale Geschichte einer Person. Selbstzufriedenheit, Selbstermutigung, Selbstunzufriedenheit, Selbstentmutigung, positive, negative Selbstkommunikation: ISE (Tönnies, 1982), Skala von 1–4

Die Zufriedenheit der Teilnehmer/innen mit der Intervention

Ein weiteres Mass der Evaluation ist die Zufriedenheit mit dem Kurs. Die Teilnehmer/innen gaben über jede durchgeführte Gruppensitzung ihre Meinung ab. Die Zufriedenheit der Jugendlichen mit dem VIVA-Kurs ist erfreulich hoch (Abbildung 2).

Abbildung 2: Zufriedenheit mit dem VIVA-Kurs



Der Fragebogen umfasst 7 Fragen: 1. Die Sitzung hat mir gefallen, 2. Das Thema hat mich interessiert, 3. Alles in allem habe ich den dargebotenen Stoff verstanden, 4. Ich habe nützliche Sachen gelernt, 5. Ich fühlte mich in der Gruppe wohl, 6. Der Kontakt zur Kursleitung hat gestimmt, 7. Ich freue mich auf die nächste Sitzung. Das Antwortformat ist 5-stufig: gar nicht... sehr gut

Fortbildung zu VIVA

Seit Abschluss der VIVA-Versuchsphase werden vom ZRG Fortbildungsveranstaltungen für Institutionen und Fachpersonen angeboten, um das Programm auf gesamtschweizerischer Ebene zu verbreiten. Die Fortbildung wird nach dem Konzept der kontrollierten Praxis durchgeführt und umfasst 3 Kurstage mit praxisbegleitender Supervision und Evaluation. Bis anhin nahmen über 100 Personen aus folgenden Arbeitsbereichen teil: Motivationssemester, Berufsintegrationsprogramme, *supra-f* Zentren, (Sucht)präventionsstellen, Jugendberatungsstellen, Schulsozialarbeitende.

Empfehlungen für die Praxis

Die Ergebnisse und Erfahrungen aus der Pilotphase mit dem VIVA-Präventionsprogramm führen zu einigen Schlussfolgerungen und Empfehlungen:



- Präventionsprogramme zur Verbesserung der Selbstregulation bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind notwendig und sinnvoll;
- Der Kleingruppenansatz ist im Bereich der Sekundärprävention mit Jugendlichen wichtig (nicht grössere Gruppen als 8 Teilnehmer/innen);
- Geschlechtsspezifisches Arbeiten ist empfehlenswert;
- Ein Programm sollte gut in die Institution integriert sein;
- Um nachhaltige Effekte zu erreichen, ist der Transfer der VIVA-Strategien auch nach Abschluss der 9 Sitzungen zu fördern;
- Bei Risikoverhalten wie z. B. Cannabiskonsum, Rauschtrinken u. a. kann das Modul «Risikoverhalten» mit entsprechenden *problemspezifischen* Modulen ergänzt werden.

Bibliographie

Bundesamt für Gesundheit BAG (2004). Entwicklungschancen fördern. Empfehlungen einer kollektiven Expertise. Bern: BAG.

Bereiter, C. (1963). Some persisting dilemmas in the measurement of change. In C.W. Harris (Ed.) *Problems in measuring change*. Madison: University of Wisconsin Press.

Becker, P. (1989). Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.

Harter, S. (1982). The Perceived Competence Scale of Children. *Child Development*, 53, 87–97.

Hautzinger, M. & Bailer, M. (1983). Allgemeine Depressionsskala (ADS). Weinheim: Beltz.

Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). Das State-Trait-Angstinventar (STA). Weinheim: Beltz.

Steinhausen, H.C. & Winkler Metzke, C. (2001). Seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter. *ZNS Journal*, 14–22.

Tönnies, S. (1982). Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene (ISE). Weinheim: Beltz.

Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Weinheim: Beltz.

KORRESPONDENZ:

BRIGIT HERTLI

GEBHARD HÜSLER

FORSCHUNGZENTRUM FÜR
REHABILITATIONS- UND GESUNDHEITS-
PSYCHOLOGIE DER UNIVERSITÄT FRIBOURG

RTE ENGLISBERG 7

1763 GRANGES-PACCOT

TEL. +41 (0)26 300 76 54

E-MAIL: BRIGIT.HERTLIHUESLER@UNIFR.CH

GEBHARD.HUESLER@UNIFR.CH





Schweizerische Eidgenossenschaft

Confédération suisse

Confederazione Svizzera

Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG