

supra-f

Ein Sucht-Präventions-Forschungsprogramm

Schlussbericht

Zentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie
Universität Fribourg
Dr. Gebhard Hüsler,
Egon Werlen
Rte Englisberg 7
CH-1763 Granges-Paccot
026 300 76 54
gebhard.huesler@unifr.ch

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
Vertrag Nr. 01.000848
Laufzeit: 2000-2005

Vorwort

Das Vier-Säulen-Modell der schweizerischen Drogenpolitik bildet seit 1991 den Bezugsrahmen für die verschiedensten Massnahmen zur Reduktion der Drogenprobleme in der Schweiz. Der Suchtforschung wurde von Anfang an eine grosse Bedeutung beigemessen. Schwerpunkte waren bisher die Epidemiologie des Drogenkonsums und dessen Folgen, die Behandlung und die Schadensminderung. Die Forschungsaufträge sollten...

- 1) eine möglichst genaue Beschreibung der Problemlagen und ihrer Tendenzen abgeben;
- 2) gültige Erklärungen über Entwicklungen und Zusammenhänge liefern;
- 3) den Weg bahnen für „best practice“ Ansätze, die durchaus auch innovativ sein dürfen.

Mit dem Interventions- und Forschungsprojekt *supra-f* hat das BAG Ende der 90iger Jahren nun erstmals grosszügig in die Säule der Prävention investiert. Ziel war, für das Segment der gefährdeten Jugendlichen gemeindenähe Frühinterventionsansätze zu evaluieren. Den beteiligten Kantonen und Gemeinden wurde ein verbindlicher Rahmen vorgegeben, der aber doch eine recht hohe Differenzierung der Einzelprojekte zulies. Dieses Zulassen regionaler Bedürfnisse war für die Begleitforschung ohne Zweifel eine Knacknuss, für den längerfristigen Erfolg von *supra-f* aber unerlässlich. Auch nach Abschluss der BAG Finanzbeiträge existieren die 12 Präventionszentren weiter.

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

Der vorliegende Schlussbericht der *supra-f* Forschung stellt eine Auswahl aus einer immensen Vielfalt an Ergebnissen vor. Verschiedene Artikel in Fachzeitschriften gehen darüber hinaus und widmen sich Einzelthemen (siehe Publikationsliste im Anhang). Die *supra-f* Forschung musste sich in einem schwierigen Umfeld bewegen, das geprägt war von den Erwartungen des BAG einerseits und den Praxisbedingungen andererseits. Der Forschungsplan war anspruchsvoll: Nicht nur gehörte eine Vergleichsgruppe von Jugendlichen ohne *supra-f* Intervention zu den Anforderungen, sondern auch das möglichst lückenlose Nachverfolgen der Jugendlichen lange nach der Intervention (die Kohorte wird bis 2008 weiterverfolgt). Die grosse Heterogenität der Interventionen wie auch der betreuten Jugendlichen erforderte ebenfalls grosse Anstrengungen sowohl bei der Datenerfassung wie auch bei der Auswertung und Interpretation der Daten. Dazu kamen die Reibungen zwischen Forschung und Praxis, die aber in einem gemeinsamen Lernfeld einfach dazugehören.

Aus Sicht der Programmleitung sind einige Forschungsbefunde besonders hervorzuheben, die für die Weiterentwicklung einer wirksamen Sekundärprävention bzw. Frühintervention von Bedeutung sind:

- 1) In ihrer gesunden Entwicklung gefährdete Jugendliche können durch Lehrer erkannt - und falls vorhanden - geeigneten Strukturen zugewiesen werden. Spezielle

„screenings“, wie sie z.B. für Cannabiskonsum angeboten werden, scheinen somit wenig sinnvoll.

2) Gefährdete Jugendliche zeigen oft mehrere Auffälligkeiten und Belastungen. Auch aus diesem Grund würde das Fokussieren auf Substanzkonsum in der Regel zu kurz greifen.

3) Erhöhte Depressivität und Ängstlichkeit gehen einher mit stark erhöhtem Substanzkonsum und Suizidalität.

4) Die soziale Ausgangslage (Elternhaus, Schulkarriere, Heimaufenthalt) eines Jugendlichen hat einen „moderierenden“ Einfluss auf die Gesamtgefährdung: Bei Vorliegen von Risikofaktoren (Substanzkonsum, externale Verhaltensprobleme, schlechte Befindlichkeit) kann eine günstige soziale Ausgangslage die Jugendlichen schützen. Andere Jugendliche mit denselben Risikofaktoren und zusätzlich einer belasteten sozialen Ausgangslage sind dagegen erheblich gefährdet für ihre weitere Entwicklung. Dieser Befund, der in der Kohortenanalyse der empirischen Bestätigung bedarf, ist sozialpolitisch von grosser Bedeutung. Er verweist auf die Bedeutung der „selektiven“ Prävention, nach welcher die Prävention gezielt denjenigen Bevölkerungsgruppen zukommen soll, die sie besonders benötigen.

5) Erst eine Differenzierung sowohl der Zentren wie der Klienten erlaubt partielle Wirkungen (in die erwünschte Richtung) der Intervention nachzuweisen und zwar auch bei den Folgeerhebungen nach Ablauf des Programme. Am meisten scheinen die Jugendlichen mit hohem Risiko zu profitieren.

6) Das „Multizenter - Design“ von *supra-f* ermöglichte einen meta-analytischen Vergleich zwischen den 12 Zentren untereinander, wie auch zwischen *supra-f* und anderen publizierten Metaanalysen. Wenn auch die Effektstärken nicht überragend sind, ist doch hervorzuheben, dass die unspezifische, eher generalistische, sozialpädagogische *supra-f* Intervention vergleichbare, z.T. sogar bessere Wirkungen zeigt als spezifischere Programme zur Drogenprävention.

Die *supra-f* Forschung hat als bisheriges Ergebnis nicht nur eine Fülle an Daten und Erklärungsversuchen geliefert, sondern - und das ist besonders hervorzuheben - die Machbarkeit und die Bedeutung der Wirkungsforschung in der Prävention im Jugendbereich belegen können. In diesem Sinne hatte *supra-f* auch eine Pionierrolle inne, und es kann hier nur dringend empfohlen werden, die Präventionsforschung hiermit nicht etwa abubrechen sondern den Impuls aufzunehmen und weiter zu forschen.

Allen am Gelingen der Forschung Beteiligten - und dazu gehören neben den Forschern insbesondere auch die Mitarbeitenden in den Präventionszentren und die rund 1500 Jugendlichen - sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

Bernhard Meili
Soziologe lic.phil.
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Nationale Präventionsprogramme
Sektion Jugend, Ernährung und Bewegung

Inhaltsverzeichnis

1	Überblick	3
1.1	Forschung als Prozess	4
1.2	Forschung und Praxis	5
1.3	Die Zentren	5
1.4	Fragen an <i>supra-f</i>	5
1.5	Hauptziel von <i>supra-f</i>	7
2	Theoretischer Hintergrund	10
2.1	Die Bestimmung der Funktionsfähigkeit unter den Aspekten Risiko-Schutzfaktoren, Vulnerabilität und Resilienz	11
2.2	Vulnerabilität	11
2.3	Resilienz	11
3	Entwicklungspsychopathologie	12
3.1	Auswirkungen auf die Forschungsmethodik	12
3.2	Ein Bedingungs- und Behandlungsmodell	13
3.3	Behandlungsmodell	14
4	Die <i>supra-f</i> Zentren	15
4.1	Methode	16
4.2	Beobachtungsebenen	17
5	Resultate	18
5.1	Unterschiede der Schweizer und der ausländischen Jugendlichen	21
5.2	Morbidität und Komorbidität	23
5.2.1	Die Gruppe der psychisch unauffälligen Jugendlichen	24
5.2.2	Die depressiv und ängstlichen Jugendlichen	25
5.2.3	Die ängstlichen Jugendlichen	25
5.2.4	Die depressiven Jugendlichen	25
5.3	Integration	26
5.3.1	Integration und soziale Ausgangslage	26
5.3.2	Integration und Zentrumstyp	27
5.4	Wirksamkeit der <i>supra-f</i> Zentren über den Zeitraum von 18-24 Monaten	27
5.5	Abschliessende Bemerkungen zu den Wirkungen innerhalb der <i>supra-f</i> Zentren	32
6	Metaanalytischer Vergleich	32
7	Schlussfolgerungen	37
	Wie geht es weiter?	38
8	Literatur	39
	Anhang	44
1	Publikationen im Rahmen von <i>supra-f</i>	45
1.1	Kongresse	47
1.2	Zwischenberichte	49
2	Effektstärken als Abbildungen	50
3	Aktionsplan	54
4	Beschreibung der Instrumente	55

Tabellen

Tabelle 1:	Datenquellen, Analyseebenen und Zentren	17
Tabelle 2:	<i>supra-f</i> Jugendliche – Soziale Ausgangslage	19
Tabelle 3:	Kennwerte der verwendeten Instrumente	20
Tabelle 4:	Schweizer-, ausländische Jugendliche der zweiten und ersten Generation	22
Tabelle 5:	<i>supra-f</i> Population und psychische Symptome	23
Tabelle 6:	Effektstärken zwischen Eintritt (T0) und nach 18-24 Monaten (T2)	28
Tabelle 7:	<i>supra-f</i> Jugendliche ohne Symptome	29
Tabelle 8:	<i>supra-f</i> Jugendliche mit Symptomen	30
Tabelle 9:	Zentrumsbezogene Veränderungen	30
Tabelle 10:	Zentrumsbezogene Veränderungen unter dem Aspekt Symptome ja/nein	31
Tabelle 11:	Metaanalytische Resultate zum Befinden	33
Tabelle 12:	Metaanalysen zum Selbstwert	34
Tabelle 13:	Metaanalysen zu externalen Problemen	35
Tabelle 14:	Metaanalysen zum Substanzkonsum	36

Abbildungen

Grafik 1:	Datenerhebung	4
Grafik 2:	Zuweiserzufriedenheit	8
Grafik 3:	Zufriedenheit der Jugendlichen	9
Grafik 4:	Cannabismodell	13
Grafik 5:	<i>supra-f</i> Zentren in der Schweiz	15
Grafik 6:	Zentren entlang der Achsen soziale Desintegration und Struktur gebende Massnahmen	16
Grafik 7:	Befindensbeeinträchtigung, Substanzkonsum und Suizidalität in <i>supra-f</i>	24
Grafik 8:	Integration und soziale Ausgangslage	26
Grafik 9:	Integration und Zentrumstyp	27
Grafik 10:	ES zum Negativen Befinden: Zentren, Jugendliche mit/ohne Symptome, soziale Ausgangslage	50
Grafik 11:	ES zum Positiven Selbstkonzept: Zentren, Jugendliche mit/ohne Symptome, soziale Ausgangslage	51
Grafik 11:	ES zum Normbrechenden Verhalten: Zentren, Jugendliche mit/ohne Symptome, soziale Ausgangslage	52
Grafik 12:	ES zum Substanzkonsum: Zentren, Jugendliche mit/ohne Symptome, soziale Ausgangslage	53

1 Überblick

supra-f ist eine Multizenterstudie, die gefährdeten Jugendlichen Unterstützung anbietet. Angesprochen werden Jugendliche von 11-20 Jahren mit Problemlagen, von denen vermutet werden kann, dass sie als *Risikofaktoren für Substanzmissbrauch* gelten. Dazu gehören berufliche oder schulische Auffälligkeiten (Leistungs- und Verhaltensprobleme), Familienprobleme, Delinquenz, Substanzmissbrauch (aber nicht Abhängigkeit). Jugendliche, die ein *supra-f* Programm in Anspruch nehmen, profitieren von verschiedenen Hilfsangeboten. Die Programme dauern in der Regel zwischen 4 bis 9 Monate. Die mittlere Aufenthaltsdauer liegt bei 6-7 Monaten.

Die *supra-f* Forschung * untersucht Entwicklung und Verlauf der Jugendlichen in den verschiedenen *supra-f* Programmen. Die Studie sieht drei Messzeiten vor: Eintritt ins Programm, nach sechs Monaten (kurz vor Austritt aus dem Programm) und nach 18 Monaten. Darüber hinaus führt die Studie eine Vergleichsgruppe ohne *supra-f* Intervention mit. Diese Vergleichsgruppe wurde im Umfeld der *supra-f* Zentren rekrutiert.

Die Forschung erfasst soziodemografische Daten, die Zuweisungsproblematik, Daten zum Befinden, zum Substanzkonsum, zur Delinquenz etc. (vgl. Tabellen 1, 3). Daten zur Zuweisung werden vom jeweiligen *supra-f* Zentrum erhoben. Der Grossteil der Daten wird bei den Jugendlichen selbst erfasst. Die gestellten Fragen umfassen psychische- und physische Gesundheit, die Beziehung zur Familie und Freunden, Fragen zur Sexualität, zum Substanzkonsum und zum delinquenten Verhalten. In einem kurzen Interview werden Fragen zum Freizeitverhalten, zur finanziellen Situation, zum Werdegang und zu den Zukunftsperspektiven gestellt. Die Jugendlichen füllen die Fragebogen am PC aus (im Bedarfsfall können sie zum Ausfüllen Hilfe in Anspruch nehmen).

Der zeitliche Ablauf:

1998-1999 erfolgte eine Machbarkeitsstudie (vgl. Wicki et al., 1999). Hier sollte überprüft werden, ob die Zielgruppe der gefährdeten Jugendlichen erreicht werden kann (erste Projektphase).

Die zweite Projektphase umfasste den Zeitraum September 1999 bis September 2000. Hier ging es um die Entwicklung des Aktionsplanes, mit welchem die tatsächlichen Leistungen der einzelnen Programme erfasst werden (vgl. Hüsler et al., 2005).

Seit September 2001 befinden wir uns in der dritten Projektphase. Hier geht es um die reibungslose Erhebung der Daten, um die Datenanalyse und die Rückmeldungen an die beteiligten Zentren.

Der Abschluss der Studie ist für Ende 2005 vorgesehen. Die Überführung in eine Kohortenstudie ist im Gange. Das Ziel der Kohortenstudie besteht darin, *supra-f* Jugendliche in ihrer weiteren beruflichen und sozialen Integration sowie der Veränderungen im Substanzkonsum zu beobachten.

* Ein solches Forschungsprojekt kann nur mit einem gut funktionierenden Team erfolgreich durchgeführt werden. Deshalb möchte ich meinen Mitarbeiter/innen herzlich danken. Namentlich seien erwähnt: Catherine Oehen, Alida Gulfi, Marc Bär, Michael Sigrist, Nadia Lucas und Angelika Koestner

Intervention und Vergleichsgruppe

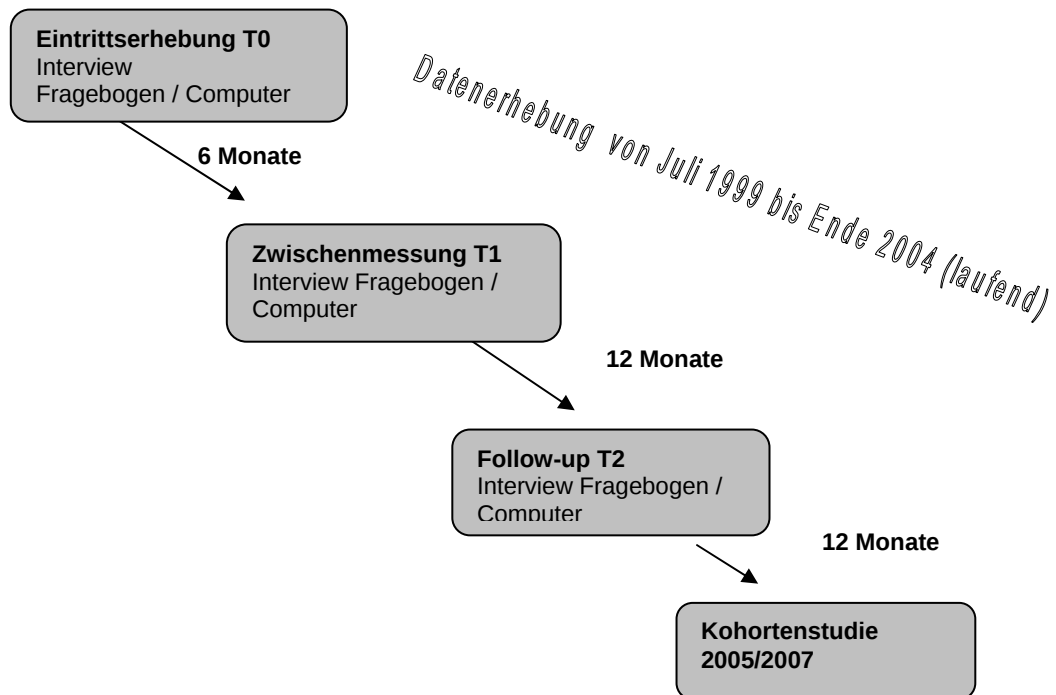


Abbildung 1: Datenerhebung in Interventions- und Vergleichsgruppe

supra-f als nationales, sekundär präventives Präventionsprogramm für gefährdete Jugendliche wurde vom BAG als Lernfeld für Praxis und Forschung konzipiert. Damit waren an das Programm unterschiedliche Erwartungen geknüpft. Das Programm wurde in ländlichen und städtischen Umgebungen, der deutschen und französischen Schweiz implementiert.

1.1 Forschung als Prozess

supra-f ist als ein mehrjähriges Forschungs - Praxisprojekt angelegt. Ursprünglich hatten sich 14 Zentren für die Teilnahme interessiert. Bereits nach etwa eineinhalb Jahren waren drei Zentren ausgeschieden. Ein Zentrum wollte die Forschungsaufgaben nicht erfüllen und für ein weiteres Zentrum konnte der Bedarfsnachweis nicht erbracht werden, d.h. die Belegungszahl war so tief, dass es sich nicht rechtfertigen liess, dieses Programm weiter aufrechtzuerhalten. Nachträglich kam „Jumpina“, ein Mädchenprojekt hinzu. Der Umgang mit den deutlich unterschiedlichen Populationen in den Zentren und die unterschiedlichen Zielsetzungen erwiesen sich als ein wesentliches Forschungsproblem, das schliesslich mit dem **Aktionsplan** (Hüsler et al., 2005, vgl. Anhang) gelöst werden konnte. Die laufende Datenanalyse, die sich auf die Parameter Befinden (Depression, Angst), Selbstkonzept, Selbstwert, Elternbeziehung und Beziehung zu Gleichaltrigen, Delinquenz und Substanzkonsum konzentrierten, erbrachten kaum Veränderungen. Auch hier konnte nach und nach ein Weg gefunden werden, wie mit den Daten zu verfahren war. Dazu trug die Analyse des Aktionsplanes bei, der zeigte, dass sich Typen von Zentren identifizieren lassen und diese Zentren Jugendliche mit unterschiedlichen Risiken betreuen. Eine Analyse nach Struktur der Zentren, ausgedrückt in der verbrachten Zeit im Zentrum und

diese Zeit aufgegliedert nach Angeboten an die Jugendlichen, liess uns die zugrunde liegenden Mechanismen besser verstehen. Ein weiterer Erkenntnisgewinn war die Tatsache, dass sich in diesen Zentren Jugendliche mit unterschiedlicher sozialer (Des)integration befinden. *Unter Integration bzw. Desintegration wird verstanden, ob die Jugendlichen schulisch bzw. beruflich eingebettet sind.* Dies führte wiederum dazu, dass neben der Desintegration auch das psychopathologische Profil der Jugendlichen in die Analyse einbezogen wurde. Um Effekte nachweisen zu können, muss

- a) analysiert werden, wo sich der Jugendliche auf der Variablen Desintegration (geringe, mittlere, hohe) befindet,
- b) ob er aus einem Zentrum mit geringer, mittlerem, oder hohem Strukturierungsgrad (Zentrum A, B, C, D, E) kommt und schlussendlich,
- c) ob er Symptome wie Angst, Depression, beides, oder keines von beiden hat.

1.2 Forschung und Praxis

Das Forschungs-Praxis-Dilemma wird vielfach beklagt und spielte auch in *supra-f* wesentlich mit. Dabei wird oft übersehen, dass es innerhalb der Praxis und innerhalb der Forschung keine Uniformität hinsichtlich der Methodik gibt. Interventionsforschung ist immer auch eine Form von Prüfung bzw. Beurteilung. Als vertrauensbildende Massnahmen kann der mindestens jährliche Besuch und die Rückmeldung der zentrumsbezogenen Rückmeldung der Daten gewertet werden. Dabei haben wir auch von der Praxis gelernt. Der Einbezug der sozialen Ausgangslage der Jugendlichen, die wir aufgrund der Praxis als Variable aufgenommen haben, verbesserte wesentlich die Interpretation der prä-post Vergleiche. Unter der **sozialen Ausgangslage** wurden Bereiche erfasst, die das nahe soziale Umfeld des Jugendlichen und den schulischen und beruflichen Werdegang bis zum Eintritt in ein *supra-f* Zentrum beschreiben. Damit wurde ein wichtiger Schritt in der Annäherung von Forschung und Praxis bezogen auf die Einschätzung der günstigen oder ungünstigen Verläufe der Jugendlichen getan.

1.3 Die Zentren

Die Ausgangslage der Zentren war unterschiedlich. Während in der französischen Schweiz einige Zentren bereits existierten und sich nur geringfügig an die *supra-f* Idee anpassen mussten, sind die meisten Zentren in der deutschen Schweiz neu entstanden. Weiter waren die Zentren durch den Finanzierungsmodus gehalten, möglichst innert drei Jahren eine Eigenfinanzierung zu erreichen. Darüber hinaus war die Vorgabe des BAG mindestens 20 Jugendliche pro Halbjahr zu betreuen, ebenfalls ein Faktor, der den Zentren einen stimulierenden Druck aufsetzte. So musste jedes Zentrum seine Nische im Bereich der lokal bereits bestehenden psychosozialen Angebote finden.

1.4 Fragen an *supra-f*

supra-f erlaubt die langfristige Beobachtung integrationsgefährdeter Jugendlicher. Der Einbezug der Vergleichsgruppe gab die Möglichkeit abzuschätzen, ob psychosoziale Veränderungen auch dann eintreten, wenn keine Interventionen erfolgen. Präventive Aktivitäten stehen derzeit (noch) unter wenig Legitimationszwang. Sie sind „en vogue.“ Dennoch bleibt nicht nur aus ökonomischen Überlegungen die Frage: Was legitimiert zu präventivem Handeln? Für die Primärprävention hat sich gezeigt, dass viele Aktivitäten ganz einfach wirkungslos sind (vgl. Rehm, 2003 für die Alkoholprimärprävention). Es gibt bereits Evaluationen die eine nachteilige Wirkung primär präventiver Aktivitäten für

bestimmte Gruppen nachweisen (vgl. Schmidt, 2001). Für den sekundär präventiven Bereich ist bestenfalls bekannt, dass bestimmte Programme Effekte erzielen. Belegt ist das z.B. für schulbezogene Interventionsprogramme (vgl. Durlak & Wells, 1998). Abgesehen von der Metaanalyse der zuvor genannten Autoren sind systematische Evaluationen bzw. Metaanalysen unseres Wissens kaum verfügbar. Bedingt durch die ungenauen Ziele, eine nicht klar umrissene Zielpopulation und der oft unklaren Interventionen kann die Befundlage auch nicht besser sein. Es ist deshalb notwendig auf mehreren und unterschiedlichen Ebenen systematisch die implizierten Teilbereiche aufzuarbeiten (vgl. Hüsler, 2003). Aktivitäten im sekundär präventiven Bereich müssen eine Reihe von Fragen beantworten können, damit sie dem Grundsatz - nihil nocere - folgen. Erst daraus ergibt sich die gesellschaftliche Legitimation zum Handeln.

Epidemiologische Studien, die zwar Störungen und nicht Risiken oder Gefährdung erfassen, weisen ein Gesamtstörungspotential von etwa 20% über verschiedene Länder hinweg nach (vgl. Bird, 1996). Wie stabil bleiben diese Störungen? Bei der Sichtung der Literatur zum Substanzmissbrauch und anderen Störungen, stellt sich die weitere Frage: Macht eine isolierte Betrachtung des Substanzmissbrauchs überhaupt noch Sinn? Wenn nicht der Gelegenheitskonsum im Vordergrund steht, können wir davon ausgehen, dass ein deutliches Ausmass an Komorbidität vorhanden ist. Wenn dem so ist - was bedeutet das für *supra-f*? Eine Frage, welche die Entwicklungspsychologie über Langzeitstudien beantworten kann, ist: Gibt es verlässliche Eckwerte für die reliable Erfassung von Gefährdung bzw. Risiko? Eine daran anschliessende Frage muss sein: Was wissen wir über die Variation normativer Entwicklung und wann müssen wir von einer psychopathologischen Entwicklung sprechen? Wie stabil sind solche Entwicklungen? Wann sollte interveniert werden? Ist der feststellbare Trend zu einem immer früheren Zeitpunkt im Leben eingreifen zu wollen gerechtfertigt? Oder ist der Zeitpunkt gar nicht so wichtig? Eine weitere Frage betrifft die Effektivität der sekundär präventiven Programme oder ganz generell gefragt: Was nützen sekundär präventive Interventionen? Für *supra-f* ergeben sich dabei folgende Fragen:

- 1) Wie hoch ist der Anteil der Jugendlichen mit Störungspotential? *supra-f* Daten erlauben nur den „groben“ Vergleich mit internalen Störungen. Epidemiologische Studien nennen ein Gesamtstörungspotential von 20%. Die *supra-f* Population hat im Vergleich allein bei internalen Störungen einen Anteil von 33% (gemessen mit einer Depressions- und einer Ängstlichkeitsskala).
- 2) Welche Variablen bestimmen den Substanzkonsum und weitere Gesundheitsaspekte wie physische Symptome und Arztbesuch? Wir haben verschiedentlich in Berichten und Publikationen (Hüsler et al., 2004) die Ansicht vertreten, dass der Substanzkonsum, hier vor allem der Cannabiskonsum, nur dann zum Problem wird, wenn der Jugendliche auch über ein internes Störungspotential verfügt. In verschiedenen Pfadmodellen konnten wir zeigen, dass Befindensaspekte nicht unwesentlich zur Stabilisierung des Substanzkonsums auf einem höheren Niveau beitragen. Überdies ist das psychische Befinden generell für die Wahrnehmung von Beschwerden und für den Arztbesuch prädiktiv.
- 3) Da *supra-f* eines von wenigen breit angelegten Interventionsprogrammen ist (vgl. Wicki et al., 2001), das eine Vergleichsgruppe mitführt, soll die Variation der untersuchten Parameter mit und ohne Intervention betrachtet werden. Die Resultate lassen sich hier schon vorweg nehmen. Die Veränderungen auf den internalen Parametern sind bescheiden und unterscheiden sich kaum von der Vergleichsgruppe. Die Verläufe beim Substanzkonsum sind zwischen Vergleichs- und Interventionsgruppe sehr ähnlich. Auch hier haben wir verschiedentlich darauf hingewiesen, dass breit angelegte Struktur gebende Programme wie sie in *supra-f* und auch zuhauf in anderen Projekten angeboten werden nicht ausreichen, um kurz- und mittelfristige Veränderungen zu erzielen. Wir haben dies jeweils damit begründet, dass Befindensaspekte zu wenig bearbeitet wurden und beim Substanzkonsum nicht gezielt genug interveniert wurde.

Einschränkend ist aber auch festzuhalten, dass die externalen Störungen (Verhaltensauffälligkeiten, Schulleistungsverbesserungen), Veränderungen des Umfelds zu ungenau erfasst wurden, um aussagekräftig zu sein. Gerade deshalb besteht auch die Gefahr, dass die Veränderungen in diesen Bereichen überschätzt werden. Freilich sind Eltern und Lehrer zufrieden, wenn unterstützende Massnahmen in den Zentren dazu führen, dass „Störenfriede“ ruhiger werden oder Schulaufgaben nicht mehr das Zusammensein in der Familie belasten (vgl. Resultate zur Zuweiserzufriedenheit, Abbildung 2). Was kommt aber danach? Wie sieht es aus mit der längerfristigen Integration dieser Jugendlichen? Mit Integration ist ein hartes Datum gemeint: Schulerfolg oder Berufseinstieg und Verbleib.

1.5 Hauptziel von *supra-f*

supra-f hatte zum Ziel, suchtp Präventive 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. Sekundär präventive 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 (psychische, soziodemografische, Substanzkonsum) herangezogen werden können, und damit eine gewisse Beliebigkeit verbunden ist, was als Risiko definiert wird. Da sich *supra-f* an einem Risikoansatz orientiert, haben solche Profile einen theoretischen Rückbezug und werden aufgrund einer Eingangsdiagnostik erstellt, die in unserem Fall folgende Bereiche umfasst: Befindlichkeit, Selbstwert, Bewältigung, Suizidalität, Delinquenz und Substanzkonsum. Da sich die *supra-f* Zentren bezogen auf das Angebot, das sich aus strukturellen (Freizeit, Projektarbeit etc.) und inhaltlichen (Beratung, Gruppenarbeit) Massnahmen zusammensetzt, deutlich unterscheiden, müssen sich von vorneherein Jugendliche in den Programmen befinden, die sich aufgrund 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. Wobei die 11-15-Jährigen eher in schulbezogenen und die 16-20-Jährigen eher in Zentren zur beruflichen Eingliederung zu finden sind. Diesen Sachverhalt muss eine Wirksamkeitsanalyse berücksichtigen.

Das primäre Ziel aller *supra-f* Projekte war die Verringerung der Substanz spezifischen Gefährdung. Dem vorgelagert war aber die schulische, berufliche und soziale Integration. Wie aber wird soziale Integration erreicht? Für einen 14-jährigen Jugendlichen, der in der Herkunftsfamilie lebt, und aufgrund von Schulschwierigkeiten einem *supra-f* Projekt zugewiesen wird, ist diese Frage anders zu beantworten, als für einen 17-Jährigen, der ohne Arbeit und sicheren Wohnsitz in einem anderen *supra-f* Projekt betreut wird. Zur Beantwortung dieser Frage sollte zuerst der theoretische Bezug hergestellt werden, der sich über die Bedingungen, wie aus Risikokonstellationen Gefährdung wird, Klarheit verschaffen sollte (Bedingungsmodell). Weiter muss man aber auch über ein Interventions- oder Veränderungsmodell verfügen, das die Frage beantwortet: Was ist zu tun, damit eine stufenweise soziale Integration möglich, oder aber Desintegration, die sich aufgrund einer bestimmten Risikokonstellation ergibt, verhindert wird? Dieser theoretische Rückbezug erlaubt dann, die Wirksamkeit in Abhängigkeit der Risikokonstellation zu beurteilen.

Die ersten *supra-f* Projekte haben im Sommer 1999 ihre Arbeit aufgenommen und ab März 2000 waren alle vom BAG ausgewählten Zentren tätig, mit einer Ausnahme, Jumpina, einem Mädchenprojekt, das seine Tätigkeit erst im Sommer 2000 aufnahm. Wir können nun eine vierjährige Phase der Zentren überblicken. Eine wesentliche Frage, die aber teilweise bereits in der Machbarkeitsphase in den Jahren 1998 und 1999 beantwortet wurde, war: Erreichen die Projekte ihre Zielpopulation? Diese Frage stellte sich im Zusammenhang mit der vom BAG vorgegebenen Belegungsziffer von mindestens 20

Jugendlichen pro *supra-f* Zentrum pro Jahr. Wir ermittelten eine mittlere Belegung von 18 Jugendlichen. Dies entsprach der Zielvorgabe. Allerdings gab es grosse Schwankungen innerhalb der Zentren. Bezogen auf das Risikoprofil (tief=1, mittel=2, hoch=3) lag der Mittelwert bei 1.8, also im mittleren Bereich, wobei auch hier eine breite Streuung vorliegt. Das Risiko wurde aber nicht nur aufgrund unserer Eingangsdiagnose erfasst. Zu Vergleichszwecken haben wir das Urteil der Mitarbeiter/innen aus den Zentren eingeholt. Hier liegt der mittlere Wert etwas höher (2.1).

Die Wirksamkeit der *supra-f* Zentren wurde unter verschiedenen Aspekten geprüft. Mit einem globalen Veränderungsmass wurde überprüft, wie sich Jugendliche mit verschiedenen Risikoprofilen entwickeln. Hier stellen wir fest, dass Jugendliche mit einem mittleren und hohen Risiko teils grössere Verbesserungen aufweisen als Jugendliche mit einem tiefen Risiko. Jugendliche, die auf den gemessenen Skalen weitgehend unauffällig sind, bleiben in der Norm und können sich deshalb kaum verändern. Ein Aussenkriterium wie das Lehrer- oder Elternurteil stand uns nicht zur Verfügung, um dieses Resultat noch genauer zu analysieren. Da das Risiko der Jugendlichen vorab im Zusammenhang mit einem gegenwärtigen oder zukünftigen Substanzkonsum steht, sollte die Entwicklung dieses Konsums genauer betrachtet werden, wobei der Alkoholkonsum fast unbedeutend ist. Cannabis, vor allem aber der Zigarettenkonsum, gemessen an anderen Populationen ist erhöht. Bezogen auf die Veränderung nach der Intervention (im Mittel nach 7 Monaten) stellen wir eine leichte Zunahme fest. Diese Zunahme geht aber nicht zu Lasten von Neukonsumenten, sondern wird vor allem von jener Gruppe, die bereits einen mittleren Konsum zu Beginn hat, verursacht. Es kann also keine Rede davon sein, dass Jugendliche über *supra-f* Projekte hinsichtlich des Substanzkonsum „infiziert“ werden.

Eine im Jahr 2003 durchgeführte Befragung bei den Zuweisern ergab eine sehr hohe Zufriedenheit (Mittelwert 4,5 auf einer 5er Skala) für praktisch alle Zentren.

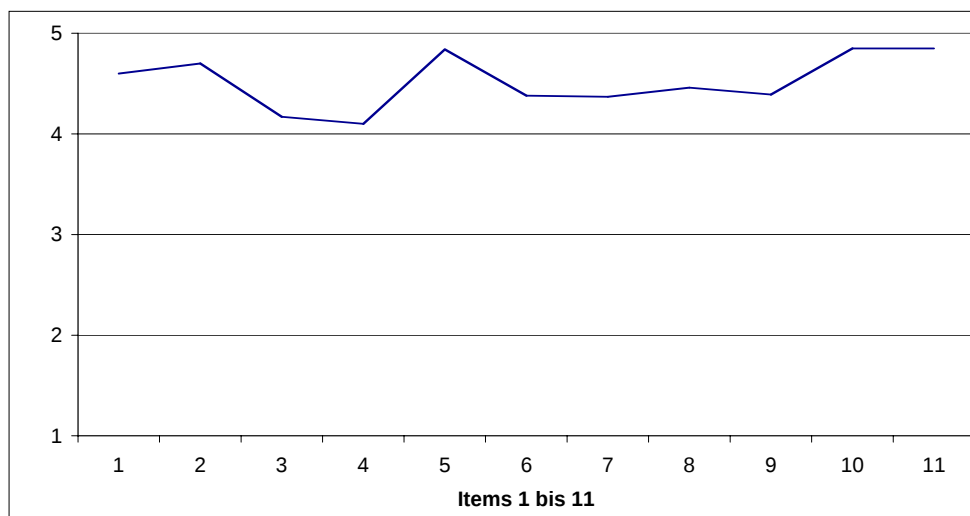


Abbildung 2: Zuweiserzufriedenheit

Legende: 1) Unterstützung, 2) Anliegen ernstgenommen, 3) Regelmässig informiert, 4) Einbezug, 5) Freundlichkeit, 6) flexible Lösungen, 7) Erreichbarkeit, 8) unbürokratisches Verfahren, 9) Zufriedenheit, 10) erneute Zuweisung, 11) Versorgung

Die Zufriedenheit der Jugendlichen (Mittelwert 3.2) bezogen auf Infrastruktur und Betreuung ist hoch (Skala: sehr schlecht=1, sehr gut=4). Sie liegt im unteren Bereich bezogen auf das Ansprechen von Problemen, die Weiterempfehlung des *supra-f* Zentrums an andere Jugendliche oder das Gefühl am richtigen Ort zu sein.

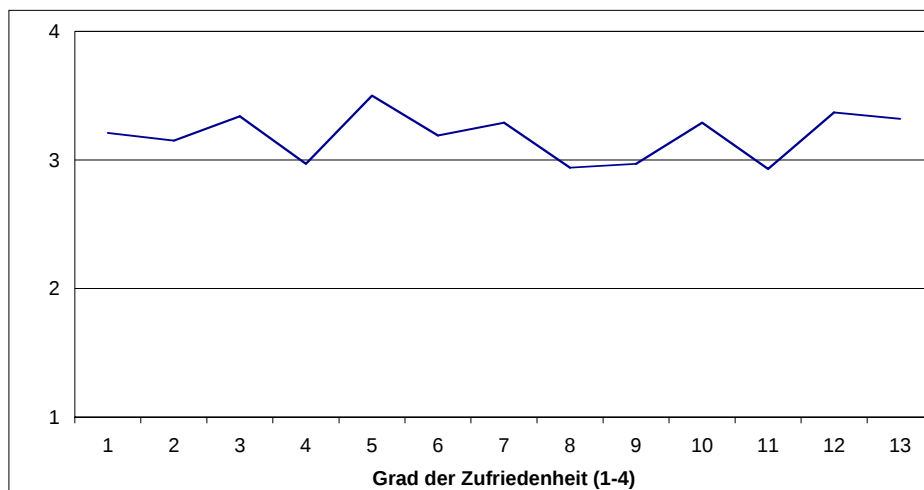


Abbildung 3: Zufriedenheit der Jugendlichen

Legende: 1) Gefühle im Projekt, 2) Angebote, 3) Auskommen mit anderen Jugendlichen, 4) über Probleme reden können, 5) Leute, die Dich betreuen, 6) Wünsche und Befürfnisse befriedigt, 7) auf BetreuerInnen verlassen können, 8) am richtigen Ort, 9) gerne herkommen, 10) BetreuerInnen offen für Deine Anliegen, 11) würdest Du Projekt empfehlen, 12) über Rechte und Pflichten aufgeklärt worden, 13) BetreuerInnen immer da, wenn gebraucht

Die Wirksamkeit auf der Zentrenebene sollte die Frage beantworten: Lassen sich Unterschiede in der Effektivität bezogen auf einzelne Programmeinheiten feststellen?

Diese Frage ist nur im Ansatz zu beantworten. Zum einen verlangt die Heterogenität der Zentren eine zentrumsbezogene Auswertung, zum anderen sind Jugendliche mit unterschiedlichen Risiken auf die Zentren unterschiedlich verteilt. Ausserdem lassen sich Jugendliche trotz ähnlicher Profile aufgrund der klar unterschiedlichen sozialen Integration kaum vergleichen. Diesem Problem haben wir uns deshalb in mehreren Schritten genähert. Der Aktionsplan (vgl. Anhang) erlaubt die Analyse der Zeit, die für verschiedene Aktionen bzw. Massnahmen aufgewendet wird. Dabei lassen sich vier Typen von Zentren unterscheiden (vgl. Abbildung 6). Zentrum (A) umfasst schulergänzende Massnahmen mit inhaltlichem Schwerpunkt. Zentrum (B) beinhaltet eine Tagesstruktur mit einer breiten Angebotspalette, Zentrum (C) beinhaltet sozialintegrative Massnahmen mit Struktur gebendem Schwerpunkt. Zentrum D ist eine Schulklasse mit einem 10. Schuljahr und Zentrum E ist ein Arbeitsvermittlungsprogramm, das Arbeits-, Ausbildungs- und Praktikastellen vermittelt.

Fassen wir die Ergebnisse des Verlaufs von *supra-f* zusammen, so ist auf der Seite der Forschung die Entwicklung eines Bedingungs- und Behandlungsmodells, die Entwicklung des Aktionsplans, die differentielle Darstellung eines Risikomodells mit entsprechender Darstellung von Risikoprofilen, der diagnostische Prozess zum Auffinden der adäquaten Intervention und die Kategorisierung (A, B, C, D, E) der Zentren nach Struktur und Desintegration zu erwähnen. Auf der Seite der Zentren sind die steigenden Belegungsziffern im Verlauf, die hohe Haltequote, die hohe Zufriedenheit der Zuweiser und der Jugendlichen mit den Zentren, eine hohe Integrationsrate bzw. eine geringe Abbruchquote hervorzuheben. Ausserdem haben alle Zentren eine finanzielle Eigenständigkeit erreicht und sind nicht mehr vom BAG abhängig.

2 Theoretischer Hintergrund

Belastungen bei Jugendlichen ergeben sich dann, wenn die individuellen Möglichkeiten und die sozialen Unterstützungssysteme nicht ausreichen. Als Ordnungsschema definieren Flammer, Grob & Alsaker (1997) Belastungsgrade - Inanspruchnahme von Ressourcen (keine, geringe, mittlere, hohe Belastung) - in Abhängigkeit von Situationen. Belastungen oder Anforderungen können als Alltagsergebnisse (kurzfristig) oder als Entwicklungsaufgaben (langfristig) auftreten. Viele dieser Anforderungen werden als Herausforderung erlebt. Schule und Gesellschaft stellen in der Regel gemäss der Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen zunehmende Anforderungen. Diesen Anforderungen stellen sich a) nicht alle Jugendlichen (Leistungsverweigerung) und b) sind nicht alle Jugendlichen gewachsen. Da gesellschaftliche oder individuelle Anforderungen nicht immer mit den Ressourcen in Einklang stehen, sind Auswirkungen auf das Individuum und das System (Familie, Schule, Beruf), in welchem der Jugendliche sich befindet, kaum zu vermeiden. Der Jugendliche oder das System Familie bzw. das Umfeld reagiert mit Störungen. Anforderungen können nach Havighurst (1956) als Entwicklungsaufgaben beschrieben werden, als Aufgaben, die aus einem bestimmten Lebensabschnitt des Individuums entstehen. Die erfolgreiche Bewältigung solcher Aufgaben führt zu Erfolgserlebnissen und erhöht die Wahrscheinlichkeit spätere Aufgaben erfolgreich zu bewältigen. Ein Misserfolg hingegen, erhöht die Wahrscheinlichkeit des Misserfolgs, verbunden mit Schwierigkeiten in der Bewältigung späterer Aufgaben. Die Entwicklungsaufgaben werden durch drei Quellen gespeist: körperliche Entwicklung, kultureller Druck bzw. Erwartungen der Gesellschaft und individuelle Wünsche und Werte. Dreher und Dreher (1985) nennen 10 Entwicklungsbereiche: Den Aufbau eines Freundeskreises, die Akzeptanz der eigenen körperlichen Erscheinung, Rollenübernahme als Frau oder Mann, Aufnahme intimer Beziehungen zu einem Partner/einer Partnerin, Unabhängigkeit von den Eltern, Wissen, was man werden will, und was man dafür tun muss, Vorstellungen über einen zukünftigen Ehepartner, eine zukünftige Familie entwickeln, Wissen, wer man selber ist, und was man kann, Entwicklung einer eigenen Weltanschauung, Entwicklung von Zukunftsperspektiven. Sieber (1993) nennt weiter die Auseinandersetzung mit Alkohol, Tabak und anderen Drogen. Bukstein (1995) nennt vier Entwicklungsaufgaben, die den Substanzkonsum unterstützen: (1) die Unabhängigkeit von den Eltern, (2) das Experimentieren mit alternativen Einstellungen und Werten, (3) der Kontakt mit der Peergruppe und (4) der Wunsch den Erwachsenenstatus zu haben. Weitere Aufgaben, die sich in multikulturellen Gesellschaften ergeben, sind Aufgabe oder Übernahme alter bzw. neuer Werte und Ansichten bzw. das Hineinwachsen in eine bis anhin eher fremde Welt, oder die Entwicklung der Fähigkeit zwischen zwei Kulturen hin und her zu pendeln. Die Entwicklung des Jugendlichen geschieht im Rahmen eines bestimmten Umfeldes auf das der Jugendliche mit zunehmendem Alter Einfluss ausüben kann. Unter einem Anforderungs- Ressourcenmodell lassen sich verschiedene Ebenen (persönlich, sozial, kulturell) unterscheiden. Bronfenbrenners Entwicklungsmodell (1977) unterscheidet eine Mikro-, Meso-, Exo-, und eine Makroebene, in dem sich ein Individuum befindet. Die Mikroebene umfasst die sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen, Familie und Lehrpersonen, die Mesoebene die Verbindungen des Mikrosystems, die Exoebene Institutionen im weiteren Sinne, und die Makroebene die gesellschaftlichen Verhältnisse. Dieses „Funktionieren“ in einer bestimmten Lebenswelt kann nur aus dem Blickwinkel blosser Abwesenheit von pathologischen Verhaltens- und Erlebensweisen, sondern auch als subjektives Wohlbefinden, Lern-, Leistungs- und Genussfähigkeit, physische und psychische Gesundheit ebenso wie Freude an familiärer und institutioneller Einbettung beschrieben werden.

2.1 Die Bestimmung der Funktionsfähigkeit unter den Aspekten Risiko und Schutzfaktoren, Vulnerabilität und Resilienz

Bei der Entwicklung von Systemen sind Faktoren (innere, äussere), die auf ein System stabilisierend oder destabilisierend wirken, zu beachten. Die Entwicklungspsychopathologie konzentriert sich dabei auf die Vergangenheit bzw. auf die individuellen Entwicklungsbedingungen. Die Klinische Psychologie interessiert sich für Faktoren, die im Laufe der Intervention auf ein System stabilisierend bzw. destabilisierend wirken. Die Entwicklungspsychopathologie benennt als stabilisierende Faktoren Schutzfaktoren und Resilienz sowie als destabilisierende Bedingungen Risikofaktoren und Vulnerabilität. Beide Begriffe sind methodisch schwer zu fassen (Oerter et al., 1999). Risikofaktoren setzen sich aus sehr heterogenen Variablen zusammen. Unter Risikofaktoren versteht man **distale** Rahmenbedingungen wie Armut, ungünstige Wohnbedingungen und/oder Zugehörigkeit zu einer Randgruppe. Dann werden als Risikofaktoren Beziehungen und Eigenschaften von Bezugspersonen untersucht. Untersuchungsfelder sind Aggressionen und Gewalt in der Familie. Zu den Risikofaktoren zählen aber auch **proximale** Faktoren, z.B. interne Bedingungen wie Temperament, biologische Faktoren, Lebensstil, Problemlöse- und Bewältigungsstrategien. Der Stellenwert dieser Faktoren ist verschieden. Zumeist geht man von einer additiven Wirkung von Risikofaktoren aus. Trotz scheinbarer Additivität dieser Faktoren hat man den einfachen Wirkungszusammenhang zwischen Risikofaktoren und Störung aufgegeben. Mit Rutter (1990) ist anzunehmen, dass Risikofaktoren nicht per se das Entwicklungsergebnis bedingen, sondern eher Indikatoren für komplexere Prozesse und Mechanismen sind, die die individuelle Anpassung beeinflussen.

2.2 Vulnerabilität

Die Vulnerabilität ist ein Begriff, der am Individuum ansetzt. Sie bezieht sich auf das Ausmass der Wirksamkeit von Risikofaktoren. Je ausgeprägter die Vulnerabilität, desto eher können Risikofaktoren wirksam werden. Bei der Vulnerabilität lassen sich zwischen biologischen und psychologischen Bedingungen unterscheiden. Die biologischen Bedingungen sind Temperament und körperliche Gesundheit, die psychologischen Bedingungen sind mit den bisherigen Entwicklungserfahrungen und der Einflussnahme bzw. den Gestaltungswillen um die eigene Entwicklung bedingt. Das Gegenstück zu den Risikofaktoren - die protektiven Faktoren - lassen sich ebenfalls in distale Randbedingungen, proximale Beziehungseinflüsse und interne Schutzfaktoren aufschlüsseln. In Längsschnittstudien hat sich immer wieder gezeigt, dass Kinder und Jugendliche trotz hoher Risikofaktoren eine günstige Entwicklung nehmen (Werner & Smith, 1982; Werner, 1990; Egle, Hoffmann & Stelfens, 1997). Diese Beobachtung wird als Resilienz oder Widerstandsfähigkeit interpretiert und definiert als Fähigkeit, interne und externe Ressourcen erfolgreich zu nutzen (Waters & Sroufe, 1983).

2.3 Resilienz

Resilienz wird aber nicht als stabiles Persönlichkeitsmerkmal, sondern als variierend über Zeit und Situationen verstanden (Masten, Best & Garmezy, 1990; Rutter, 1990). Noam (1997) hat deshalb die Unterscheidung zwischen konstitutioneller Resilienz und Resilienzentwicklung eingeführt. Resilienz kann deshalb auch als bereichsspezifisch angesehen werden. Resilienz würde sich unter dieser Perspektive analog zur Vulnerabilität aus biologischen und psychologischen Bedingungen zusammensetzen. Die Resilienzforschung bemüht sich daher um die Isolierung von Umweltfaktoren, die zum

Phänomen der Resilienz beitragen. Als Beispiel wird die Kauai-Studie (Werner, 1990) zitiert, wo als begünstigende Faktoren das Vorhandensein von Grosseltern, älteren Geschwistern und sonst hilfreichen erwachsenen Personen auftraten, bei einer generell ungünstigen, risikoreichen Umgebung. Diese Risiko- und Resilienzfaktoren sagen aber nicht vorher, welchen Weg ein Jugendlicher einschlägt. Viele Bedingungen und viele Entwicklungswege können zum gleichen Erscheinungsbild führen - was mit Äquifinalität gemeint ist (Cicchetti & Cohen, 1995; Kusch & Petermann, 1998). Umgekehrt können ein und derselbe Entwicklungsweg bzw. die dabei auftretenden Kombinationen von Bedingungen zu unterschiedlichen Krankheitsbildern oder Störungen führen, je nachdem, wie das System die Bedingungen verarbeitet – was mit Multifinalität gemeint ist. Es ist die Aufgabe der Entwicklungspsychopathologie die Fragestellungen zu einer normalen bzw. abweichenden Entwicklung genauer zu untersuchen.

3 Entwicklungspsychopathologie

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die Entwicklungspsychopathologie als Folge der Integration verschiedener, bisher getrennter Disziplinen zu einer neuen Wissenschaft entwickelt. In ihrem 1984 erschienenen Artikel „The domain of developmental psychopathology“ definieren Sroufe und Rutter die Entwicklungspsychopathologie als „die Untersuchung vom Ursprung und Verlauf individueller Muster fehlangepassten Verhaltens, welcher Art auch immer die Umformung in die Verhaltensmanifestation sein mag und ganz gleich, wie komplex das psychologische Entwicklungsmuster ist“. Die Entwicklungspsychopathologie konzentriert ihr Interesse hauptsächlich auf die Untersuchung von Risikogruppen oder psychopathologisch auffälligen Bevölkerungskreisen. Ein verwandter Aspekt ist das Interesse an den Mechanismen und Prozessen, die die möglichen Folgen von Risikofaktoren mildern (Cicchetti & Lynch, 1993; Rutter, 1988). Der Ansatz, den ein entwicklungspathologischer Zugang erfordert, verlangt nach einer umfassenden Beurteilung der psychischen Funktionsfähigkeit unter Einbezug multidisziplinärer, multikontextueller und bereichsspezifischer Erfassungsstrategien.

3.1 Auswirkungen auf die Forschungsmethodik

Nimmt man die entwicklungspsychopathologische Perspektive als Ansatz in der Prävention, so muss in der Forschung zwischen Variation die aus der Entwicklung resultiert, und der Variation die auftretenden individuellen Unterschieden zuzuschreiben ist, unterschieden werden. Damit werden Fragen zur Methodik und zum Design berührt. Bei *supra-f* wurden Jugendliche mit einem Risikopotenzial beforscht, wobei nach inneren oder psychischen bzw. äusseren oder sozialen Risiken unterschieden werden. Es wird kein „suchtspezifisches Risiko“ gesucht, sondern es besteht allenfalls aufgrund der Konstellation, die sich beim Jugendlichen zeigt, die Vermutung einer Entwicklung zu einem risikoreichen Substanzkonsum, falls keine präventive Intervention erfolgt. Damit sind wir aber von der Auswertung der Daten her gesehen auf subgruppenspezifisches bzw. einzelfallorientiertes Vorgehen angewiesen. D.h. wir favorisieren letztendlich nicht ein variablenzentriertes sondern ein personenzentriertes Design. Die Untersuchung von Subgruppenunterschieden innerhalb einer grösseren Gruppe bietet eine Möglichkeit, die Diversität in Prozess und Ergebnis von jugendlicher Entwicklung in den Forschungsstrategien zu berücksichtigen. So sind Profilanalysen von Einzelpersonen quer durch verschiedene Dimensionen oder Bereiche der psychologischen Funktionsfähigkeiten bedeutend informativer als Gruppenmittelwertsvergleiche, die zu einer Nivellierung führen (Jessor, 1998). Die Datenfülle zwingt dann aber zu Kompromissen. So werden wir im Ergebnisteil vor allem mit Effektstärken (Cohen, 1988) operieren.

3.2 Ein Bedingungs- und Behandlungsmodell

Da es sich bei *supra-f* um ein Programm mit unterschiedlichen Interventionen handelt, braucht es für die theoretische Einbettung des Programms sowohl ein **Bedingungsmodell**, das die Frage klärt, „wie kommt es, dass eine bestimmte Risikokonstellation entsteht“ und ein **Behandlungsmodell**, das darüber Auskunft gibt, welche Interventionen dazu führen, dass sich diese Risikokonstellationen nicht als weiteres Hemmnis für eine förderliche Entwicklung des Jugendlichen auswirken. Zur Erklärung der Ätiologie und Aufrechterhaltung des risikoreichen Substanzkonsums bieten sich eine ganze Reihe von Theorien an. Liettieri & Welz (1983) teilen nach psychologischen, sozialpsychologischen, soziologischen und physiologischen, genetischen und biochemischen Theorien ein. Theorien sollten ebenfalls nach ihrer Reichweite unterschieden werden. Wobei übergreifende Gesellschaftstheorien für das Verständnis dieser Zusammenhänge kaum dienlich sind. Es sind bereichsspezifische Theorien, die operationalisierbar sind, vorzuziehen. *supra-f* ist einem Risikoansatz verpflichtet. Deshalb sind Theorien, die (nur) den Substanzkonsum erklären, wenig sinnvoll. Es sollte vielmehr eine Theorie bzw. ein Modell herangezogen werden, die Multifinalität und Äquifinalität berücksichtigen bzw. die Entwicklung über die Zeit mit einbeziehen. Ein solches Modell steht aus. Hüsler, Werlen, Plancherel (2004, 2005b) haben ein Bedingungsmodell für den Cannabiskonsum präsentiert. Dieses Modell berücksichtigt Risiko- und Schutzfaktoren. Unter die Schutzfaktoren fallen ein „Sicheres Selbst“ und gute elterliche Beziehungen. Unter die Risikofaktoren fallen Befindensaspekte (hier Depression und Ängstlichkeit) und das Netzwerk (konsumierende und delinquierende Jugendliche). Diese Risiko und Schutzfaktoren stehen aber in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und der sozialen Ausgangslage. Wobei die soziale Ausgangslage für Mädchen eine weit weniger bedeutsame Rolle spielt als für die älteren Jungen.

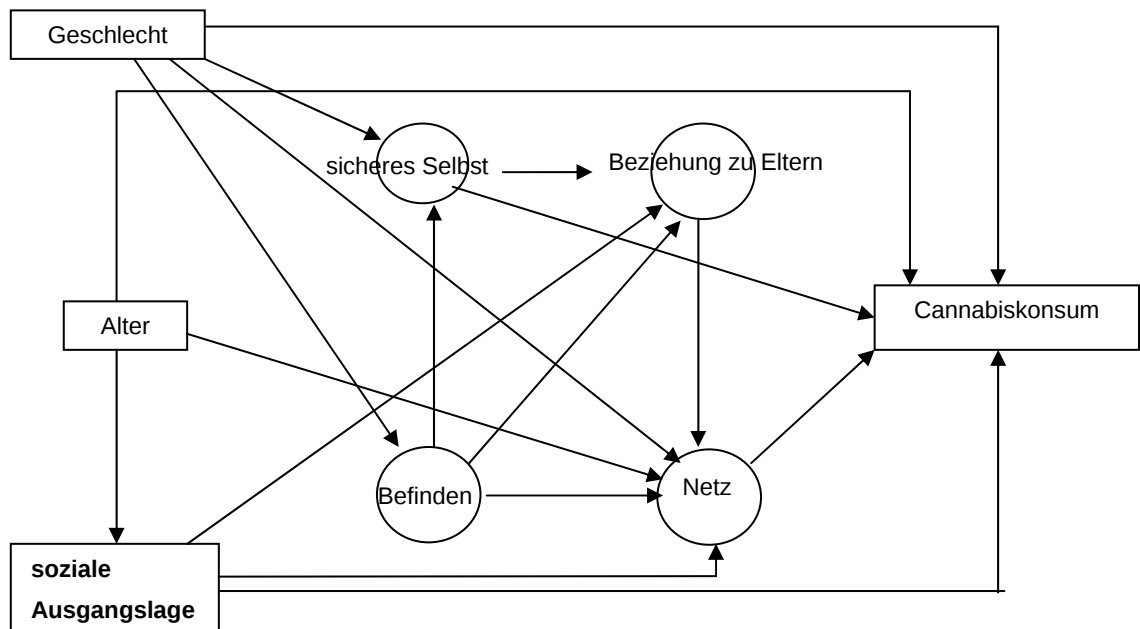


Abbildung 4: Cannabismodell (aus Hüsler, Werlen, Plancherel, 2004; vgl. auch Hüsler et al., 2005a, 2005b, 2006)

3.3 Behandlungsmodell

Ein Behandlungsmodell soll präzisieren, welche Interventionen angezeigt sind, um erwünschte Veränderungen zu erreichen. Das Ziel für *supra-f* Jugendliche ist das Erlernen eines verantwortungsvollen Umganges mit Substanzen oder eine Reduktion des Konsums, mittelbar die schulische- und berufliche Integration, schlussendlich aber die soziale Integration. Obwohl am Anfang der *supra-f* Forschung der Substanzkonsum im Zentrum stand, sollte doch unter dem Druck neuerer Erkenntnisse zu den Bedingungen eines erhöhten Substanzkonsums differenziertere Fragestellungen entwickelt werden. So wissen wir aus der Komorbiditätsforschung, dass es bedingende Faktoren wie Angst, Depression, Verhaltensauffälligkeiten gibt, die als Vorläufer eines erhöhten Substanzkonsums angenommen werden können. Hier wiederum ist es so, dass für legale Drogen andere Vorläufer angenommen werden müssen als für illegale.

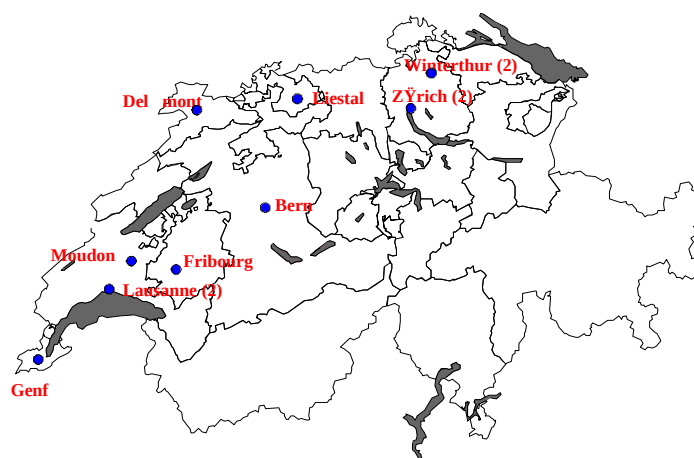
supra-f Jugendliche unterscheiden sich hinsichtlich folgender Dimensionen: Alter, Geschlecht, Risikoprofil und sozialer Desintegration. Die Angebote der Zentren entsprechen diesem Sachverhalt. Diese lassen sich aufgrund ihrer strukturgebenden Massnahmen längs eines Gradienten der sozialen Integration anordnen. Es gibt Zentren mit einem sehr hohen Anteil an strukturgebenden Massnahmen bzw. einer Tagesstruktur und Zentren, die fast ohne Struktur auskommen (vgl. Abbildung 6). Das Behandlungsmodell muss deshalb inhaltliche Aspekte (Beratung, Gruppenarbeit) von strukturgebenden Aspekten (Freizeit, Projektarbeit) unterscheiden. Ausserdem muss es Möglichkeiten vorsehen, wie mit den unterschiedlichen Altersgruppen und den deutlich unterschiedlichen Risikogruppen umzugehen ist. Deshalb muss in Zentren ein Behandlungsmodell realisiert werden, das auf die verschiedenen Gruppen (Morbidität, Komorbidität, soziale Integration) zugeschnitten ist.

Das **Konzept der nächsten Entwicklung** (Wygotski, 1987) scheint ein attraktiver Ansatz für ein Behandlungsmodell zu sein. Diesem Konzept liegt die Annahme zugrunde, dass menschliche Entwicklung ein aktiver Gestaltungsprozess des Individuums ist. Dieser Prozess kann aber nur in der Interaktion mit anderen gelingen. „Die Zone, in der das Individuum mit Hilfe seiner sozialen Partner Aufgaben bewältigt, die es allein noch nicht meistern kann, wird als **Zone der nächsten Entwicklung** bezeichnet (ZNE) (Oerter et al., 1999, S. 69). Unterbrechungen und Störungen in der Entwicklung können mit Defiziten in der Interaktion so zusammenhängen, dass die adäquate Aktivität auf der ZNE noch nicht vollzogen wurde. Oerter et al. (1999) grenzen entwicklungsbezogene Beratung von entwicklungsbezogener Therapie durch die individuelle Handlungskompetenz ab. Im ersten Fall (Beratung) reichen die Handlungskompetenzen aus, um mit der Situation fertig zu werden. Im zweiten Fall (Therapie) ist dies nicht mehr der Fall. Entwicklungsorientierte Beratung kann da ansetzen, wo es um die Verbesserung von Lebens- und Entwicklungsbedingungen geht und Orientierungsbedarf besteht. Die meisten Probleme, die Gegenstand von Beratung sind, sind die Folge von spezifischen Entwicklungsproblemen, oder sie stellen Risikosituationen für die weitere Entwicklung dar. Es kann sich hier um Diskrepanzen zwischen Entwicklungszielen und individuellen Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten, zwischen sozialen Entwicklungsforderungen und Entwicklungsangeboten etc. handeln (Brandstätter und Gräser, 1999). Entwicklungsberatung kann als bereichsübergreifende und als integrative methodische Orientierung psychologischer Beratung verstanden werden. Entwicklungskrisen und kritische Lebensereignisse sind strukturell charakterisiert durch ein Ungleichgewicht zwischen situativen Anforderungen und individuellen Handlungsmöglichkeiten. Solche Ungleichgewichte sind typisch für normative Übergänge wie beispielsweise die Pubertät. Typisch sind sie aber auch für Ereignisse, die unerwartet eintreten (Tod eines Elternteils, Scheidung der Eltern). Solche Ereignisse bzw. Krisen gehen mit Destabilisierung gewohnter Handlungsmuster einher und verlangen nach Wissen, wie die Problemlage überwunden werden kann. Solche Problemlagen können auch als Kontrollverlust erlebt werden, was den Nährboden für die Depressionsentwicklung und für suizidale Tendenzen darstellt. Solche Problemsituationen sind der Gegenstand von Beratungsangeboten. Dennoch bleibt das Konzept die Antwort schuldig, wenn es um die konkrete Umsetzung

geht. Hier kann die sozial kognitive Lerntheorie von Bandura (1992) und das Modell der Selbstregulation von Schwarzer (1995) weiter helfen.

4 Die *supra-f* Zentren

Die 12 *supra-f* Zentren sind über die ganze Schweiz verstreut. Sie haben von Montag bis Freitag tagsüber geöffnet und bieten eine Vielzahl sozialpädagogischer und schulischer Förderungsmassnahmen. Einige Zentren bieten zudem den von der Schule weg gewiesenen „unhaltbaren“ Schüler/innen die Möglichkeit, einen regulären Schulabschluss zu erlangen. Die Zentren unterscheiden sich nach den angebotenen Leistungen und nach ihrem Strukturierungsgrad. Wobei unter dem Strukturierungsgrad die vom Zentrum für die Jugendlichen zur Verfügung gestellte Zeit gemeint ist.



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

Jumpina & Jump in Winterthur
Ventil & Vert.igo in Zürich
Take off in Liège
Classe Atélier in Delémont
Hängbrücke in Bern
Choice in Fribourg
Arcades in Moudon
L'Appar't & UTT in Lausanne
Année Humanitaire in Genf

Abbildung 5: *supra-f* Zentren in der Schweiz

Die Zentren lassen sich aufgrund des erwähnten Aktionsplanes unterscheiden. Die als **A-Zentren** bezeichneten Einrichtungen stellen 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 erlaubt ihnen mit eher desintegrierten Jugendlichen, z.B. Time-out-Schülern und Lehrabbrechern, 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. Die meisten *supra-f* Zentren werden durch eine bestehende Institution der Jugendhilfe geführt.

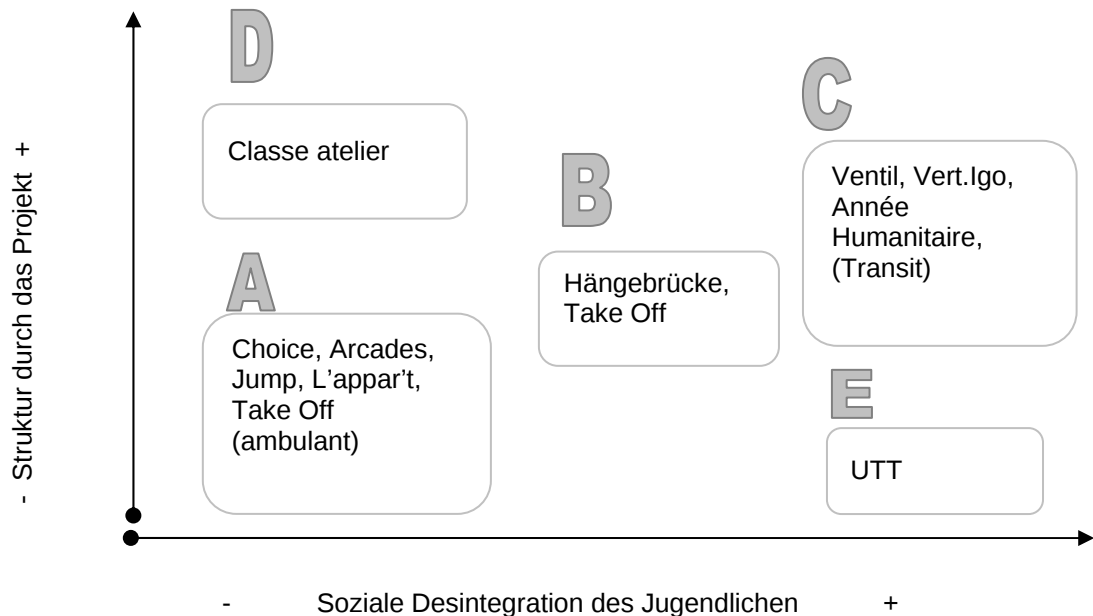


Abbildung 6: Zentren entlang der Achsen soziale Desintegration und Struktur gebende Massnahmen

4.1 Methode

Um die unterschiedlichen Strukturen der *supra-f* Projekte vergleichen zu können, wurde der „Aktionsplan“ entwickelt, ein Instrument, welches die Erfassung der Aktivitäten und der dafür aufgewendeten Zeit erlaubt. Dieses Instrument wird von allen *supra-f* Zentren eingesetzt, um programmbezogene Aktivitäten zu erfassen. Auf diese Weise können die unterschiedlichen Interventionsmuster beschrieben werden. **Die Ausgestaltung des Aktionsplanes umfasst Ober- und Unterkategorien.** Die Oberkategorien lassen sich umschreiben als: Beratungsaktivitäten, Aktivitäten im Bereich Schule und Lehre, Projektarbeiten und Freizeitaktivitäten. Zu Beratungsaktivitäten gehören beispielsweise die individuelle Beratung, die alle Themen umfassen und geplant oder spontan (auch telefonisch) stattfinden kann. Zu Aktivitäten im Bereich Schule und Beruf lassen sich Einzel- und Gruppenunterricht in den Räumlichkeiten des Zentrums, Schulunterricht und Stoffaufarbeitung mit konkreter Zielsetzung (z.B. Sprachkurse) für Schulentlassene zuordnen. Zur Arbeit der Zentren zählen zeitlich begrenzte Arbeitseinsätze in städtischen oder privaten Institutionen, interne Werkstattarbeiten sowie Einrichtungsarbeiten. Zu Freizeitaktivitäten gehören Lager und der Aufenthalt in *supra-f* Lokalitäten ohne ein spezifisches Angebot. *supra-f* Programme bzw. Zentren können nach Struktur, Inhalt und Intensität verglichen werden. Auf der Seite der Jugendlichen lassen sich Unterscheidungsmerkmale nach Geschlecht, Alter, sozialen Ausgangsbedingungen (Nationalität, Familienstruktur etc.) und den Problembereichen der Jugendlichen treffen. Auf der Effektseite besteht die Erwartung, dass sich diese Programme auf das Befinden und Verhalten der Jugendlichen auswirken. Beim Befinden sind dabei Stimmungsschwankungen, Depression und Ängstlichkeit etc. angesprochen, auf der Verhaltensseite Substanzkonsum, delinquentes Verhalten, schulische und berufliche Integration.

4.2 Beobachtungsebenen

Jugendliche lassen sich aufgrund äusserer und innerer Bedingungen Risikogruppen zuteilen. Ausdifferenzierungen von Risiken und Ressourcen unterliegen einer gewissen Beliebigkeit. Wir haben bereits zuvor auf Oerter et al. (1999) verwiesen, der feststellt, dass die Risiken und Ressourcen keine festgelegten Einheiten sind, es sogar so ist, dass eine Ressource, wenn sie eine gewisse Grenze überschreitet, zu einem Risiko wird (bspw. wird eine zu hohe Ausprägung auf der Variablen Selbstwertgefühl als Risiko eingestuft). Das Anliegen in der sekundären Prävention besteht darin, die inneren und äusseren Bedingungen von Risikojugendlichen zu verbessern (abhängige Variablen). Damit diese Bedingungen verbessert werden können, wurden Zentren ins Leben gerufen (unabhängige Variablen), die diese Bedingungen der Jugendlichen verbessern sollen. Die abhängigen Variablen sind die inneren und äusseren Bedingungen. Die inneren Bedingungen sind: Befindlichkeit, Selbstwert, Bewältigung, Delinquenz und Substanzkonsum. Die äusseren Bedingungen sind die Veränderungen der familiären Situation, der beruflichen und schulischen Situation und die Ausprägung im Bereich der sozialen Integration. Die unabhängigen Variablen sind die Interventionsformen der *supra-f* Zentren mit ihren inhaltlich und zeitlich variierenden Angeboten. Diese Angebote lassen sich nochmals unterscheiden in Interventionen (Beratung, Gruppengespräche etc.) und Struktur gebende Massnahmen (Freizeit, gemeinsame Projektarbeiten). Diese Interventionsformen lassen sich als Massnahmen auffassen, die die inneren und äusseren Bedingungen der Jugendlichen so verbessern sollen, dass eine langfristig Desintegration verhindert bzw. Integration erreicht werden kann.

Tabelle 1: Datenquellen und Analyseebenen

Datenquelle		Analyseebene
Individuum	Individuum	Zentren
• Alter	prä-post Masse bezogen auf:	• Struktur
• Geschlecht	• Psychische Parameter wie Befinden, Selbstwert	• Handlungsebene (Individuell, Team)
• Nationalität		• Interventionstypus
• Umfeld	• Suizidalität	• Risikoprofile
• Problemtypus	• Substanzkonsum	• Zuweisungsgründe
	• Zufriedenheit der Jugendlichen im Zentrum	• Haltequote
		• Nachbetreuung
Zuweiser		• Zusammenarbeit und Zufriedenheit mit dem Zentrum

Die wesentliche Frage, die sich nicht nur für die *supra-f* Forschung, sondern generell an sekundär präventive Aktivitäten bzw. Programme stellt, ist, welche Massnahmen bzw. Interventionen sind für die schulische, berufliche und soziale Integration der Jugendlichen wirksam? Was schlussendlich dazu führen soll, dass die Jugendlichen weniger Substanzen konsumieren.

Wobei soziale Integration als Grad des Eingebettetseins in die familiäre, schulische bzw. berufliche Welt verstanden wird. Dabei kann wiederum nach kurzfristiger (prä-post Vergleich), nach mittelfristiger (follow-up nach 18 Monaten) und nach langfristiger Integration (30 Monate) unterschieden werden. Wie bereits erwähnt, unterscheiden sich die Jugendlichen hinsichtlich ihrer Risiken (tief, mittel, hoch) und ihrer sozialen Integration. *supra-f* Angebote lassen sich bezogen auf die Massnahmen nach Struktur gebenden (Freizeit, Projektarbeit) und nach Interventionen im klassischen Sinne (Beratung, Gruppenarbeit) unterscheiden. Veränderungen durch Intervention können unter dem Blickwinkel zweier unterschiedlicher Szenarien betrachtet werden. Die systemische Betrachtung besagt, dass vor allem Einwirkungen auf und die Arbeit mit dem Umfeld des Jugendlichen erwünschte Veränderungen erwarten lässt. Konkret wären dann Struktur gebende Massnahmen und Stützung des familiären bzw. schulischen Umfeldes gefragt, wie sie von *supra-f* Zentren realisiert werden. Unter dem Blickwinkel eines individuellen Ansatzes stehen Defizite des Jugendlichen im Zentrum und Interventionen zielen darauf ab, eben diese Defizite abzubauen. Für die Entscheidung, welche Interventionen angezeigt sind, spielt unter anderem das Alter und die Verfestigung des Problemverhaltens bzw. psychische Aspekte (Diagnostik) eine Rolle. Da die Altersspanne der Jugendlichen von 11-20 reicht, sind für 11-15-Jährigen teilweise andere Interventionen notwendig als für die über 15-Jährigen. Der Aktionsplan ermöglicht sowohl Interventionsmuster als auch Teilbereiche davon mit Effektmassen zu verbinden. Damit lässt sich zeigen, ob eine bestimmte Intervention oder ein Ensemble von Interventionen die Zielvariablen beeinflussen (vgl. Hüsler et al., 2005).

5 Resultate

Nachfolgende Tabelle stellt die *supra-f* Population dar. Wir unterscheiden eine Interventions- und zwei Vergleichsgruppen. Aufgrund eines Kommentars eines Reviewers zu einem eingereichten Artikel (Hüsler et al., 2005) weisen wir zwei Vergleichsgruppenwerte aus. Die Vergleichsgruppen wurden im Umfeld der *supra-f* Zentren gewonnen. Dabei wurden das Leitungspersonal über das „gewünschte Profil“, das diese Jugendlichen haben sollten, informiert. Da die *supra-f* Zentren Kontakte zu Freizeittreffs von Jugendlichen pflegen, wurden hier die Jugendlichen für die Vergleichsgruppe rekrutiert. Der Unterschied der Vergleichsgruppen liegt darin, dass eine Vergleichsgruppe („Vergleich“) keinerlei Hilfe während der Beobachtungszeit (18 Monate) in Anspruch genommen hat, die andere Vergleichsgruppe („Vergleich mit“) gelegentlich medizinische und soziale Unterstützung erhielt.

Weiter unterscheiden wir nach sozialer Ausgangslage. Die soziale Ausgangslage ist ein Indikator für soziale Risiken. In die Variable gehen ein: Scheidung oder Trennung der Eltern, Schul- und Lehrabbrüche, Schulverweise und Aufenthalt in Institutionen.

Tabelle 2: *supra-f* Jugendliche - Soziale Ausgangslage

		Soziale Ausgangslage	Intervention	Vergleich	Vergleich mit
männlich	11-15	gut	119 (40%)	70 (59%)	6 (50%)
		mittel	110 (37%)	32 (27%)	5 (42%)
		schlecht	65 (22%)	17 (14%)	1 (8%)
	16-20	gut	91 (30%)	73 (49%)	11 (42%)
		mittel	100 (33%)	46 (31%)	10 (38%)
		schlecht	116 (38%)	31 (21%)	5 (19%)
weiblich	11-15	gut	42 (42%)	35 (56%)	10 (83%)
		mittel	34 (34%)	18 (29%)	1 (8%)
		schlecht	23 (23%)	9 (15%)	1 (8%)
	16-20	gut	58 (32%)	34 (51%)	9 (36%)
		mittel	53 (29%)	24 (36%)	10 (40%)
		schlecht	72 (39%)	9 (13%)	6 (24%)
			883 (100%)	398 (100%)	75 (100%)

Tabelle 2 zeigt, dass sich die sozialen Ausgangslagen in den Interventions- und Vergleichsgruppen unterscheiden. Jugendliche in der *supra-f* Intervention unterscheiden sich sign. ($p < .001$) durch eine schlechtere soziale Ausgangslage. Die soziale Ausgangslage ist bei Mädchen und Jungen ebenfalls unterschiedlich. Bei den jüngeren in beiden Geschlechtern überwiegen gute bzw. eine mittlere soziale Ausgangslage, bei den älteren ist es jeweils umgekehrt. Die mittlere bzw. schlechte soziale Ausgangslage überwiegt.

Die für die Analyse verwendeten Instrumente und ihre Kennwerte sind in Tabelle 3 aufgelistet.

Tabelle 3: Kennwerte der verwendeten Instrumente*

	Items		Alpha	Autoren
Depression	15	Skala fünfstufig	.89	Hautzinger et al. (1993)
Angst (SCL-90-R)	10	Skala vierstufig	.89	Franke (1995)
Angst (STAI trait)	20	Skala vierstufig	.90	Laux et al. (1981)
Selbstwert	7	Skala vierstufig	.84	Harter (1982)
Selbstwirksamkeit	10	Skala vierstufig	.83	Jerusalem et al. (1999)
Beziehung zu Eltern: Kohäsion	3	Skala vierstufig	.59	Armsden et al. (1987)
Beziehung zu Eltern: Emotional	5	Skala vierstufig	.85	Armsden et al. (1987)
Suizidale Gedanken,	3	Skala vierstufig	.62	Arènes et al. (1998);
Suizidversuch	1	ja / nein	--	Ferron et al. (1997); Narring et al. (1994)
Bewältigungsverhalten: aktiv	4	Skala vierstufig	.70	Armsden et al., (1987)
Bewältigungsverhalten: emotional	5	Skala vierstufig	.65	Armsden et al., (1987)
Bewältigungsverhalten: evasiv	6	Skala vierstufig	.64	Armsden et al., (1987)
Beschwerdeliste	14	Skala vierstufig	.82	Ferron et al. 1997; Narring et al. 1994
Alkoholkonsum	5	Skala sechsstufig	.84	Arènes et al. (1998); Narring et al. (1994)
Cannabis Konsum	1	Skala fünfstufig	--	Arènes et al. (1998); Ferron et al. (1997); Narring et al. (1994)
Rauchen	1	Skala fünfstufig	--	Arènes et al. (1998); Narring et al. (1994)
Aufgesuchte medizinische und psychosoziale Hilfe	10	Skala vierstufig	.60	Ferron et al. (1997); Narring et al. (1994)

- Beschreibung der Instrumente im Anhang

5.1 Unterschiede der Schweizer und der ausländischen Jugendlichen

Die *supra-f* Population hat einen Anteil von etwa 50% ausländischen Jugendlichen. Von Interesse ist dabei, ob sich ausländische Jugendliche in ihren psychosozialen Profilen von Schweizer Jugendlichen unterscheiden (vgl. Tabelle 4). Wir unterscheiden zwei Gruppen von ausländischen Jugendlichen. Jugendliche, die in der Schweiz aufgewachsen sind (zweite Generation) und Jugendliche die während ihrer Kindheit oder Jugend aus dem Ausland zugezogen sind (erste Generation). Nachfolgende Tabelle zeigt für den Bereich Befinden (Depression, Ängstlichkeit, Suizidalität) nur einen Unterschied auf der Variablen Suizidalität. Schweizer Jugendliche haben leicht höhere Werte auf dieser Variablen. Im Bereich Selbstwert, Selbstwirksamkeit und der schulbezogen Selbstwirksamkeit schätzen sich Schweizer Jugendliche auf der Variablen Selbstwert etwas tiefer ein als die ausländischen Jugendlichen. Hinsichtlich Bewältigungsverhalten (aufgabenorientiert, emotional, vermeidend) unterscheiden sich die ausländischen Jugendlichen, die nicht in der Schweiz aufgewachsen sind, von den beiden anderen Gruppen. Beim normbrechenden Verhalten geben ausländische Jugendliche, die nicht in der Schweiz aufgewachsen sind, die tiefsten Werte an. Bezogen auf den Substanzkonsum sind die Unterschiede zwischen den ausländischen und den Schweizer Jugendlichen deutlicher. Beide Gruppen von ausländischen Jugendlichen geben einen geringeren Substanzkonsum an. Bezogen auf die Gesundheit sind diese Unterschiede ebenfalls festzustellen. Aber kaum von praktischer Relevanz. Geben doch alle Jugendlichen praktisch keine Beschwerden an. Der Vergleich der Gruppen zeigt Resultate, wie sie aus anderen Untersuchungen ebenfalls bekannt sind (Shields und Behrman, 2004). So sind ausländische Jugendliche der ersten Generation angepasster als ausländische Jugendliche, die im Land aufgewachsen sind. Jugendliche der zweiten Generation haben ähnliche Profile wie inländische Jugendliche. Von Belang scheint das in der vorliegenden Stichprobe nur für den Substanzkonsum zu sein. Tabelle 4 ist ebenfalls zu entnehmen, dass die soziale Ausgangslage (gut, mittel, schlecht) in dem Sinn eine Rolle spielt, dass sie jeweils auf den untersuchten Parameter einwirkt. Dazu ein Beispiel. Die verglichenen Gruppen (A, B, C) sind bezogen auf ihre Depressionwerte gleich. Berücksichtigt man aber die soziale Ausgangslage, so zeigt sich, dass die soziale Ausgangslage die Depression beeinflusst. Je schlechter die soziale Ausgangslage desto höher die Depressionenwerte. Nur in 4 von 14 untersuchten Bereichen spielt die soziale Ausgangslage keine Rolle.

Tabelle 4: Schweizer- und ausländische Jugendliche der zweiten und der ersten Generation

	Schweiz (A) N=695		Zweite Generation (B) N=202		Erste Generation (C) N=436		Subset for alpha=0.05			Soziale Ausgangs- lage
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	A-B	A-C	B-C	
1) Depression	11.80	(9.09)	11.18	(9.08)	11.83	(8.94)	ns	ns	ns	*
2) Angst (STAI trait)	39.44	(11.52)	38.65	(11.81)	39.68	(10.92)	ns	ns	ns	*
3) Suizidalität	0.99	(1.07)	0.78	(1.03)	0.70	(0.98)	*	*	ns	*
4) Selbstwert	3.15	(0.58)	3.29	(0.59)	3.26	(0.55)	*	*	ns	ns
5) Selbstwirksamkeit	3.03	(0.44)	3.07	(0.46)	3.08	(0.49)	ns	ns	ns	ns
6) Schulisches Selbst	2.68	(0.57)	2.69	(0.59)	2.75	(0.51)	ns	ns	ns	ns
7) Aktive Bewältigung	3.14	(0.54)	3.21	(0.51)	3.25	(0.51)	ns	*	ns	*
Emotionale Bewältigung	2.59	(0.61)	2.63	(0.62)	2.71	(0.59)	ns	*	ns	ns
Evasive Bewältigung	2.40	(0.65)	2.54	(0.65)	2.57	(0.63)	*	*	ns	*
8) Beziehung zu Eltern: emotional	2.16	(0.70)	3.17	(0.74)	3.17	(0.74)	ns	ns	ns	*
Kohäsion	3.19	(0.67)	3.19	(0.64)	3.28	(0.66)	ns	*	ns	*
Konflikt	2.80	(0.77)	2.69	(0.94)	2.50	(0.81)	ns	*	*	*
9) Zigarettenkonsum (die letzten 30 Tage)	3.30	(1.83)	2.85	(1.85)	2.72	(1.86)	*	*	ns	*
10) Cannabiskonsum (die letzten 30 Tage)	2.42	(1.61)	2.04	(1.49)	1.67	(1.24)	*	*	*	*
11) Alkoholkonsum (die letzten 30 Tage)	2.22	(1.05)	1.93	(1.01)	1.69	(0.91)	*	*	*	*
12) Delinquenz	2.77	(2.88)	2.66	(3.02)	2.31	(2.66)	ns	*	ns	*
13) Beschwerden	1.65	(0.46)	1.52	(0.43)	1.53	(0.46)	*	*	ns	*
14) Medizinische Hilfe	1.91	(1.33)	1.59	(1.23)	1.60	(1.27)	*	*	ns	*
Psychosoziale Hilfe	0.65	(0.84)	0.51	(0.77)	0.55	(0.74)	ns	ns	ns	*

Legende: 1) Depression (Hautzinger & Bailer, 1993), Skala von 0-45, 2) Angst (Laux et al., 1981), Skala von 20-80, 3) Suizidalität (Arènes et al., 1998), Skala von 0-3, 4) Selbstwert (Harter, 1982), Skala von 1-4, 5) Selbstwirksamkeitserwartung (Jerusalem et al., 1999), Skala von 1-4, 6) Schulisches Selbst (Alsaker et al., 1989), Skala von 1-4, 7) Bewältigungsverhalten (Endler et al., 1989), Skala von 1-4, 8) Beziehung zu den Eltern: Emotionale Unterstützung, Kohäsion, Konflikt (Armsden et al., 1987), Skala von 1-4, 9) Tabakkonsum Arènes et al., 1989; Narring et al. 1994), Skala 1=nie, 2=<1 Zig/Tag, 3= 1-5 Zig/Tag, 4= 6-10 Zig/Tag, 5= 11-20 Zig/Tag, 6=>20 Zig/Tag, 10) Alkoholkonsum (Arènes et al., 1989; Narring et al. 1994), Skala 1=nie, 2= <1 Monat, 3= 1xMonat, 4=1xWoche, 5=>1xWoche, 6= jeden Tag, 11) Cannabiskonsum (Ferron et al., 1997; Arènes et al., 1989; Narring et al., 1994), Skala 1=nie, 2= 1-2mal, 3= 3-9mal, 4= >9mal, 5= jeden Tag, 12) Normbrechendes Verhalten (Eigenkonstruktion nach Loeber et al., 1989), Skala von 0-13, 13) Körperliche Beschwerden (Ferron et al., 1997; Narring et al., 1994), Skalierung besteht aus vierstufigen Antworten: „nie, selten, ziemlich oft, sehr oft, 14) Medizinische Unterstützung (Ferron et al., 1997), Skala von 0-6, 15) Psychologische Unterstützung (Ferron et al., 1997), Skala von 0-4, Post Hoc Tests (Homogeneous Subsets).

5.2 Morbidität und Komorbidität

Da mit den *supra-f* Jugendlichen kein klinisches Interview durchgeführt wurde, haben wir zu Vergleichszwecken aufgrund der Resultate aus dem Depressions- und Angstfragebogen „Morbiditätsgruppen“ gebildet. Dabei wurden die Normwerte bezogen auf das Geschlecht berücksichtigt. Tabelle 5 gibt die Verteilung der Morbidität auf Interventions- und Vergleichsgruppen wider. Interventions- und Vergleichsgruppen unterscheiden sich sign. ($p < .05$) nur bei den 16 – 20-Jährigen. Bei der Morbiditätsrate von 33% handelt es sich insofern um eine Unterschätzung als lediglich Befindenskategorien (Angst, Depression) als internale Störungen erfasst wurden, bezogen auf das externe Verhalten können wir nur auf das Delinquenzmass und den Substanzkonsum abstellen. Nachfolgende Abbildung 7 gibt Auskunft über Verteilung und Grössenordnung von internalen Störungen, Substanzkonsum und suizidale Tendenzen in %.

Tabelle 5: *supra-f* Population und psychische Symptome

		Symptome	Intervention	Vergleich	Vergleich mit
männlich	11-15	nein	234 (77%)	89 (79%)	10 (83 %)
		ja	68 (23%)	23 (21%)	2 (17%)
	16-20	nein	221 (69%)	119 (78%)	16 (64%)
		ja	99 (31%)	34 (22%)	9 (36%)
weiblich	11-15	nein	63 (61%)	41 (67%)	7 (64%)
		ja	40 (39%)	20 (33%)	4 (36%)
	16-20	nein	106 (51%)	45 (63)	9 (36%)
		ja	100 (49%)	26 (37%)	16 (64%)
Total			931 (100%)	398 (100%)	75 (100%)

Legende: Bildung von Symptomgruppen: Depressionswerte für Jungen >17, Mädchen >22, Angstwerte für Jungen >43, für Mädchen >46, missing data N=39.

5.2.1 Die Gruppe der psychisch unauffälligen Jugendlichen

Abbildung 7 zeigt, dass 67% der *supra-f* Jugendlichen keine internalen Probleme aufweisen. Weiter zeigt sich, bezogen auf die letzten 30 Tage, dass 59% dieser Jugendlichen Tabak, 53% Alkohol und 41% Cannabis konsumiert haben. Die Mittelwerte bezogen auf den Zigarettenkonsum liegen bei 1-5 Zigaretten täglich. Der Alkoholkonsum liegt für beide Altersgruppen bei weniger als einmal bis einmal im Monat. Bezogen auf den Cannabiskonsum liegen die Werte bei 1-2mal im Monat. Fast 50% dieser Jugendlichen sind gut integriert. 22% sind eher desintegriert. Diese Jugendlichen schätzen sich als weitgehend gesund ein. 23% dieser Gruppe konsumiert Medikamente. Hinsichtlich Suizidalität fällt auf, dass 21% dieser Gruppe irgendwann im Leben suizidale Gedanken hatte. 43% dieser Jugendlichen haben eine gute, 33% eine mittlere und 24% eine schlechte soziale Ausgangslage.

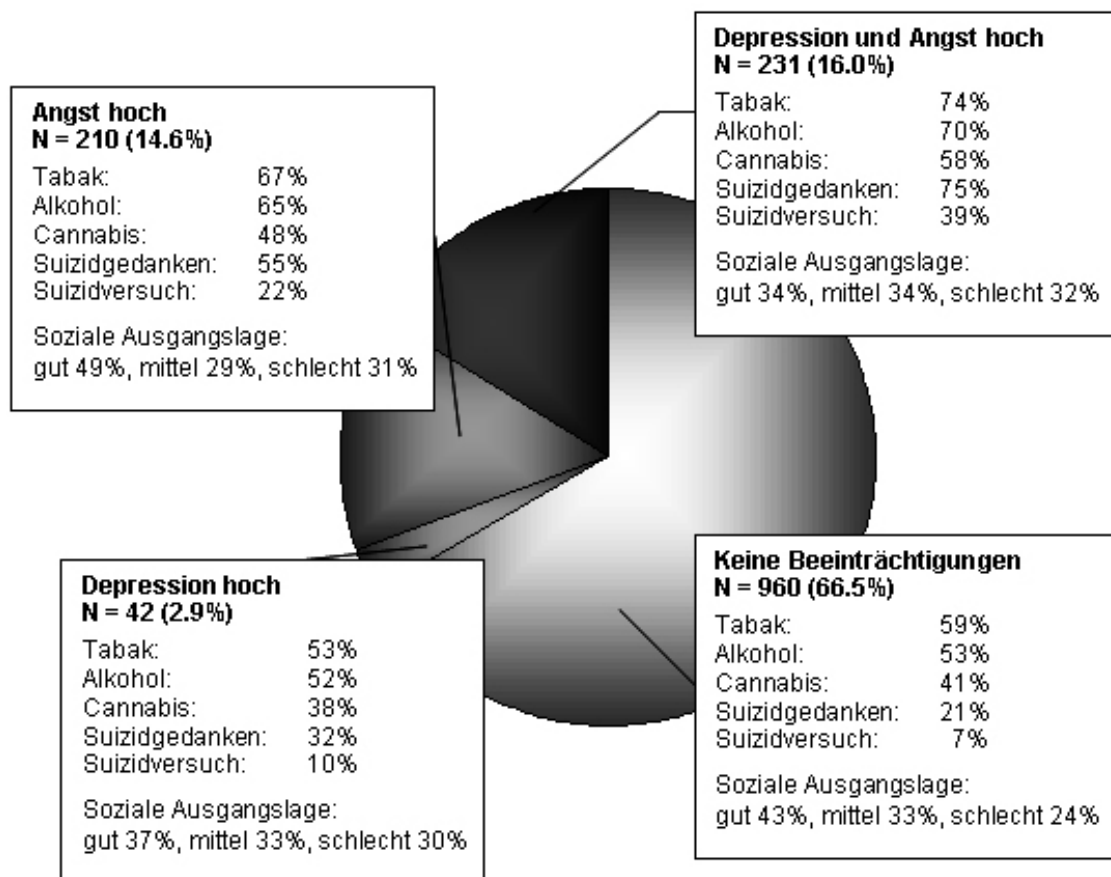


Abbildung 7: Befindensbeeinträchtigung, Substanzkonsum und Suizidalität in *supra-f*

5.2.2 Die depressiven und ängstlichen Jugendlichen

Diese Teilgruppe hat den höchsten Anteil komorbider Jugendlichen (Depression, Angst, Suizidalität, Substanzkonsum). 74% haben bezogen auf die letzten 30 Tage geraucht, 70% Alkohol getrunken und 58% Cannabis genossen. Die Mittelwerte für den Zigarettenkonsum liegt bei 6-10 Zigaretten und darüber. Alkohol konsumiert diese Gruppe einmal monatlich. Der Cannabiskonsum liegt bei „3-9mal“ im Monat. Bezogen auf die Integration sind in etwa 1/3 gut integriert, 1/3 eher desintegriert und 1/3 desintegriert. Gesundheitliche Probleme treten eher selten auf. 39% dieser Gruppe konsumiert Medikamente. 75% dieser Gruppe gibt an, irgendwann im Leben suizidale Gedanken gehabt zu haben. Bezogen auf die soziale Ausgangslage haben 34% eine gute, 33% eine mittlere, und 24% eine schlechte.

5.2.3 Die ängstlichen Jugendlichen

Diese Teilgruppe macht 15% an der *supra-f* Population aus. Hier konsumieren 67% Tabak, 65% Alkohol und 48% Cannabis bezogen auf die letzten 30 Tage. Die Mittelwerte für Tabak liegt bei 6-10 Zigaretten pro Tag, der Alkoholkonsum bei weniger als einmal bis einmal pro Monat. Cannabis wird 1-2mal im Monat konsumiert. Gesundheitsprobleme treten eher selten auf. 34% dieser Gruppe konsumiert Medikamente. Suizidale Gedanken hatten 55%. Die soziale Ausgangslage ist bei 49% gut, bei 29% mittel und bei 31% schlecht.

5.2.4 Die depressiven Jugendlichen

3% der Gesamtpopulation hat nur Depression als Störung. Somit sind depressive Störungen in einem weit geringeren Masse vertreten als Angst oder Mischformen von Depression und Angst. Dies deckt sich mit Erkenntnissen aus anderen Forschungsarbeiten (Steinhausen et al., 1998; Ihle et al., 2000). In dieser Teilgruppe konsumierten 53% Tabak, 52% Alkohol und 38% Cannabis bezogen auf die letzten 30 Tage. Die Mittelwerte für Tabak sind bei 1-5 Zigaretten pro Tag, Alkohol wird weniger als 1mal pro Monat konsumiert, der Cannabiskonsum liegt bei 1-2mal im Monat. Gesundheitliche Beeinträchtigungen gibt es wenig und der Medikamentenkonsum liegt bei 25%. Suizidgedanken hatten 32% irgendwann im Leben. Die soziale Ausgangslage ist bei 37% gut, bei 33% mittel und bei 30% schlecht.

Bezogen auf die Suizidalität unterscheiden sich drei von vier Gruppen ($p < .001$). Im Substanzkonsum sind die Unterschiede geringer. Hier besteht der wesentliche Unterschied zwischen den unauffälligen Jugendlichen und den depressiv ängstlichen Jugendlichen ($p < .001$). Hinsichtlich Beschwerden unterscheiden sich zwar die vier Gruppen. Angesichts der Tatsache, dass die Mittelwerte für die Beschwerden für alle Gruppen tief sind, ist dies nicht von Relevanz. Im Medikamentenkonsum unterscheiden sich die Gruppen kaum. Bezüglich sozialer Ausgangslage sind die % Anteile für Depression allein, und Depression in Verbindung mit Angst am ausgeglichensten.

5.3 Integration

Die *supra-f* Studie sah sich mehrfach mit folgender Frage konfrontiert: Was sind die wesentlichen Erfolgsparameter? Als bedeutsam stellte sich die Integration der Jugendlichen heraus. Dies entsprach auch weitgehend den Bedürfnissen der Zuweiser. Die Zuweisung erfolgt oft aufgrund einer zunehmenden schulischen und beruflichen Desintegration. Jugendliche, die schulisch und beruflich nicht eingebettet sind, sollten mit der Unterstützung der Zentren stabilere schulische und berufliche Möglichkeiten erhalten. Wir unterscheiden drei unterschiedliche Gruppen: Jugendliche in Interventionen mit guter, mittlerer oder schlechter sozialer Ausgangslage. Weiter unterscheiden wir zwei Vergleichsgruppen mit denselben Ausprägungen. Wobei eine Vergleichsgruppe (Vergleich +) sich von der anderen dadurch unterscheidet, dass diese auch Interventionen, allerdings keine *supra-f* Intervention in Anspruch genommen hat. Wir unterscheiden in einem ersten Schritt Integration und soziale Ausgangslage. Dabei zeigen sich folgende Trends. Die soziale Ausgangslage bestimmt bereits zu Beginn der Studie den Integrationsgrad. Jugendliche mit einer guten sozialen Ausgangslage sind besser integriert als Jugendliche mit einer schlechten sozialen Ausgangslage. Dementsprechend schwierig gestaltet sich auch die Integration. Jugendliche mit einer schlechten sozialen Ausgangslage sind bedeutend schwieriger zu integrieren und über eine längere Zeit zu stabilisieren. Hier zeigen sich jeweils grössere Verbesserungen bei den Interventionsgruppen als bei den Vergleichsgruppen (vgl. Abbildung 8, 9).

5.3.1 Integration und soziale Ausgangslage

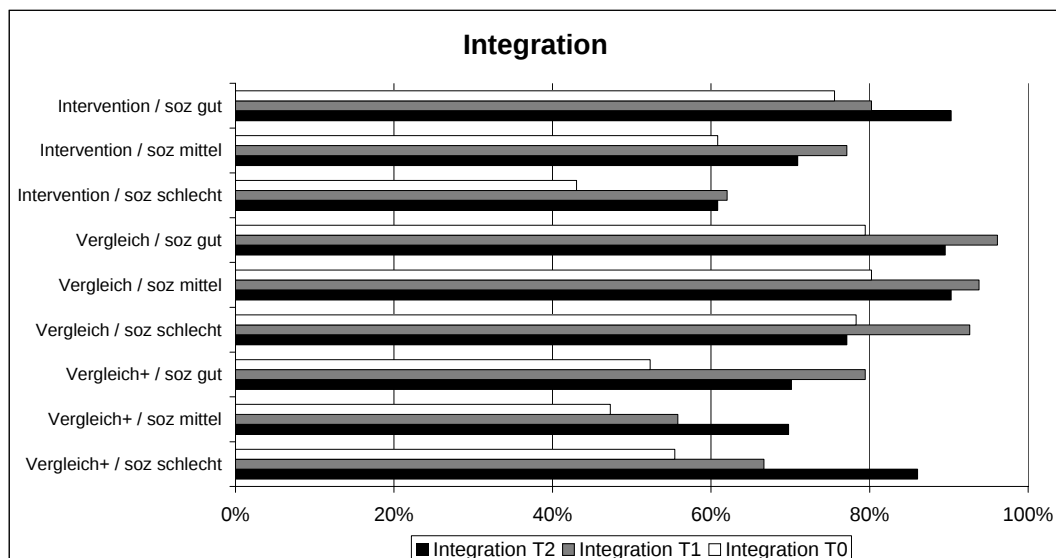


Abbildung 8: Integration und soziale Ausgangslage

Wird die Integration über die Zentren verglichen (vgl. Abbildung 9), so haben jene Zentren mit überwiegend Jugendlichen guter sozialer Ausgangslage (A Zentren) zu Beginn den höchsten Anteil stabil integrierter Jugendlichen. So gesehen ist das keine Leistung eines Zentrums und spiegelt nur den Sachverhalt. Ganz anders sind die Bedingungen für B und C Zentren. Sie haben tatsächliche Integrationsarbeit zu leisten. Hier stellt sich lediglich die Frage, ob die Integration stabil bleibt (T2). Es scheint so zu sein, dass B und C Zentren erfolgreiche Integrationsarbeit leisten. Die Ausnahme bildet das D Zentrum. Wie erwähnt handelt es sich beim D Zentrum um ein 10. Schuljahr. Somit sind alle Teilnehmer/innen dieses Zentrums schulisch integriert. Nach Durchlauf des Schuljahres müssen diese Jugendlichen eine Arbeits- oder Lehrstelle finden. Dies gelingt offensichtlich nicht allen. Betrachtet man die Verläufe der beiden Vergleichsgruppen, so wird die Integrationsleistung der Zentren etwas geschmälert. Hier sind ähnliche Bewegungen von T0-T1-T2

festzustellen. Dennoch lässt sich ein leicht besseres Resultat der *supra-f* Intervention nicht weg diskutieren. Kontrolliert man die Eingangsbedingungen auf der Variablen Integration (vgl. auch bessere soziale Ausgangslage der Vergleichsgruppen, Tabelle 2), so haben die Vergleichsgruppen einen geringeren Anteil an schlecht integrierten Jugendlichen. Deshalb lässt sich argumentieren, dass Jugendliche mit einer *supra-f* Unterstützung erfolgreich integriert werden können.

5.3.2 Integration und Zentrumstyp

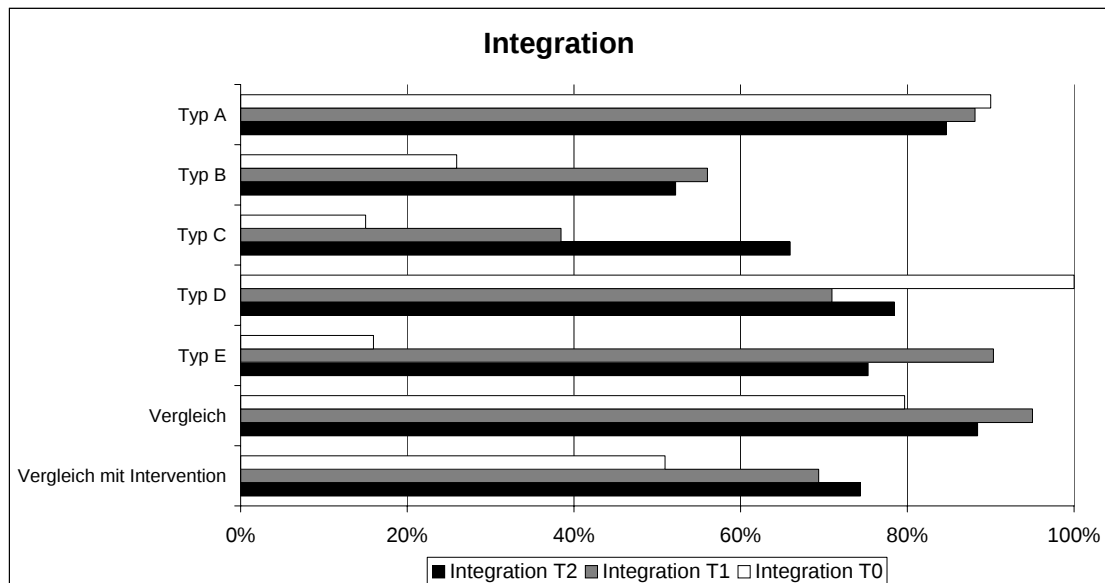


Abbildung 9: Integration und Zentrums Typ

5.4 Wirksamkeit der *supra-f* Zentren über den Zeitraum von 18-24 Monaten

Die Tabellen 6, 7, 8 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 Intervention erhalten hatte (Vergleich mit) und die Gesamteffektstärke über alle Zentren (*supra-f*) angegeben. Effektstärken, die in die erwartete Richtung (Verbesserung) gehen, sind in den Tabellen **fett** markiert.

Wie liest man Effektstärken? 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 das angegebene d (Effektstärke=ES) 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 Tabelle 6 entnehmen. Hier zeigt sich noch einmal, dass nur eine zentrumsbezogene Darstellung und Auswertung Sinn macht, da die Effekte stark streuen. Bezogen auf alle Substanzen zeigen alle Effekte in Richtung einer Abnahme des Konsums. Am geringsten ist die Abnahme beim Cannabiskonsum, am deutlichsten beim Tabakkonsum. Hinsichtlich Befinden, Selbstkonzept, 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.

Eine zentrumsbezogene Betrachtung ist schon bedeutend schwieriger. Die Typ A Zentren erzielen nur kleine Effekte. Die Typ B Zentren haben aber viel bessere Resultate. Der Substanzkonsum nimmt in einem mittleren Masse ab, so auch die Delinquenz. 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 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 bereit stark desintegrierte Jugendliche und Jugendliche, die in einem höheren Ausmass Befindensbeeinträchtigungen und einen höheren Substanzkonsum haben. Ausserdem sind sie älter.

Tabelle 6: Effektstärken zwischen Eintritt (T0) und nach 18-24 Monaten (T2)

T0-T2	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
Vergleich mit	.08	-.10	-.13	.09	.24	-.35	-.07	-.24	-.28	-.05
<i>supra-f</i> Total	.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 (Laux 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).

Während in Tabelle 6 die Effektstärken unabhängig vom Befinden der Jugendlichen darstellt sind, sind in Tabelle 7 nur Effektstärken symptomloser Jugendlicher (ohne Angst und Depression), in Tabelle 8 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 Befindensbeeinträchtigungen wirken. Die Gesamteffekte sind 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 Zentrumsstypen sind die Effekte auch etwas geringer. Auch das birgt wenig Überraschung. In der Regel haben asymptomatische Jugendliche einen geringere

Variation in den erhobenen Parametern – sind also weitgehend in der Norm. Aber auch hier gibt es Ausnahmen. So nehmen bspw. 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 (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: *supra-f* Jugendliche ohne Symptome

T0-T2	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
Vergleich mit	.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 (Laux 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 Depressionwerte 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 Selbstkonzeptwerte nehmen in der Regel zu. Delinquenz nimmt generell ab. Es zeigt sich auch eine Abnahme auf der Skala Plagen. Bezogen auf die Reduktion des Tabak- und Alkoholkonsums zeigen sich hier die deutlichsten Effekte – geringer sind die Effekte bezogen auf Cannabis (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: supra- f Jugendliche mit Symptomen

T0-T2	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	-1.33	-.26
Typ E	-.12	.14	-.07	.12	-.18	-.31	-.15	-.38	-.36	-.11
Vergleich mit	.29	.30	.31	.27	.12	-.32	.03	-.41	-.31	.07
supra-f Total	-.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 (Laux 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).

Tabelle 9 gibt eine Übersicht über die zentrumsbezogenen Veränderungen. In allen Zentren nimmt der Substanzkonsum ab, allerdings in unterschiedlicher Höhe. Für das Befinden und den Selbstwert gibt es Zu- wie Abnahmen. Dies trifft auch auf die Delinquenz und das Plagen zu.

Tabelle 9: Zentrumsbezogene Veränderungen

	Selbstwirksamkeit	Befinden	Delinquenz / Plagen	Substanzen
Zentren				
Typ A	Leichte Verbesserung	Leichte Verbesserung	Keine Veränderung	Leichte Abnahme des Konsums
Typ B	Leichte Verbesserung	Leichte Verschlechterung	Leichter Rückgang der Delinquenz, Zunahme beim Plagen	Leichte Abnahme des Konsums
Typ C	Leichte Verbesserung	Leichte Verschlechterung	Rückgang der Delinquenz, keine Veränderung beim Plagen	Deutlicher Rückgang des Konsums
Typ D	Leichte Verschlechterung	Verschlechterung	Delinquenz- leichte Zunahme	Leichte Abnahme des Konsums
Typ E	Leichte Verbesserung	Geringere Angst	Verringerung	Rückgang des Konsums

Tabelle 10 soll einen Eindruck darüber vermitteln, ob Jugendliche mit/ohne psychische Symptome mehr von den Interventionen profitieren. Jugendliche mit Symptomen profitieren deutlich mehr.

Tabelle 10: Zentrumsbezogene Veränderungen unter dem Aspekt Symptome ja/nein

	Symptome nein	Symptome ja
Zentren		
Typ A	Geringe Verbesserung des Selbstwertes	Geringe Verbesserung des Selbstwertes Geringe Abnahme der Angst Leichte Abnahme von Delinquenz und Plagen Leichte Abnahme des Substanzkonsums
Typ B	Verschlechterung des Selbstwertes Verschlechterung des Befindens Leichte Abnahme der Delinquenz Deutliche Zunahme von Plagen Leichte Abnahme des Konsums	Verbesserung von Selbstwert und Selbstkonzept Leichter Rückgang von Depression und Angst Leichter Rückgang von Delinquenz und Plagen Rückgang des Substanzkonsums
Typ C	Leichte Verbesserung des Selbstwertes Abnahme der Angst Leichte Abnahme der Delinquenz Leichte Zunahme des Plagens Rückgang des Substanzkonsums	Verbesserung von Selbstwert und Selbstkonzept Rückgang von Depression und Angst Rückgang von Delinquenz und Plagen Deutlicher Rückgang des Substanzkonsums
Typ D	Verschlechterung des Selbstkonzepts Zunahme von Depression und Angst Zunahme von Delinquenz und Plagen Geringer Rückgang im Substanzkonsum	Leichte Verschlechterung des Selbstwertes Zunahme von Angst und Depression Rückgang der Delinquenz, leichte Zunahme des Plagens Deutlicher Rückgang im Substanzkonsum
Typ E	Verbesserung des Selbstwertes und des Selbstkonzepts Zunahme von Angst und Depression Leichte Abnahme von Delinquenz / Plagen Rückgang des Substanzkonsums	Leichte Verbesserung des Selbstwertes und des Selbstkonzepts Leichte Abnahme von Angst und Depression Leichte Abnahme von Delinquenz und Plagen Abnahme des Substanzkonsums

Die Abbildungen (10, 11, 12, 13) im Anhang stellen Ergänzungen zu den Tabellen 7, 8, 9 dar. Hier werden die Effektstärken als Abbildungen präsentiert. Dies jeweils bezogen auf die Thematik (Negatives Befinden, Positives Selbstkonzept, Normbrechendes Verhalten und Substanzkonsum) unter Berücksichtigung der Befindensbeeinträchtigungen ja/nein und der sozialen Ausgangslage.

5.5 Abschliessende Bemerkungen zu den Wirkungen zwischen den *supra-f* Zentren

Die Unterscheidung nach Zentrumstyp erwies sich als sehr sinnvoll. Ebenfalls zeigte sich, dass die Unterscheidung nach psychischen Symptomen ja/nein bzw. Beeinträchtigung und Zentrumstypen nicht nur sinnvoll, sondern notwendig ist. Für symptomatische Jugendliche gibt es wenig widersprüchliche Resultate. Alle Zentren weisen bei Jugendlichen ohne Symptome in einem mehr oder weniger grossen Masse auch Verschlechterungen auf. Dies ist bei symptomatischen Jugendlichen weit weniger der Fall. Hier sind die Resultate deutlicher in Richtung Verbesserung. Der Einbezug der sozialen Ausgangslage erwies sich ebenfalls als sinnvoll. Hier stellen wir fest, dass nur Jugendliche mit mittlerer oder schlechter sozialer Ausgangslage ihr Befinden verbessern. Bei jenen Jugendlichen mit einer guten sozialen Ausgangslage kommt es hingegen zu einer geringen Verschlechterung. Das alles verdeutlicht die Wichtigkeit einer Eingangsdiagnose. Entgegen unserer früheren Berichten, die sich wesentlich auf die prä-post Werte stützten, stellen wir nun fest, dass sich innerhalb 18 bis 24 Monate vom Eintritt gemessen, die Verringerung des Substanzkonsums als klares Muster zeigt. Wenn wir nun auf unserer Eingangsbemerkung des „nihil nocere“ zurückkommen, so stellen wir fest, dass im Wesentlichen die problematischeren Jugendlichen von den *supra-f* Interventionen profitieren.

6 Metaanalytischer Vergleich

Wie lassen sich Wirkungen von Interventionsprogrammen beurteilen? Es gibt nur den Vergleich mit anderen ähnlich gelagerten Programmen. Da die Wirkungen von primären Präventionsprogrammen kaum, und Wirkungen von sekundären Präventionsprogrammen oft nur qualitativ evaluiert werden, haben wir für einen metaanalytischen Vergleich verfügbare Metaanalysen aus der Psychotherapie und aus der Prävention herangezogen. In den Tabellen ist jeweils die mittlere ES, das Konfidenzintervall und die Güte der Studie (vgl. Hüsler, 1995) angegeben.

Für die Veränderung des Befindens lassen sich in einem groben Vergleich mit *supra-f* die oben aufgeführten Metaanalysen (Tabelle 11) heranziehen. Bei der Betrachtung der ES sollte allerdings berücksichtigt werden, dass der grosse Teil der Metaanalysen eher psychotherapeutische „Interventionen“ und nicht präventive Interventionen analysiert. D.h. die mittleren ES von *supra-f* müssen kleiner sein. Es sollte aber beachtet werden, dass einige *supra-f* Zentren ähnliche ES realisieren wie „psychotherapeutische Interventionen.“ Leider unterscheiden viele Metaanalysen nicht nach soziodemografischen Variablen, oder wie wir das tun, nach der sozialen Ausgangslage.

Tabelle 11: Metaanalytische Resultate zum Befinden

Metaanalyse	ES	KI			N _{pop}	Qualität der Metaanalyse			
		unten	oben			Qua	Inf	Reich	
Durlak et al. (1997)	-.32	-.38	-.26	internalisierende Probleme	Primäre Prävention	5000	10	1	6
Hoag et al. (1997)	-.07	-.42	.28	Depression	Primäre Prävention	126	0	2	6
Hoag et al. (1997)	-.62	-.80	-.44	Angst	Primäre/Sekundäre Prä.	504	0	2	6
Durlak et al. (1998)	-.49	-.56	-.42	internalisierende Probleme	Sekundäre Prävention	2883	9	0	4
Jané-Lopis (2003)	-.29	-.39	-.19	Depression	Sekundäre Prävention	1540	10	1	7
Jané-Lopis (2003)	-.11	-.31	.09	Symptome (nicht Depression)	Sekundäre Prävention	385	10	1	7
Hoag et al. (1997)	-.72	-1.01	-.43	Depression	Sekundäre Prävention	189	0	2	6
Grossman et al. (1992)	-.62	-.81	-.43	internalisierende Probleme	Intervention Selbstkon.	425	8	2	4
Grossman et al. (1992)	-.68	-1.00	-.36	Depression	Intervention Selbstkon.	154	8	2	4
Grossman et al. (1992)	-.63	-.85	-.41	Angst	Intervention Selbstkon.	347	8	2	4
Lewinsohn et al. (1999)	-.127	-1.43	-1.11	Depression	Intervention	729	0	1	0
Reinecke et al. (1998)	-.1.02	-1.23	-.81	Depression	Intervention	394	7	2	1
Marcotte (1997)	-.1.04	-1.31	-.77	Depression	Intervention	235	4	2	1
Quinn et al. (1999)	-.42	-.67	-.17	Angst	Intervention	257	9	0	3
Quinn et al. (1999)	-.27	-.49	-.05	Anpassung	Intervention	321	9	0	3
Lipsey (1992)	-.12	-.16	-.08	Anpassung	Intervention Delinquenz	11370	7	0	3
Wilson et al. (2000)	-.25	-.39	-.11	Anpassung	Erlebnispädagogik	753	9	1	3
Lipsey (1992)	-.27	-.30	-.24	psychosoziale Variablen	Intervention Delinquenz	16844	7	0	3

¹Schätzung

<i>supra-f</i>	ES	KI		Minimum - Maximum	
		unten	oben		
Depression					
Total	.06	-.10	.22	-.18	.41
ohne Symptome	.21	.02	.40	.01	.55
mit Symptomen	-.08	-.43	.27	-.47	.32
soz. Ausg. Lage gut	.28	.05	.51		
soz. Ausg. Lage mittel	-.23	-.52	.05		
soz. Ausg. Lage schlecht	.10	-.32	.51		
Angst					
Total	-.08	-.24	.08	-.24	.30
ohne Symptome	.05	-.14	.24	-.15	.96
mit Symptomen	-.04	-.38	.30	-.29	.49
soz. Ausg. Lage gut	.08	-.15	.31		
soz. Ausg. Lage mittel	-.32	-.61	-.04		
soz. Ausg. Lage schlecht	-.35	-.77	.07		

Legende: KI = Konfidenzintervall; ES = Effektstärke; N_{pop} = Anzahl Personen in Untersuchungen (Wenn das N_{pop} in den Metaanalysen nicht angegeben wurde, wurde es anhand des durchschnittlichen N pro Studie und anderer Parametern geschätzt.). Qua = Qualität der Metaanalyse (Skala 0-13); Angaben zu Ein- Ausschlusskriterien der Studien, Kontrolle der Qualität der Studien, Kontrolle der Ausgangswerte, Angaben zur Homogenität der Ergebnisse, Folgen aus der Homogenität der Ergebnisse, Angaben zur Reliabilität der Kodierung der Studien, Angaben zur Reliabilität der verwendeten Studien bzw. Messinstrumente der Studien. Inf = Information zu den Studien in der Metaanalyse (Skala 0-3); Angaben zur Ziel-Population, Analyse unterschiedlicher Quellen der Publikationen. Reich = Reichhaltigkeit der Daten in der Metaanalyse (0-10). Differenzierung der abhängigen Variablen, Differenzierung nach Messzeitpunkten, Differenzierung nach Untersuchungsteilnehmer/-innen (Alter, Geschlecht, ökologische Verteilung, soziale Schicht, Setting, klinische oder Risikogruppen, Differenzierung nach Art der Intervention.

Bei den Metaanalysen zum Selbstwert und Selbstkonzept sind die ES aus *supra-f* ähnlich wie bei Haney et al. (1998) für sekundäre Prävention. Aber auch hier stellen wir bei den Maxima fest, dass es *supra-f* Zentren gibt, die sehr ausgeprägte ES realisieren, die über mittlere Effektstärken hinaus reichen.

Tabelle 12: Metaanalysen zum Selbstwert

Metaanalyse	KI				N _{POP}	Qualität der Metaanalyse			
	ES	unten	oben			Qua	Inf	Reich	
Haney et al. (1998)	.09	.04	.14 Selbstwert (Veränderung)	Primäre Prävention	5869	11	2	4	
Ennot et al. (1994)	.06	.01	.11 Selbstwirksamkeit	Primäre Prävention	6846	6	1	1	
Haney et al. (1998)	.38	.33	.43 Selbstwert (Veränderung)	Sekundäre Prävention	5485	11	2	4	
Haney et al. (1998)	.47	.42	.52 Selbstwert (Veränderung)	Intervention	5677	11	2	4	
Quinn et al. (1999)	.16	.00	.33 Selbstwert	Intervention	545	9	0	3	
Hoag et al. (1997)	.48	.36	.60 Selbstwert / Selbstkonzept	Primäre/Sekundäre Prä.	1071	0	2	6	
Wilson et al. (2000)	.31	-.18	-.44 Selbstwert	Erlebnispädagogik	968	9	1	3	

<i>supra-f</i> Selbstwert	KI			Minimum - Maximum	
	unten	oben			
Total	.16	.00	.32	.01 .35	712
ohne Symptome	.13	-.06	.32	-.04 .68	495
mit Symptomen	.10	-.25	.44	-.18 .36	194
soz. Ausg.Lage gut	.19	-.04	.42		323
soz. Ausg.Lage mittel	.25	-.03	.54		231
soz. Ausg.Lage schlecht	-.15	-.57	.27		153
Selbstwirksamkeit					
Total	-.01	-.17	.15	-.29 .22	720
ohne Symptome	-.12	-.31	.07	-.44 .26	494
mit Symptomen	.17	-.17	.52	-.05 .27	196
soz. Ausg.Lage gut	-.08	-.31	.15		320
soz. Ausg.Lage mittel	.18	-.10	.47		232
soz. Ausg.Lage schlecht	-.19	-.61	.23		156

Legende: KI = Konfidenzintervall; ES = Effektstärke; N_{POP} = Anzahl Personen in Untersuchungen (Wenn das N_{POP} in den Metaanalysen nicht angegeben wurde, wurde es anhand des durchschnittlichen N pro Studie und anderer Parametern geschätzt.). Qua = Qualität der Metaanalyse (Skala 0-13); Angaben zu Ein- Ausschlusskriterien der Studien, Kontrolle der Qualität der Studien, Kontrolle der Ausgangswerte, Angaben zur Homogenität der Ergebnisse, Folgen aus der Homogenität der Ergebnisse, Angaben zur Reliabilität der Kodierung der Studien, Angaben zur Reliabilität der verwendeten Studien bzw. Messinstrumente der Studien. Inf = Information zu den Studien in der Metaanalyse (Skala 0-3); Angaben zur Ziel-Population, Analyse unterschiedlicher Quellen der Publikationen. Reich = Reichhaltigkeit der Daten in der Metaanalyse (0-10). Differenzierung der abhängigen Variablen, Differenzierung nach Messzeitpunkten, Differenzierung nach Untersuchungsteilnehmer/-innen (Alter, Geschlecht, ökologische Verteilung, soziale Schicht, Setting, klinische oder Risikogruppen, Differenzierung nach Art der Intervention.

Bezogen auf die externalen Probleme zeigt *supra-f* teils ähnliche Resultate wie sie bei psychotherapeutischen Interventionen realisiert werden. Auch hier ist festzustellen, dass einzelne Zentren mittlere ES ausweisen.

Tabelle 13: Metaanalysen zu externalen Problemen

Metaanalyse	ES	KI				Qualität der Metaanalyse			
		unten	oben			N _{pop}	Qua	Inf	Reich
Durlak et al. (1997)	-.30	-.34	-.26	externalisierende Probleme	Primäre Prävention	10000	10	1	6
Hoag et al. (1997)	-.90	-1.08	-.72	störendes Verhalten	Primäre Prävention ¹	504	0	2	6
Durlak et al. (1998)	-.72	-.80	-.64	externalisierende Probleme	Sekundäre Prävention	2883	9	0	4
Hoag et al. (1997)	-.56	-.70	-.42	Verhaltensprobleme	Sekundäre Prävention	819	0	2	6
Wilson et al. (2000)	-.18	-.26	-.10	Delinquenz + antisoz. Verhalt.	Erlebnispädagogik	2365	9	1	3
Lipsey (1992)	-.10	-.12	-.09	Delinquenz	Intervention Delinquenz	83588	9	1	1
Lösel (1995)	-.24	-.36	-.12	Rückfall	Intervention Delinquenz	1136	4	0	0
Quinn et al. (1999)	-.18	-.33	-.03	Problemverhalten	Intervention	674	9	0	3
Quinn et al. (1999)	-.13	-.28	.02	störendes Verhalten	Intervention	674	9	0	3
Woolfenden et al. (2002)	-.41	-.65	-.17	selbstberichtete Delinquenz		275	10	2	1

¹ Schätzung

<i>supra-f</i>		KI				
Normbrechendes Verhalten		unten	oben	Minimum - Maximum		
Total	-.10	-.26	.06	-.04	.13	716
ohne Symptome	-.06	-.25	.12	-.45	.30	494
mit Symptomen	-.26	-.60	.08	-.59	.14	194
soz. Ausg. Lage gut	-.08	-.31	.14			322
soz. Ausg. Lage mittel	.12	-.16	.41			226
soz. Ausg. Lage schlecht	-.28	-.70	.13			156
Plagen						
Total	.09	-.07	.25	-.21	.32	698
ohne Symptome	.31	.12	.50	-.21	.73	475
mit Symptomen	-.16	-.50	.18	-.36	.19	186
soz. Ausg. Lage gut	-.03	-.26	.20			312
soz. Ausg. Lage mittel	.38	.09	.66			224
soz. Ausg. Lage schlecht	.05	-.37	.46			151

Legende: KI = Konfidenzintervall; ES = Effektstärke; N_{pop} = Anzahl Personen in Untersuchungen (Wenn das N_{pop} in den Metaanalysen nicht angegeben wurde, wurde es anhand des durchschnittlichen N pro Studie und anderer Parametern geschätzt. Qua = Qualität der Metaanalyse (Skala 0-13); Angaben zu Ein- Ausschlusskriterien der Studien, Kontrolle der Qualität der Studien, Kontrolle der Ausgangswerte, Angaben zur Homogenität der Ergebnisse, Folgen aus der Homogenität der Ergebnisse, Angaben zur Reliabilität der Kodierung der Studien, Angaben zur Reliabilität der verwendeten Studien bzw. Messinstrumente der Studien. Inf = Information zu den Studien in der Metaanalyse (Skala 0-3); Angaben zur Ziel-Population, Analyse unterschiedlicher Quellen der Publikationen. Reich = Reichhaltigkeit der Daten in der Metaanalyse (0-10). Differenzierung der abhängigen Variablen, Differenzierung nach Messzeitpunkten, Differenzierung nach Untersuchungsteilnehmer/-innen (Alter, Geschlecht, ökologische Verteilung, soziale Schicht, Setting, klinische oder Risikogruppen, Differenzierung nach Art der Intervention.

Die ES der Metaanalysen zur Beeinflussung des Substanzkonsums sind abgesehen von Rundall et al. (1988) und Bruvold (1993) klein. Im Vergleich schneidet *supra-f* je nach Substanz besser ab. Auch hier ist zu erwähnen, dass einzelne Zentren mittlere ES ausweisen.

Tabelle 14: Metaanalysen zum Substanzkonsum

Metaanalyse	KI					Qualität der Metaan			
	ES	unten	oben			N _{pop}	Qua	Inf	Reich
Rundall et al. (1988)	-.29	-.34	-.24	Tabak (Verhalten)	Primäre Prävention	5400	7	1	3
Bruvold (1993)	-.20	-.23	-.17	Tabak (Verhalten)	Primäre Prävention	18800	10	1	4
Ennot et al. (1994)	-.08	-.13	-.03	Tabak	Primäre Prävention	5582	6	1	1
Rooney et al. (1996)	-.12	-.14	-.10	Tabak	Primäre Prävention	26200	8	1	5
Posavac et al. (1999)	-.10	-.13	-.07	Tabak	Primäre Prävention	13860	8	1	2
Tobler et al. (2000)	-.16	-.19	-.13	Tabak	Primäre Prävention	14800	9	2	7
Rundall et al. (1988)	-.24	-.32	-.16	Alkohol (Verhalten)	Primäre Prävention	2400	7	1	3
Ennot et al. (1994)	-.06	-.11	-.01	Alkohol	Primäre Prävention	5582	6	1	1
Tobler et al. (2000)	-.10	-.14	-.06	Alkohol	Primäre Prävention	10400	9	2	7
Ennot et al. (1994)	.01	-.04	.06	Cannabis	Primäre Prävention	5582	6	1	1
Ennot et al. (1994)	-.06	-.11	-.01	Substanzen (T-A-C)	Primäre Prävention	5582	9	1	2
White et al. (1998)	-.07	-.11	-.04	Substanzen (allg.; T-A-C)	Primäre Prävention	14331	6	1	1
Tobler et al. (2000)	-.08	-.11	-.05	Substanzen (allg.)	Primäre Prävention	14000	9	2	7

<i>supra-f</i> Tabak	KI					
		unten	oben	Minimum	Maximum	
Total	-.26	-.43	-.10	-.64	-.14	679
ohne Symptome	-.19	-.38	.00	-.60	.08	469
mit Symptomen	-.39	-.74	-.04	-.76	-.28	184
soz. Ausg. Lage gut	-.26	-.49	-.02			302
soz. Ausg. Lage mittel	-.21	-.49	.08			214
soz. Ausg. Lage schlecht	-.30	-.72	.12			152
Alkohol						
Total	-.15	-.31	.01	-.39	-.04	710
ohne Symptome	-.06	-.25	.13	-.39	.18	489
mit Symptomen	-.35	-.69	-.01	-1.33	-.06	183
soz. Ausg. Lage gut	-.24	-.47	-.01			317
soz. Ausg. Lage mittel	.06	-.22	.35			226
soz. Ausg. Lage schlecht	.05	-.36	.47			155
Cannabis						
Total	-.12	-.29	.04	-.49	.04	697
ohne Symptome	-.09	-.28	.10	-.54	.15	481
mit Symptomen	-.06	-.41	.29	-.26	.04	187
soz. Ausg. Lage gut	-.17	-.40	.06			311
soz. Ausg. Lage mittel	-.01	-.29	.28			223
soz. Ausg. Lage schlecht	-.10	-.53	.33			152

Legende: KI = Konfidenzintervall; ES = Effektstärke; N_{pop} = Anzahl Personen in Untersuchungen (Wenn das N_{pop} in den Metaanalysen nicht angegeben wurde, wurde es anhand des durchschnittlichen N pro Studie und anderer Parametern geschätzt.); Qua = Qualität der Metaanalyse (Skala 0-13); Angaben zu Ein- Ausschlusskriterien der Studien, Kontrolle der Qualität der Studien, Kontrolle der Ausgangswerte, Angaben zur Homogenität der Ergebnisse, Folgen aus der Homogenität der Ergebnisse, Angaben zur Reliabilität der Kodierung der Studien, Angaben zur Reliabilität der verwendeten Studien bzw. Messinstrumente der Studien. Inf = Information zu den Studien in der Metaanalyse (Skala 0-3); Angaben zur Ziel-Population, Analyse unterschiedlicher Quellen der Publikationen. Reich = Reichhaltigkeit der Daten in der Metaanalyse (0-10). Differenzierung der abhängigen Variablen, Differenzierung nach Messzeitpunkten, Differenzierung nach Untersuchungsteilnehmer/-innen (Alter, Geschlecht, ökologische Verteilung, soziale Schicht, Setting, klinische oder Risikogruppen, Differenzierung nach Art der Intervention.

Zieht man Bilanz bezogen auf den metaanalytischen Vergleich, so ist zu berücksichtigen, dass es sich bei *supra-f* a) in erster Linie um Integrationsprogramme für Schule und Beruf handelt, b) es sich um eine unspezifische Beeinflussung des Verhaltens und des Konsums handelt und c) deshalb die Effektstärken durchaus beachtenswert sind.

7 Schlussfolgerungen

Nur eine differenzierte Betrachtung konnte zeigen, dass tatsächlich Effekte erzielt wurden. Übliche Mittelwertsvergleiche über alle Gruppen ergaben praktisch keine Veränderungen. Differenzielle Effekte gehen dabei verloren. Wir haben Wege aufgezeigt, wie die Vielfalt der Probleme geordnet werden kann (Aktionsplan, Risikogruppe, Gradient der sozialen Desintegration). So lassen sich die Zentren nach ihren Angeboten und nach ihren Risikogruppen systematisieren. Die Angebote sind so angelegt, dass sie die schulische und berufliche Integration ermöglichen sollen. Von einer Entwicklungsperspektive aus betrachtet werden für und mit diesen Jugendlichen zum Teil Chancen realisiert, die ohne diese *supra-f* Zentren kaum möglich gewesen wären. Soweit sind die Zentren von ihrem Anliegen her kaum bestritten. Da und dort bleiben aber Zweifel über die tatsächliche Wirkung der *supra-f* Zentren, die wir nicht auszuräumen vermögen. Dies betrifft die Frage nach den adäquaten Vergleichsgruppen. Die Vergleichsgruppen entsprechen nicht ganz dem Profil der Interventionsgruppen. Durch die Trennung der Vergleichsgruppen in solche, die Unterstützung erhalten vs. jene ohne Unterstützung, und die Gruppenbildung (Symptom ja/nein) konnten homogene Gruppen gebildet werden und dadurch Verzerrungen reduziert werden.

Von einem gesellschaftlichen Blickwinkel aus betrachtet, muss nun die Frage – welches Angebot ist für Jugendliche mit Risiken oder in Risikosituationen adäquat – beantwortet werden. Ist *supra-f* die Lösung, oder gibt es andere Formen, die dasselbe Ziel der Integration schneller, billiger und nachhaltiger erreichen. Hier haben wir zumindest eine Teilantwort. Wir konnten zeigen, dass gerade das Typ E Zentrum durch eine besondere Effektivität auf sich aufmerksam machte. Gleichzeitig soll der Effekt dieses Zentrums nicht überbewertet werden, da es sich um einen Prototyp handelt.

Die Vergleichbarkeit der *supra-f* Zentren wurde durch drei Faktoren erschwert, die wir teilweise beheben konnten. (1) Unterschiedlicher Strukturierungsgrad, (2) weite Streuung des Betreuungsaufwandes (4-24 Std./pro Woche): a) Typ A Zentren < 10 Std. pro Woche: Choice, Jump, Arcades, L' appar't II, UTT, b) Typ B Zentren bis 20 Std. pro Woche: Hängebrücke, Take Off und c) Typ C Zentren > 20 Std. pro Woche: CAT, Année humanitaire, Ventil I, Vert.Igo und (3) die kaum überprüfbare Güte der durchgeführten Interventionen. Es wurde bis anhin auch kein Versuch unternommen und es ist für sekundär präventive Programme auch nicht üblich die Güte der Interventionen zu überprüfen. Anders als bei klassisch psychotherapeutischen Interventionsstudien, wo man davon ausgeht, zu Recht oder zu Unrecht, dass alle Therapeuten dasselbe tun, kann man hier nicht davon ausgehen, dass beispielsweise unter Beratung nur annähernd dasselbe verstanden und getan wird. Die Aktionsplandaten geben nur Zeit und Art der Intervention bzw. Aktionen an. Die Arbeitsweise bleibt im Dunkeln.

Wenn wir die Frage, wem nützt, wem schadet und für wen ist diese Form der Prävention allenfalls irrelevant beantworten wollen, so haben wir nun eine Antwort. Ein wichtiges Instrument auf dem Weg zur Beantwortung dieser Frage ist die Eingangsdiagnostik. Hier sehen wir zwei Dinge. Zum einen ist die soziale Ausgangslage und die damit verbundene bereits bestehende Integration bzw. Desintegration ein wesentliches Moment, das erkennen lässt, in welche Richtung gearbeitet werden sollte. Daneben haben Jugendliche mit mittleren und höheren Risiken teils grössere Verbesserungen auf den meisten Parametern, ohne dass aber eine gezielte Einwirkung stattgefunden hätte. Diese Effekte wurden demnach auch durch Struktur gebende Massnahmen erzeugt. Die Zentren sind von ihrer Anlage her auf Jugendliche mit tiefem Risiko eingerichtet. Hier wird schulisch bzw. berufsbezogen interveniert und möglichst Schritte eingeleitet, die die Wahrscheinlichkeit der schulischen und beruflichen Integration verbessern. Es stellt sich lediglich die Frage der Intensität. Dennoch bleibt die Frage, weshalb die Effekte zwischen den Zentren so stark streuen und, was könnte möglicherweise getan werden, um dies zu verändern. Diese massiven Unterschiede liessen sich möglicherweise glätten, wenn der unspezifische *supra-f* Ansatz mit einem spezifischen, gezielten Interventionsteil gekoppelt werden könnte. Dies dürfte die Wirksamkeit von *supra-f* verbessern. Darüber hinaus bleibt

die Struktur, die die *supra-f* Zentren bieten, erhalten. So könnte ein Synergieeffekt entstehen. Veränderung des inneren Milieus der Jugendlichen, was die Voraussetzung für die weitere schulische und berufliche Integration bildet. **So gesehen ist *supra-f* die Antwort für Jugendliche, die a) nicht nur unterschiedliche Befindensbeeinträchtigungen und beginnende Substanzprobleme haben, sondern und das ist hervorzuheben, b) nicht genügend Halt im familiären, schulischen und sozialen Umfeld finden.** Hier können die *supra-f* Zentren je nach Alter der Jugendlichen und der vorhandenen Probleme eingreifen. Es wäre deshalb auch falsch, die Zentrumstypen gegeneinander auszuspielen. So erfüllen die A Zentren ihre Funktion bei den jüngeren und noch gut integrierten Jugendlichen, die Typ B und C Zentren sind besonders hilfreich für bereits stark desintegrierte Jugendliche, und das Typ E Zentrum ist ausgesprochen effektiv in der Berufsintegration von Jugendlichen. Lediglich das Typ D Zentrum scheint etwas unglücklich in der Anlage. So wie es derzeit ausgestaltet ist, sollte es bei Jugendlichen mit Schulschwierigkeiten die schulischen Defizite aufarbeiten. Gleichzeitig stehen dieser Arbeit auch oft Verhaltensauffälligkeiten der Jugendlichen im Wege. Diese doppelte Aufgabe scheint das Potential des Zentrums zu überdehnen. Hier haben wir möglicherweise mit der Intervention „VIVA“, einer Gruppenintervention mit 9 Sitzungen eine Möglichkeit, Effekte zu erzielen. Eine realistische Lesart könnte aber auch sein, dass mit den gegebenen Mitteln und dieser Zielpopulation nicht mehr erreicht werden kann.

Was kann jetzt den Gemeinwesen aufgrund der vorliegenden Analysen empfohlen werden? Für schulentlassene Jugendliche, ohne klare Perspektive sind *supra-f* Zentren sinnvolle zukunftsweisende Angebote, die sich teilweise mit den Angeboten der Motivationssemester des seco (vgl. Hüsler, in Vorbereitung) decken bzw. dasselbe Anliegen verfolgen. Sind also in einem Gemeinwesen gehäuft Jugendliche zu finden, die nach der obligatorischen Schulpflicht keine berufliche oder schulische Perspektive haben, so wäre die Empfehlung Gründung eines solchen *supra-f* Zentrums (Typ B oder C) oder Einbau eines solchen Zentrums in eine bestehende Struktur. Ist ein Gemeinwesen mit noch Schulpflichtigen gehäuft mit Problemen der Gewalt, des Substanzkonsums der Gefahr des Schul „drop outs“ betroffen, so wäre ein Typ A Zentrum wohl die richtige Wahl. Das kann die Schule, die Schulbehörde und die Eltern entlasten. Wir haben zwar gezeigt, dass die A Zentren praktisch keine individuellen Veränderungen bewirken. Es ist aber dennoch nicht von der Hand zu weisen, dass eine qualitative Analyse (Elternbefragung, Lehrerbefragung) Hinweise dafür gab, dass ein solches A Zentrum entlastend auf die Systeme wirkt. Zumindest die erwähnte Zuweiserbefragung lässt eine solche Schlussfolgerung zu.

Wie geht es weiter?

Da verschiedentlich zum Ausdruck kam, dass die Erfassung von Risikojugendlichen verbessert werden könnte, ist daraus das **Projekt Diagnostik und Intervention** entstanden. Die kollektive Expertise Sekundärprävention hat hier ebenfalls konkrete Empfehlungen dazu formuliert (Entwicklungschancen fördern, BAG 2004). Im Rahmen dieses Projektes wird ein Verfahren zur Erfassung von Risikopopulationen getestet, das in unterschiedlichen Settings angewendet werden kann. Ein weiteres Teilprojekt befasst sich mit der Evaluation eines **Gruppentrainings „VIVA“** für jüngere und ältere Jugendliche.

Die Synthese dieser Teilprojekte führt zur Weiterentwicklung im Bereich Erfassung und Intervention für junge Erwachsene bzw. Erwachsene. Dies wird mit dem **„Life style Interventionsprojekt“** realisiert. Hier werden verschiedene Interventionsmodelle auf Akzeptanz und Wirksamkeit untersucht. Diese Interventionen sollen im sekundär präventiven Bereich Anwendung finden.

Ein damit inhaltlich verbundenes Projekt befasst sich mit dem **Monitoring für Risikojugendliche**, das die periodische Berichterstattung über diese Teilpopulation beinhaltet.

8 Literatur

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

Arènes, J., Janvvrin, M.-P. & Baudier, F (1998). Baromètre Santé jeunes 97/98. Paris: Editions CFES.

Armsden, G.C. & Greenberg, M.T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.

Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, DC: Hemisphere.

Bird, H.R. (1996). Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(1), 35-49.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.

Bukstein, O. (1995). *Adolescent substance abuse: Assessment, prevention and treatment*. New York: Wiley.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.) (2004). Entwicklungsschancen fördern. Prävention zu Gunsten gefährdeter Kinder und Jugendlicher. Bern: BAG.

Cohen, L.H. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Cicchetti, D. & Cohen, D. (Eds.). (1995). *Developmental Psychopathology: Theory and Methods*, Vol.1. New York: Wiley.

Cicchetti, D. & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry*, 56, 96-118.

Dreher, E. & Dreher, M. (1985). Wahrnehmung und Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Jugendalter (30-61). In Oerter, R. (Hrsg.). *Lebensbewältigung im Jugendalter*. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.

Durlak, J. & Wells, A. (1998) Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 26(5), 775-802.

Egle, T. Hoffmann, S. & Stelffens, M. (1997). Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In T. Egle, S. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früherer Traumatisierungen*. Stuttgart: Schattauer.

Endler, N.S. & Parker, C.A. (1989). *Coping Inventory for stressful situations (CISS)*. Multi Health Systems, Inc.. Toronto.

Ennot, S. Tobler, N.S., Ringwalt, C.L. & Flewelling, R.L. (1994). How effective is drug abuse resistance education? A metaanalysis of project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84 (9), 1394-1401.

Flammer, A., Grob, A. & Alsaker, F. (1997). Belastung von Schülerinnen und Schülern: Das Zusammenwirken von Anforderungen, Ressourcen und Funktionsfähigkeit. In A. Grob (Hrsg.). *Kinder und Jugendliche heute: belastet - überlastet?* (S. 11-30). Chur: Rüegger.

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 IUMPS. Lausanne: IUMPS.

Gottfredson, D.C. & Wilson, D.B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prevention Science*, 4(1), 27-38.

Haney, P. & Durlak, J.A. (1998). Changing self-esteem in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 423-433.

Havighurst, R. (1956). Research on the developmental-task concept. *The School Review*, 64, 215-223.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Jarnasson, T., Kokkevi, A., et al. (2000). *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm, Sweden: Pompidou Group, Council of Europe.

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

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

Hoag, M.J. & Burlingame, G.M. (1997). Evaluating the effectiveness of child and adolescent group treatment: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(3), 234-246.

Hüsler, G. (2003). Braucht es eine „Hypertheorie“ als Präventionstheorie? *Suchtmagazin* 29, 1.

Hüsler, G., Werlen, E. & Plancherel, B. (2004). Der Einfluss psychosozialer Faktoren auf den Cannabiskonsum. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 6 (3), 221-235.

Hüsler, G., Werlen, E. & Rehm, J. (2005a). The Action Plan – A new instrument to collect data on interventions in secondary prevention in adolescents. *Substance Use and Misuse* 40(6), 761-777.

Hüsler, G., Plancherel, B. & Werlen, E. (2005b). Psychosocial predictors of cannabis use in adolescents. *Prevention Science*, 27, 1-8. [Epub ahead of print]

Hüsler, G., Werlen, E. & Blakenay, R. (2005c). Effects of national preventive indicated preventive intervention program. *Journal of Community Psychology*, 33(6), 705-725.

Hüsler, G., Blakeny, R. & Werlen, E. (2005d). Adolescent Risk: The co-occurrence of illness, suicidality and substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(6), 705-725.

Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397.

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

Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescent risk behavior (S. 1-10). In R. Jessor (Ed.). *Adolescent risk behavior*. New York: Cambridge University Press.

Ihle, W., Esser, Schmidt, M. & Blanz, B. (2000). Mannheimer Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 263-275.

Kolip, P. (1999). (Hrsg.). *Programme gegen Sucht*. Weinheim: Juventa.

Kusch, M. & Petermann, F. (1998). Konzepte und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (S. 53-93). Göttingen: Hogrefe.

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

Lewinsohn, P.M. & Clarke, G.N. (1999). Psychosocial treatments of adolescent depression. *Clinical Psychology Review*, 19, 329-342.

Liettieri, D. & Welz, R. (1983). *Drogenabhängigkeit. Ursachen und Verlaufsformen. Ein Handbuch*. Weinheim: Beltz.

Lipsey, M.W. (1992a). The effect of treatment on juvenile delinquents: Results from meta-analysis. In F. Loesel, D. Bender, & T. Bliesener (Hrsg.). *Psychology and law: International perspectives* (S. 131-143). Berlin: Walter de Gruyter.

Lipsey, M. W. (1992b). Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects. In T. Cook, D. Cooper, H. Conday, H. Hartman, L. V. Hedges, R. Light, et al. (Hrsg.), *Meta-analysis for explanation: A cookbook* (S. 83-127). New York: Russell Sage Foundation.

Lösel F. (1995) What recent meta evaluations tell us about the effectiveness of correctional treatment. In G. Davies, S. Lloyd-Bostock, M. McMurren & C. Wilson (Hrsg.). *Psychology, law and criminal justice* (S. 537-554). Berlin: Walter de Gruyter.

Loeber, R. Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W & Farrington, D. (1989). Development of a new measurement of self-reported antisocial behavior for young children prevalence and reliability. In M.W. Klein (Ed.). *Cross-National Research in Self-Reported Crime and Delinquency*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Marcotte, D. (1997). Treating depression in adolescence: A review of the effectiveness of cognitive-behavioral treatments. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(3), 273-283.

Masten, A., Best, K. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-44.

Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society. From the standpoint of social behaviorist*. (Kap. 2). Chicago: University Press.

Murray, C. J. L. & Lopez, A. (1996). *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Boston: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.

Murray, C. J. L. & Lopez, A. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *The Lancet*, 349, 1436-1442.

Narring, F., Tschumper, A. Michaud, P.-A., Vanetta, F., Meyer, R., Wydler, H., Vuille, J., Paccaud, F. & Gutzwiler, G. (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.

Noam, G. (1997). Clinical-Developmental Psychology: toward developmentally differentiated interventions (S. 585-634). In W. Damon, I. Siegel, K. & Renninger (Hrsg.). *Handbook of Child Psychology*. New York: Wiley.

Oerter, R., von Hagen, C., Röper, G. & Noam, G. (1999). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim: PVU.

Posavac, E.J., Kattapong, K.R. & Dew, D.E. (1999). Peer-based interventions to influence health-related behaviors and attitudes: A meta-analysis. *Psychological Reports*, 85, 1179-1194.

Quinn, M.M., Kavale, K.A., Mathur, S.R., Rutherford, R.B. & Forness, S.R. (1999). A meta-analysis of social skill interventions for students with emotional or behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 7(1), 54-64.

Reinecke, M.A. Ryna, N.E. & DuBois, D.L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and metanalysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (1), 48-64.

Rehm, J. (2003). *Ist Suchtprävention generell wirtschaftlich?* Institut für Suchtforschung, Zürich: Schweiz

Rutter, M. (1988). *Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data*. Cambridge: Cambridge University Press.

Rutter, M. (1990). Prosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.). *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (S. 181-214). New York: Cambridge University Press.

Rooney, B.L. & Murry, D.M. (1996). A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Education Quarterly* 23(1), 48-64.

Rundall, T.G. & Bruvold, W.H. (1998). A meta-analysis of school-based smoking and alcohol use prevention programs. *Health Education Quarterly*, 15(3), 317-334.

Sieber, M. (1993). *Drogenkonsum: Einstieg und Konsequenzen. Ergebnisse von Längsschnittuntersuchungen und deren Bedeutung für die Prävention*. Bern: Huber.

Shield, M.K. & Behrman, R.E. (2004). Children of Immigrant Families: Analysis and Recommendations. *The Future of Children*, 14(2). Heruntergeladen am 1. November 2005 von http://www.futureofchildren.org/pubs-info2825/pubs-info_show.htm?doc_id=240166

Schmidt, B. (2001). *Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen (2. Auflage)*. Weinheim. Juventa.

Schwarzer, R. (1995). Entwicklungskrisen durch Selbstregulation meistern. In Edelstein, W. (Hrsg.) *Entwicklungskrisen kompetent meistern*. Heidelberg. Asanger.

Sroufe, A. & Rutter, M. (1984). The domain of development psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.

Steinhausen, H.C., Winkler, M., Meier, M. & Kennberg, K. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: The Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr. Scan*, 262-271.

Tobler, N.S., Roona, M.R. Ochshorn, P., Marshall, D.G. Streke, A.V., Stackpole, K.M. (2000). School based adolescent drug prevention programs: 1998 Meta-Analysis. *The Journal of Primary Prevention*. 20(4), 275-336.

Waters, E. & Sroufe, A. (1983). Social competence as a developmental construct. *Developmental Review*, 3, 79-97.

Werner, E. & Smith, R. (1982). *Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood*. Ithaca: Cornell University Press.

Werner, E. (1990). Protective factors and individual resistance. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (S. 97-116). New York: Cambridge University Press.

Wick, W., Stübi, B., Alsaker, F., Hüsler, G., Michaud, P.-A. & Steffen, T. (2000). *Präventionsforschung bei Jugendlichen im Suchtbereich. Erkenntnisse für die Praxis*. Bern: BAG

Wicki, W. Michaud, A. Alsaker, F. Hüsler, G., Steffen, T., Narring, F., Klaue, K. et al. (1999). *Machbarkeitsstudie supra-f. Multizentrische Interventionsforschung im Bereich der sekundären Suchtprävention*. Bern: BAG.

Wicki, W. & Stübi, B. (2001). Präventionsforschung im Bereich substanzgebundener Abhängigkeiten bei Jugendlichen. State of the Art. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 9, 205-228.

Wilson, S.J. & Lipsey, M.W. (2000). Wilderness challenge programs for delinquent youth: A meta analysis of outcome evaluations. *Evaluation and Program Planning*, 23, 1-12.

Woolfenden, S.R., Williams, K. & Peat, J.K. (2002). Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Archives of Disease in Childhood*, 86, 251-256.

Wygotski, L (1987). *Ausgewählte Schriften. Arbeiten zur psychischen Entwicklung der Persönlichkeit*, Bd. 2. Berlin: Volk und Wissen.

White, D. & Pitts, M. (1998). Educating young people about drugs: A systematic review. *Addiction*, 93(10), 1475-1487.

Anhang

1 Publikationen im Rahmen von *supra-f*

Hüsler, G., Werlen, E., Bär, M. (submitted). Swiss and foreign adolescents at risk – health related similarities and differences.

Hüsler, G., Plancherel, B. (2006) (in press). A gender specific model of substance use. *Addiction Research & Theory*.

Hüsler, G. Blakeney, R. & Werlen, E. (2005f). Adolescent risk: the co-occurrence of illness, suicidality and substance use. *Journal of Youth and Adolescence* 34,6,547-557.

Hüsler, G. & Plancherel, B. (2005e) *supra-f La prévention secondaire. Suchtforschung des BAG*. Bern: BAG.

Hüsler, G. & Werlen, E. (2005d). *supra-f* – ein meta analytischer Vergleich. *Suchtforschung des BAG*. Bern: BAG.

Hüsler, G. Blakeney, R. & Werlen, E. (2005c). Effects of a national indicated preventive intervention program. *Journal of Community Psychology*, 33(6),705-725.

Hüsler, G. Plancherel, B. & Werlen, E. (2005b). Psychosocial Predictors of Cannabis Use in Adolescents at Risk. *Prevention Science*, 27, 1-8. [Epub ahead of print]

Hüsler, G., Werlen, E., Sigrist, M. & Rehm, J. (2005a). The action plan. *Substance use and misuse*, 40(6), 761-777.

Hüsler, G. Werlen, E., & Plancherel, B. (2004). Der Einfluss psychosozialer Faktoren auf den Cannabiskonsum. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 6(3) 221-235.

Hüsler, G., Michaud, P.-A. & Rehm, J. (2004). *Supra-f* Wirksamkeit der Interventionen. Erste Trends. *Suchtforschung des BAG 1999-2001*. Bern: BAG.

Hüsler, G., Michaud, P.-A. & Rehm, J. (2004). Entwicklungsschritte im *supra-f* Programm. *Suchtforschung des BAG 1999-2001*. Bern: BAG.

Hüsler, G. (2003). Braucht es eine „Hypertheorie“ als Präventionstheorie? *Suchtmagazin*. 29(1).

Hüsler, G. (2002). *supra-f* ein Forschungsprogramm in der Sekundärprävention – Erste Resultate. *Suchtmedizin – In Forschung und Praxis*, 4(3), 201-204.

Hüsler, G., Werlen, E. & Sigrist, M. (2002). Minimal effects in secondary prevention, why? The intervention program (*supra-f*). In I. Leal, T. Bothelo & J. Ribeiro (Eds.). *Proceedings of the 16th Conference of the European Health Psychology Society* (53-59). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Hüsler, G., Werlen, E. & Sigrist, M. (2002). A new method for collecting data in secondary prevention projects. In I. Leal, T. Bothelo & J. Ribeiro (Eds.). *Proceedings of the 16th Conference of the European Health Psychology Society* (61-67). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Hüsler, G., Michaud, P.-A. & Rehm, J. (2001). Zwei Jahre *supra-f* – Eine vorläufige Bilanz mit positiven Trends. *Suchtmagazin*, 27, 38-41.

Hüsler, G., Pfister, T., Werlen, E. & Sigrist, M. (2001). *supra-f*: Ein Sucht-Präventions-Forschungs-programm für Jugendliche. In VeSAD (Hrsg.). *Symposium soziale Arbeit – Innovative Konzepte in der sozialen Arbeit* (S. 13-38). Bern: Edition Soziothek.

Wicki, W., Stübi, B., Alsaker, F., Hüsler, G., Michaud, P. A. & Steffen, T. (2000). *Präventionsforschung bei Jugendlichen im Suchtbereich. Erkenntnisse für die Praxis*. Bern: BAG.

Wicki, W., Michaud, A. Alsaker, F., Hüsler, G, Steffen, T., Narring, F., Klaue, K. et al. (1999). *Machbarkeitsstudie supra-f: Multizentrische Interventionsforschung im Bereich der sekundären Suchtprävention*. Bern: BAG.

1.1 Kongresse

2005

Hüsler, G. (2005). The relationship between illness, suicidality and substance use. European Health Psychology Congress, Galway.

Plancherel, B. (2005). From negative mood to substance use. European Health Psychology Congress, Galway.

Werlen, E. (2005). Trajectories of depression and cannabis consumption on youth at risk. European Health Psychology Congress, Galway.

2004

Hüsler, G. (2004). What works in secondary prevention. EARA, IX Conference of the European Association for Research on Adolescence, Porto, 4-8 May.

Hüsler, G. (2004). The relationship between negative mood, suicidality, illness and substance use in adolescents at risk. Health Psychology Congress, Helsinki.

Hüsler, G. (2004). Geht es den Jugendlichen nun wirklich besser? Jahrestagung *supra-f*, 3. November. Bern.

2003

Hüsler, G. (2003). The relationship between negative mood, suicidal tendencies, illness and substance use. 18th Conference of the European Health Psychology Society, 21-24. Juni Helsinki.

Hüsler, G. & Werlen, E. (2003). Swiss and foreign adolescents at risk – Similarities and differences. European Health Psychology Congress. Kos. 24.-27.09.2003.

Hüsler, G. (2003). Sekundäre Prävention. Was wirkt? STAY IN TOUCH. 3. Europäischer Kongress. Jugenarbeit, Jugendhilfe und Suchtprävention. Luzern. 13.-15. 03.

Hüsler, G. (2003). Psychosoziale Vorläufer für den Cannabisge-/missbrauch. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin. München. 03.07.2003.

Hüsler, G. & Werlen, E. (2003). Swiss and foreign adolescents at risk – Similarities and differences. 17. EHPS congress. Kos. 24.-27. 2003.

Hüsler, G. , Werlen, E. Blakeney, R. & Blackeney C. (2003). The Tenth International Conference on Treatment of Addictive Behaviors (ICTAB-10, Heidelberg). Effects of a national secondary prevention program.

Hüsler, G. (2003). Effects of a national secondary prevention program (2003). 14th annual conference of the European Society for Social Drug Research, to be held in Ghent, Belgium, 2 – 4 October 2003.

Hüsler, G. (2003). Wie lässt sich gefährdeten Jugendlichen am besten helfen? (2003). 10. VeSAD Symposium 2003. Soziale Arbeit mit Jugendlichen. Olten. 7.11. 2003.

2002

Hüsler, G. (2002). „Präsentation der Forschungsergebnisse“. Vortrag gehalten an der Jahrestagung *supra-f*. Bern, 5.11.02.

Hüsler, G. (2002). „Minimal effects in secondary prevention, why?“. Vortrag gehalten an der 16th Conference of the European Health Psychology Society, 25.10.02, Lissabon.

Hüsler, G. (2002). „A new method for collecting data in secondary prevention projects“. Posterpräsentation an der 16th Conference of the European Health Psychology Society, 2.-5. 10.02, Lissabon.

Hüsler, G. (2002). „Negative mood and relationship with peers predict substance use in adolescents at risk“. Posterpräsentation an der 16th Conference of the European Health Psychology Society, 2.-5. 10.02, Lissabon.

Hüsler, G. (2002). „Wie kommen wir zu einer evidenzgestützten Suchtarbeit in Prävention, Schadensminderung, Behandlung und Repression?“ Roundtable bei „Voneinander lernen II Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen Forschung, Praxis und Politik im Suchtbereich“, 2.-4. 9. 02, Zürich.

Hüsler, G. (2002). „*supra-f* Forschung und Praxis, ein gemeinsamer Weg mit Stolpersteinen“. Workshopleitung an „Voneinander lernen II Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen Forschung, Praxis und Politik im Suchtbereich“, 2.-4. 9. 02, Zürich.

Hüsler, G. (2002). „Effektivität unterschiedlicher Interventionen in der sekundären Prävention“. Posterpräsentation am 3. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin. 4.-6. 7.02. München.

Hüsler, G. (2002). „*supra-f* ein nationales Forschungsprogramm der Sekundärprävention – erste Resultate.“ Vortrag am 3. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin. 4.-6. 7.02. München.

2001

Hüsler, G. (2001). „Präsentation der Forschungsergebnisse“. Vortrag gehalten an der Jahrestagung *supra-f*. Fribourg, 17.10.01.

Hüsler, G. (2001). Communication orale: „Prévention secondaire: Traitement des jeunes à risque (*supra-f*)“. 1er Congrès Français de Psychologie de la Santé. "Développer et promouvoir la psychologie de la santé en France : enjeux et perspectives" Bordeaux 5. – 6. 10. 2001

Hüsler, G. (2001). Poster presentation „*supra-f*. A National Program in the Secondary Prevention with Adolescents“. 15th Conference of the European Health Psychology Society. St. Andrews 5.-8.9. 2001

Sigrist, M., Hüsler, G., Werlen, E. Köstner, A. (2001). Poster presentation „ Effectiveness of different interventions in the *supra-f* project“. (15th Conference of the European Health Psychology Society. St. Andrews 5.-8.9. 2001.

Werlen, E. & Hüsler, G. (2001). Poster presentation „ Compare the uncomparable“. 15th Conference of the European Health Psychology Society. St. Andrews 5.-8.9. 2001

1.2 Zwischenberichte

Hüsler, G., Werlen, E. & Laupper, E. (2004). *supra-f Suchtpräventions-Forschungsprogramm für gefährdete Jugendliche. Die Wirksamkeit von supra-f – Ein Vergleich mit anderen präventiven Programmen*. (Zwischenbericht Mai 2004). Fribourg: Universität, Institut für Psychologie.

Hüsler, G., Werlen, E., & Laupper, E. (2003). *supra-f - Suchtpräventions-Forschungsprogramm für gefährdete Jugendliche*. (Zwischenbericht Mai 2003). Fribourg: Universität, Institut für Psychologie.

Hüsler, G., Werlen, E., & Laupper, E. (2003). *supra-f - Suchtpräventions-Forschungsprogramm für gefährdete Jugendliche*. (Zwischenbericht Dezember 2003). Fribourg: Universität, Institut für Psychologie.

Hüsler, G., Werlen, E., & Sigrist, M. (2002). *Zwischenbericht - Mai 2002*. (Zwischenbericht Vertrags-Nr. 01.000848). Fribourg: Universität, Institut für Psychologie.

Hüsler, G., Werlen, E., & Sigrist, M. (2002). *Zwischenbericht supra-f - Dezember 2002*. (Zwischenbericht Vertrags-Nr. 01.000848). Fribourg: Universität, Institut für Psychologie.

Hüsler, G., Werlen, E., & Sigrist, M. (2001). *supra-f – Zwischenbericht*. (Zwischenbericht Dezember 2001). Fribourg: Universität, Institut für Psychologie.

Hüsler, G., Werlen, E., Sigrist, M., Köstner, A., Michaud, P-A. & Rehm, J. (2001). *Projektphase II der supra-f Forschung – Zweiter Zwischenbericht*. Fribourg: Universität Fribourg, Institut für Psychologie.

Hüsler, G., Werlen, E., Sigrist, M., & Köstner, A. (2000). *Projektphase II der supra-f Forschung – Erster Zwischenbericht*. Psychologisches Institut, Universität Fribourg.

Wicki, W., Stübi, B. Werlen, E. & Hüsler, G. (2000). *Schlussbericht supra-f: Projektphase Interventionsforschung im Bereich der sekundären Suchtprävention*. Bern: Institut für Psychologie.

2 Effektstärken als Abbildungen

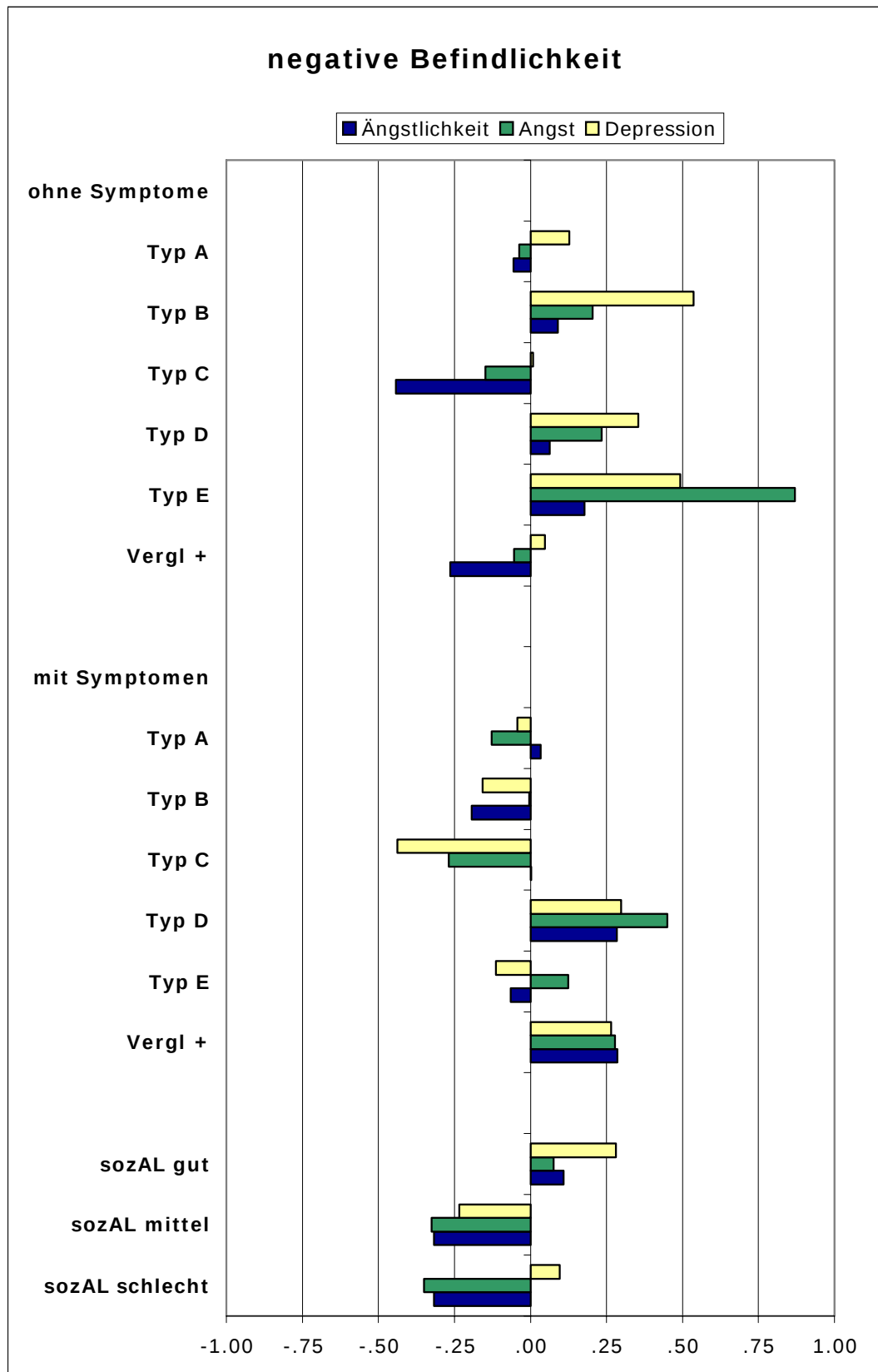


Abbildung 10: ES zum Negativen Befinden: Zentren, Jugendliche mit/ohne Symptome, soziale Ausgangslage

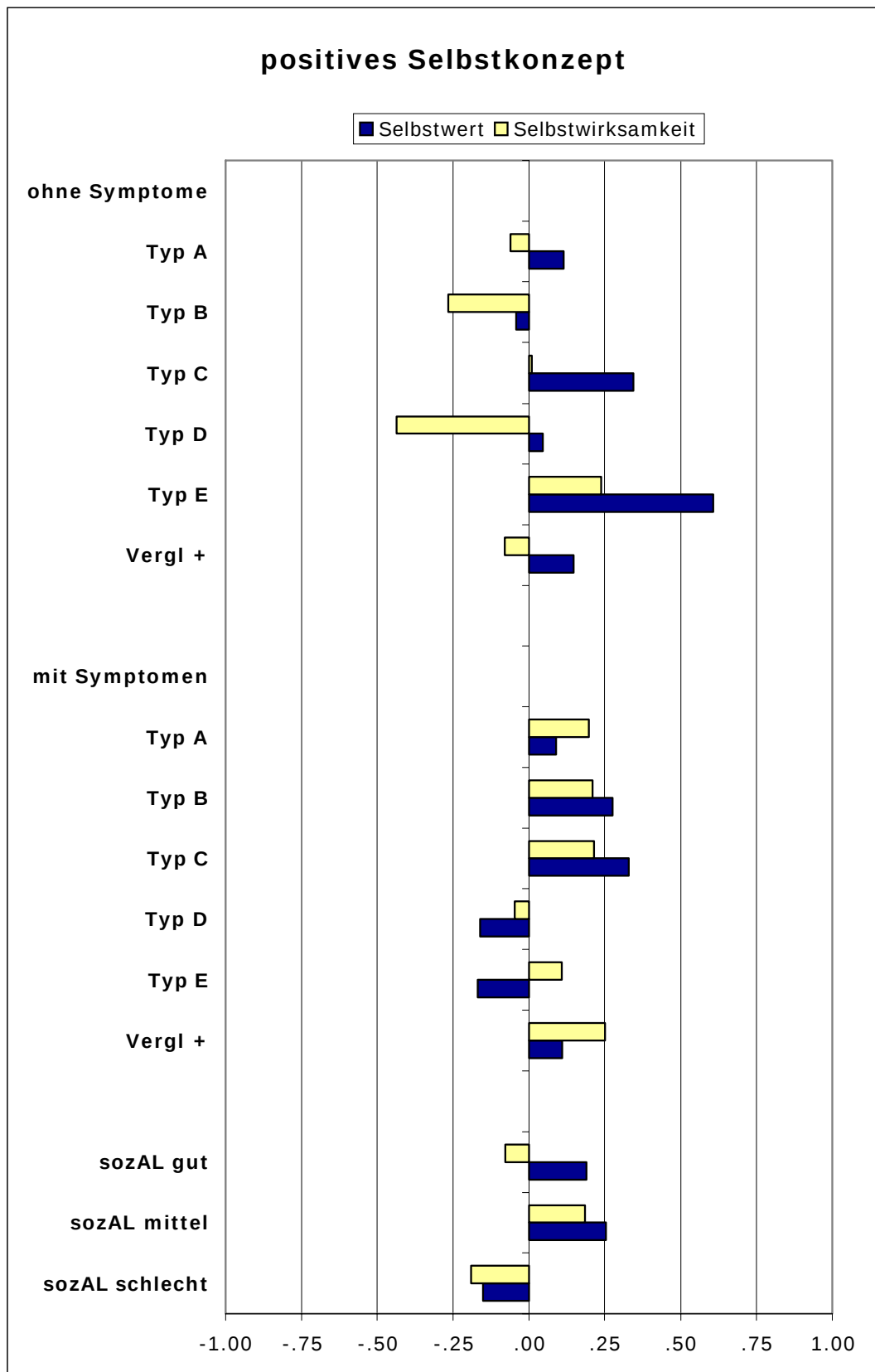


Abbildung 11: ES zum Positiven Selbstkonzept: Zentren, Jugendliche mit/ohne Symptome, soziale Ausgangslage

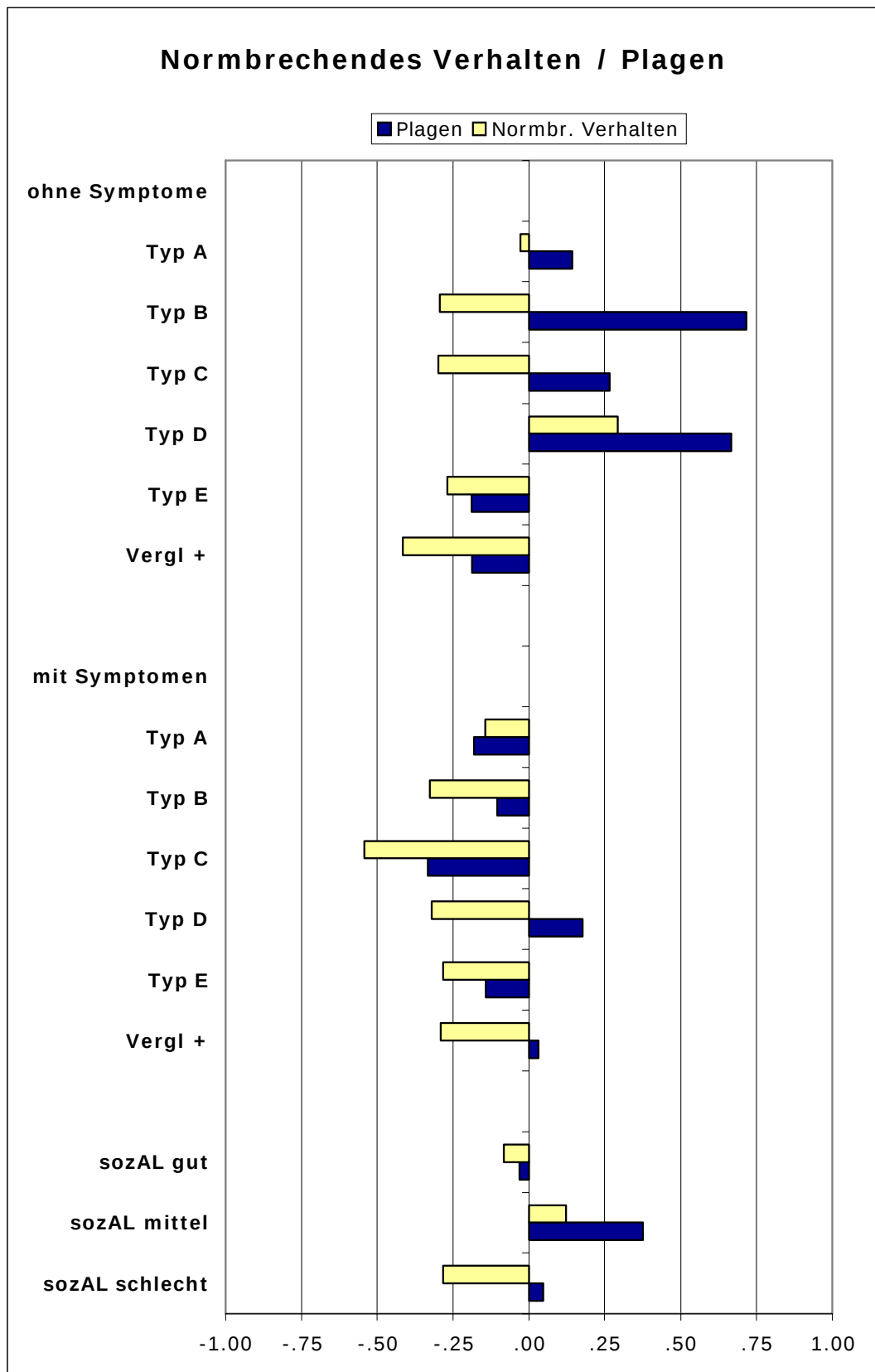


Abbildung 12: ES zum Normbrechenden Verhalten: Zentren, Jugendliche mit/ohne Symptome, soziale Ausgangslage

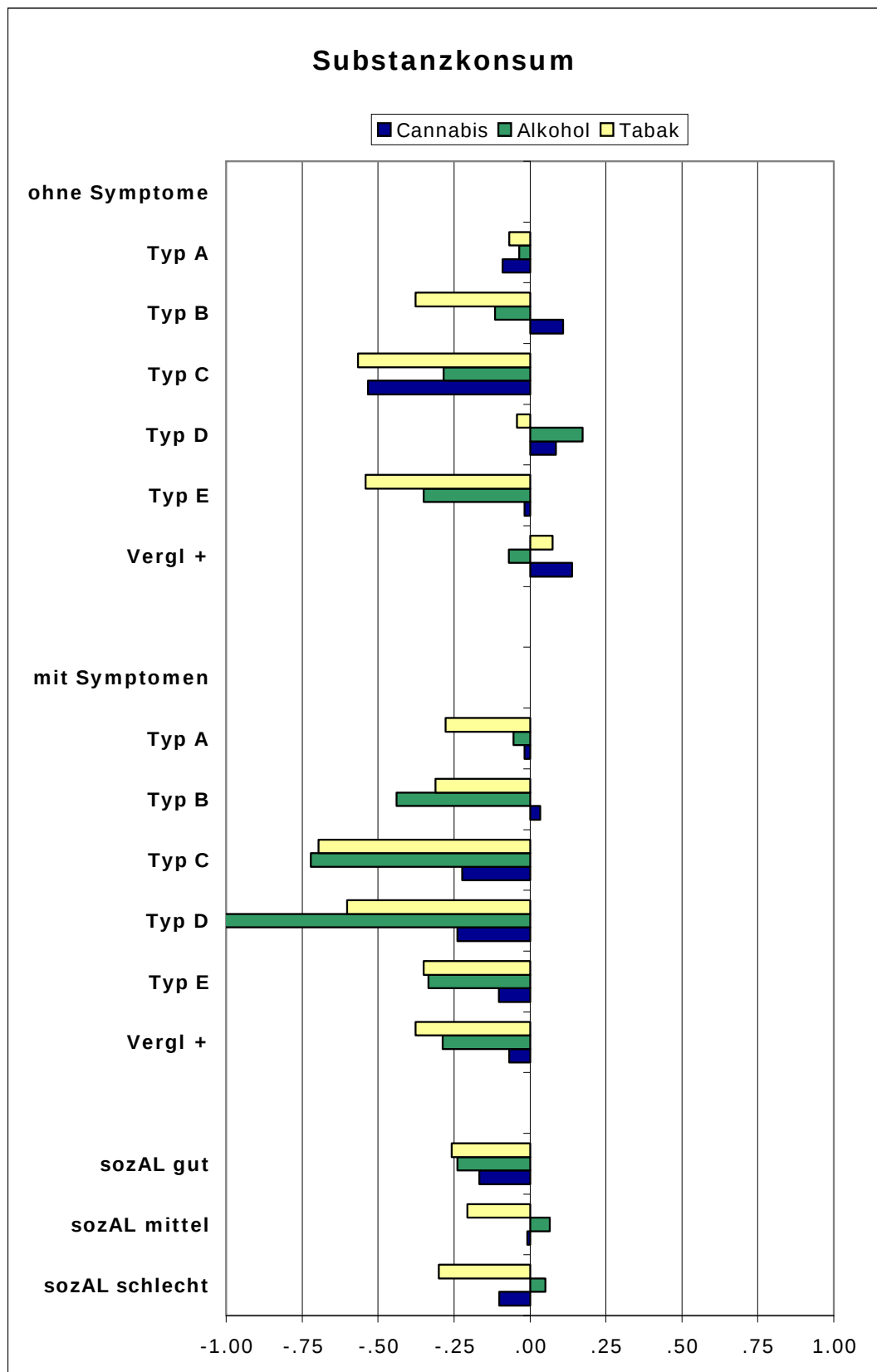


Abbildung 13: ES zum Substanzkonsum: Zentren, Jugendliche mit/ohne Symptome, soziale Ausgangslage

3 Aktionsplan

Internet Explorer
Pre 13:29:39

Datei Bearbeiten Ansicht Explorer Favoriten Extras Fenster Hilfe
Zurück Vorwärts Abbrechen Aktualisieren Startseite Autoausfüllen Drucken E-Mail
Adresse: http://pedagoc38.unifr.ch/ser/pitz/quest.asp
Live Home Page Apple Computer Apple Support Der "Apple Store" Microsoft MacTopic Office for Macintosh Internet Explorer

Questionnaire

Supra-f Geben Sie die Daten der Person in die Tabelle ein.

Füllen Sie mindestens eines der beiden Felder aus:
Woche: Datum (tt.mm.jjjj)
Abwesenheit

Klient ID	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sa + So
	Kod	Kod	Kod	Kod	Kod	Kod
7:00						
8:00						
9:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						

Intervention

	Kod.
Individuelle Beratung	1
Standardbetreuung	2
Wochenplan (mit/ohne Jugendlichen)	3
Gesundheit (alle Themen; einzel oder in Gruppe)	4
Familie, Sozialbeziehungen (i.R. einzel)	5
(Gruppen-)Gespräche mit pädagogischem Hintergrund	6
Gespräche mit involvierter Helferin (mit/ohne Jugendlichen, auch teil.)	7
Therapien (einzel oder in Gruppe)	8
Schulunterricht	9
Hausaufgaben/Nachhilfe (einzel oder in Gruppe)	10
Einsatz in Arbeitsprogrammen	11
Lehrlernsuche/Bewerbungen	12
Projektarbeit (einzel oder in Gruppe)	13
Erlebnispädagogik	14
Kurse (alle Formen)	15
Lager	16
Aufenthalt in supra-f Lokalität ohne spezifisches Angebot	17
Gemeinsames Essen	18
Andere Freizeitbeschäftigungen	19
Vom Projekt mitent, aber nicht in Projekt durchgeführt	20
Vorgespräche für den Eintritt in das Projekt	21

Senden Löschen
Zurück zum Menu

Internetzone

4 Beschreibung der Instrumente

Kurzbeschreibung der Fragebogen

Skala "Beziehung zu Gleichaltrigen"

Kurzbeschreibung: Die ursprüngliche Skala besteht aus 25 Items und wurde von Armsden und Greenberg (1987) aufgrund von Bowlby's Bindungstheorie entwickelt. Mit dieser Skala werden die affektive, kognitive und Verhaltensdimension der Bindung erfasst. Im Rahmen des Nationalfond-Projekts 33 "Schulalltag von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz und in Norwegen" (Flammer, Grob, & Alsaker, 1997) wurde diese Skala überarbeitet und verkürzt. Für unsere Zwecke haben wir 5 dieser Items übernommen.

Validität: In Untersuchungen mit dem "Inventory of Parent and Peer Attachment" fanden Greenberg et al. (1984) bei 12- bis 19-jährigen Jugendlichen, dass die Qualität der Beziehungen zu den Peers mit dem Selbstwert und der Lebenszufriedenheit in Beziehung steht (die Korrelationskoeffizienten betrugen zwischen .30 und .40).

Skala "Beziehung zu den Eltern"

Als Grundlage für die Konstruktion der Skala "Beziehung zu den Eltern" dienten die Instrumente von Armsden und Greenberg (1987), Moos und Moos (1986) und Kobel (1995).

Unterskala emotionale Unterstützung: Die Items der Unterskala emotionale Unterstützung haben vor allem elterliches Verständnis, Respekt und gegenseitiges Vertrauen zum Thema. Sie sind dem Instrument von Armsden und Greenberg (1987) entnommen. Im Rahmen des NFP 33 wurde diese Skala überarbeitet und verkürzt. Für unsere Zwecke haben wir 5 dieser Items übernommen, die genau dieselben Formulierungen beinhalten wie die Items zur Messung der Beziehungen zu Gleichaltrigen.

Unterskala "Kohäsion": Diese Items enthalten vor allem Angaben über Ausmass und Qualität der verbalen Kommunikation mit den Eltern und sind den Instrumenten von Moos und Moos (1986) und Kobel (1995) entnommen.

Unterskala "Konflikt": Die Items dieser Unterskala messen die Konfliktbereitschaft in der Familie und sind dem Instrument von Moos und Moos (1986) entnommen.

Skala "Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung"

Kurzbeschreibung: Bei der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung handelt es sich um eine stabile Erwartungshaltung, welche "... die subjektive Überzeugung zum Ausdruck bringt, aufgrund eigenen Handelns schwierige Anforderungen bewältigen zu können" (Schwarzer, 1993, S.188). Im Gegensatz zu den spezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen (Bandura 1977, 1995, 1997) wird die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung als ein Aggregat über eine Vielzahl von Selbstwirksamkeitserwartungen unterschiedlicher Bereiche verstanden. Die allgemeine

Selbstwirksamkeitserwartung kann als ein persönlicher Schutzfaktor im Sinne einer stabilen personalen Coping-Ressource verstanden werden.

Die Skala wurde 1981 von Jerusalem und Schwarzer entwickelt. Die ursprüngliche Skala umfasste 20 Items. Die Skala konnte ohne Qualitätsverluste auf zehn Items gekürzt werden (Jerusalem & Schwarzer, 1986). Seitdem ist die verkürzte Skala als Instrument zur Messung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung in zahlreichen Studien eingesetzt und in über 25 Sprachen übersetzt worden.

Validität: Eine konfirmatorische Faktorenanalyse konnte die einfaktorielle Struktur der Skala bestätigen. Die Items wurden durchmischt mit den Items anderer Skalen dargeboten. Die Skala stand in enger Beziehung zu den spezifischen, schulischen und sozialen Selbstwirksamkeitserwartungen sowie zu der Tendenz, in Anforderungssituationen eher den herausfordernden Charakter der Anforderung wahrzunehmen, sowie zu Lebenszufriedenheit und Optimismus.

Skala "Bewältigungsverhalten"

Kurzbeschreibung: Das "Coping Inventory for stressfull Situations" (CISS) wurde von Endler und Parker (1989) entwickelt, um die Interaktion zwischen Person und Situation und deren Effekt auf Angst zu untersuchen. Der CISS stellt dabei ein einfaches Instrument dar, multidimensionale Copingstrategien zu erfassen. Es existiert sowohl eine Version für Erwachsene als auch für Jugendliche. Das CISS besteht aus drei Skalen die Items zu "aufgabenorientierten", "gefühlsorientierten" und "vermeidungsorientierten" Copingstrategien enthalten. Jede der drei Skalen umfasst 16 Items, wobei die letztgenannte Skala in zwei Unterskalen geteilt wird ("distraction" und "social diversion"). Faktorenanalytisch konnten die drei Faktoren bestätigt werden.

Das Messinstrument wurde im Rahmen des NFP 33 "Schulalltag von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz und in Norwegen" (Flammer, Grob, & Alsaker, 1997) auf 19 Items reduziert. Im Gegensatz zu den ursprünglichen Items im CISS wurden die einzelnen Fragen im eben erwähnten Projekt der Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen angepasst und auf Bewältigungsstrategien in der Schule und in der Familie bezogen. 14 dieser Items haben wir in unserer Machbarkeitsstudie verwendet.

Skala "Schulisches Selbst"

Kurzbeschreibung: Die Perceived Academic Competence Scale (PAC; Alsaker, 1989) wurde entwickelt, um die Selbsteinschätzung auf dem Gebiet der Schule/Bildung zu erfassen. Die Skala wurde innerhalb einer Langzeitstudie in Norwegen erstmals verwendet. Die Skala wurde auf fünf Items verkürzt und leicht umformuliert.

Validität: In verschiedenen Studien auf dem Gebiet des "Selbst" wurde eine mässige positive Korrelation zwischen Selbstwert und akademischer Leistung gefunden. Die Korrelation zwischen PAC und schulischen Leistungen war klar höher ($r \approx .65$; Alsaker, 1989).

Skala "Selbstwert"

Kurzbeschreibung: Die Skala wurde von Harter (1982) entwickelt, um die verschiedenen Aspekte des wahrgenommenen Selbstwertes zu erfassen. Die Items im Fragebogen wurden zu vier Unterskalen zusammengefasst; kognitiver, sozialer, körperlicher und genereller Selbstwert. Ursprünglich wurde die Skala für Grundschüler konzipiert, ist aber

unterdessen auch erfolgreich bei älteren Schülern eingesetzt worden (junior High; 7th, 8th und 9th grade).

Reliabilität: Harter (1982) berichtet eine interne Konsistenz der Skala "genereller Selbstwert" von .73. Die Retestreliabilität nach 3 Monaten bei der "Colorado-Stichprobe" (N=208) beträgt .70, die Retestreliabilität nach 9 Monaten bei der "New York-Stichprobe" (N=810) beträgt .69.

Konstruktvalidität: Folgende Faktorladungen wurde an einer Stichprobe von 341 Schülern aus Connecticut und Kalifornien (3th bis 6th grade) berechnet. Die Ladungen der einzelnen Items der Unterskala "genereller Selbstwert" betragen: 1. (.64), 2. (.41), 3. (.55), 4. (.39), 5. (.69), 6. (.48), 7. (.35).

Für unsere Zwecke haben wir die Unterskala "genereller Selbstwert" vom Englischen ins Deutsche übersetzt und das Antwortformat unserer Stichprobe angepasst.

Skala "Wahrgenommene Instabilität des Selbstkonzeptes"

Kurzbeschreibung: Diese Skala (Alsaker & Olweus, 1986) umfasst 4 Items und wurde für das Projekt "Schule als Kontext für soziale Entwicklung" (Olweus, 1984) entwickelt. Sie besteht aus einer leicht abgeänderten Version der Selbstwertskala (5 Items) von Rosenberg (1979). Die Skala wurde an 1252 6th und 7th Grade Schülern getestet. Die Übersetzung der Items aus dem Norwegischen ins Deutsche stammt von Alsaker.

Skala "Fordern und Gefühle äussern können"

Es handelt sich bei dieser Skala um eine Eigenkonstruktion unter Rückgriff auf den Unsicherheitsfragebogen von Ullrich & Ullrich (1977) und einer Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit Drogen von Blässler und Mittag (1999).

Skala "Zukunftsperspektiven"

Kurzbeschreibung: Unter "Zukunftsperspektiven" werden Interessen, Hoffnungen und Erwartungen verstanden, welche die Identitätsbildung und Entwicklung in der Adoleszenz mit beeinflussen (Nurmi, 1991). Beeinflusst werden die Zukunftsperspektiven durch individuelle Motive, Wahrnehmung einer möglichen Zukunft, Normen sowie durch soziale und kulturelle Umweltbedingungen.

Die Skala besteht aus 14 Items und wurde für eine interkulturelle Vergleichsstudie der Zukunftsperspektiven von Jugendlichen entwickelt (EURONET Studie, Alsaker & Flammer, 1999). An dieser Studie nahmen Jugendliche aus 11 europäischen Staaten und der USA teil.

Die Skala wurde in 5 Unterskalen unterteilt. Die internen Konsistenzen dieser Subskalen fielen aufgrund der geringen Anzahl Items pro Unterskala sehr tief aus. Wir verzichteten deshalb auf die Unterskalen und übernahmen die 14 Item umfassende Skala als ganzes.

Items zu Sexualität

Kurzbeschreibung: Den Untersuchungen über das Gesundheitsverhalten Jugendlicher von Arènes et al. (1998), Ferron et al. (1997), Narring et al. (1994) und Petersen et al. (1988)

wurden Items zu folgenden Themen entnommen: Alter bei erster Periode, Alter bei ersten sexuellen Erfahrungen, Anzahl Sexualpartner, sexuelle Übergriffe, sexuelle Ausbeutung, Verhütungsmethoden, Schwangerschaft, Abtreibung, Aids-Test, Hepatitis-B Impfungen.

Skala "Depression"

Kurzbeschreibung: Die "Allgemeine Depressions Skala" (ADS) von Hauzinger und Bailer (1993) ist die revidierte deutschsprachige Form der "Center for Epidemiological Studies Depression Scale" (Radloff, 1977), einem Selbstbeurteilungsinstrument, das speziell für den Einsatz bei Untersuchungen an nicht-klinischen Stichproben, Bevölkerungsgruppen und epidemiologischen Gemeindestichproben entwickelt wurde. Es gibt eine Lang- (mit 20 Items) und eine Kurzform (mit 15 Items) der ADS. Für die Machbarkeitsstudie verwendeten wir die Kurzform "ADS-K".

Skala "Ängstlichkeit"

Kurzbeschreibung: Die Symptom-Checkliste von Derogatis (deutsche Version: Franke, 1995) misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch neunzig vorgegebene körperliche und psychische Symptome der Person in einem Zeitfenster von sieben Tagen und bietet eine mehrdimensionale Auswertungsstruktur mit der Möglichkeit der Messwiederholung. Die hier benutzte Skala "Ängstlichkeit" besteht aus zehn Items, die Symptome von körperlich spürbarer Nervosität bis hin zu tiefer Angst beschreiben (manifeste Angst mit Nervosität, Spannung und Zittern, Panikattacken und Schreckgefühle). Die kognitive Komponenten umfassen Gefühle von Besorgnis, Furcht und somatische Korrelate der Angst.

Konstruktvalidität: Der SCL-90-R wurde zwei faktorenanalytischen Prüfungen unterzogen (nach dem Varimax- und Prokrustes-Prinzip), wobei der Prokrustes-Ansatz die Skala "Ängstlichkeit" deutlicher stützt.

Skala "Angst"

Kurzbeschreibung: Die deutsche Version des State-Trait-Angstinventar (STAI, Laux et al., 1981) stellt eine weitgehend äquivalente Form zum amerikanischen Original dar. Der STAI besteht aus insgesamt 40 Items und ist in zwei Skalen gegliedert, der State-Angstskala und der Trait-Angstskala, die aus je 20 Items bestehen. Die State-Angstskala dient zur Erfassung der Höhe und des Verlaufs der momentan vorhandenen Angst in Abhängigkeit von internen oder externen Einflüssen, während die Trait-Angstskala der Feststellung individueller Unterschiede im Ausprägungsgrad der Ängstlichkeit dient. Die Korrelation der beiden Skalen beträgt .75. In unserem Fragebogen verwenden wir die vollständige Trait-Angstskala.

Validität: Eine zweifaktorielle Varianzanalyse der Trait-Angstwerte der Eichstichprobe ergab Unterschiede in Hinblick auf Geschlecht ($F=43.26$; $p<.001$) und Alter ($F5.97$; $p<.01$). Ausserdem ergab sich ein Interaktionseffekt ($F=8.78$; $p<.01$).

Items zu Selbstmord

Aus den Untersuchungen über das Gesundheitsverhalten Jugendlicher von Arènes et al. (1998), Ferron et al. (1997) und Narring et al. (1994) stammen die Items zu folgenden Themen: Suizidgedanken, -versuche, Wissen des sozialen Netzes darüber.

Skala "Vergleich mit Peers"

Kurzbeschreibung: Der Problemfragebogen für Jugendliche (Roth et al., 1967) besteht aus insgesamt 306 Items, die überwiegend Übersetzungen des SRA Youth Inventory von Remmers & Shimberg (1960) sind und sich in 8 Themenbereiche gliedern: Meine Schule, nach der Schulzeit (bzw. Lehre), über mich selbst, ich und die anderen, zu Hause, Jungen und Mädchen, Gesundheit, Allgemeines. Der Fragebogen soll Einsicht und Verständnis in die Probleme und Nöte von Jugendlichen ermöglichen. Der Problemfragebogen für Jugendliche wurde für die Altersgruppe der 14- bis 19-jährigen konzipiert. Wir verwendeten für unsere Skala 3 Items aus dem Themenbereich "über mich selbst".

Skalen "Geplagt werden" und "Plagen"

Für unseren Zweck wurden alle Items von Alsaker & Brunner (1999) wörtlich übernommen (inklusive Antwortformat). Die Items bilden keine Skala. Es wurden deshalb keine Trennschäfen und interne Konsistenz berechnet. Die einzelnen Items und Antwortformate sind im Anhang A zu finden (Items unter GTW und PLG).

Skala "Normbrechendes Verhalten" Kurzbeschreibung: Die Items der Skala "Normbrechendes Verhalten" sind eine Eigenkonstruktion unter Rückgriff auf Loeber et al. (1989). Als erster Anhaltspunkt für die Konstruktion der Items orientierten wir uns darüber, was für Items bereits zu diesem Themenbereich existieren (vgl. Items des obgenannten Autors). In einem zweiten Schritt verglichen wir die Items mit den Kriterien der "Störung des Sozialverhaltens" aus dem DSM-IV (312.8) bzw. der ICD-10 (F91.8). Die "Störung des Sozialverhaltens" wird im DSM-IV als ein "...repetitives und anhaltendes Verhaltensmuster" verstanden, "durch das die grundlegenden Rechte anderer und wichtige altersentsprechende gesellschaftliche Normen oder Regeln verletzt werden". Das DSM-IV fasst die einzelnen Symptome zu vier Gruppen zusammen: 1. aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren, 2. Zerstörung von Eigentum, 3. Betrug oder Diebstahl und 4. Schwere Regelverstöße. Wir versuchten, die bestehenden Items diesen vier Gruppen zuzuordnen, um so eine Auswahl zu treffen.

Items zum Tabakkonsum

Den Untersuchungen über das Gesundheitsverhalten Jugendlicher von Arènes et al. (1998) und Narring et al. (1994) wurden Items zum Ausmass und Veränderungen des Tabakkonsums entnommen.

Items zum Alkoholkonsum

Die Items zum Ausmass des Alkoholkonsums und der Art der konsumierten alkoholischen Getränke (Bier, Wein, starke alkoholische Getränke, Limonade mit Alkohol, andere alkoholische Getränke) kommen aus den Untersuchungen über das Gesundheitsverhalten Jugendlicher von Arènes et al. (1998) und Narring et al. (1994).

Items zum Konsum illegaler Drogen

Aus den Untersuchungen über das Gesundheitsverhalten Jugendlicher von Arènes et al. (1998), Ferron et al. (1997) und Narring et al. (1994) wurden die Items über das Alter beim Erstkonsum, den aktuellen Konsum und die intravenöse Applikation illegaler Drogen herausgegriffen.

Items über die Folgen des Konsums

Die Items zu Episoden von Trunkenheit, Fahren in angetrunkenem Zustand, Arbeitsausfälle und strafrechtliche Folgen stammen aus den Untersuchungen über das Gesundheitsverhalten Jugendlicher von Ferron et al. (1997) und Narring et al. (1994).

Items zu Sucht und Abhängigkeit

Aus den Untersuchungen zum Gesundheitsverhalten Jugendlicher von Ferron et al. (1997) und Narring et al. (1994) kommen die Items zu Toleranzentwicklung, Versuche den Konsum zu reduzieren und Abstinenzperioden

Items zur Wahrnehmung des Konsums anderer

Die Items zum Ausmass und der Art des Drogenkonsums im sozialen Umfeld sind der Untersuchung über Alkohol- und Drogenkonsum von Studenten von Hibell et al. (1997) entnommen.

Items zu delinquenten Peers

Aus der Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD, 1989) wurden die Items über den Anteil der Peers mit Problemen mit der Polizei, in der Schule und mit Lehrabbrüchen herausgegriffen.

Items zur Einstellung der Eltern

Die Items zur Einstellung der Eltern gegenüber Cannabis kommen aus den Untersuchungen über das Gesundheitsverhalten Jugendlicher von Arènes et al. (1998)

Items zur Gesundheit

Aus den Untersuchungen über das Gesundheitsverhalten Jugendlicher von Ferron et al. (1997) und Narring et al. (1994) wurden die Items über verschiedene körperliche Beschwerden, wie Bauchschmerzen, Kopfschmerzen usw. herausgegriffen.

Items zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Die Items zur Inanspruchnahme von zum Hausarzt, Frauenarzt, Physiotherapeuten usw., die aufgesucht wurden wegen körperlichen oder psychischen Problemen sind den Untersuchungen über das Gesundheitsverhalten Jugendlicher von Ferron et al. (1997) und Narring et al. (1994) entnommen.

Items zur Gewichtsveränderung

Aus der Untersuchung über das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen von Narring et al. (1994) wurden die Items zu Diäten und dem Wunsch nach Gewichtsveränderung herausgegriffen.

Items zum Medikamentenkonsum

Die Items zur Art der konsumierten Medikamente kommen aus der Untersuchungen über das Gesundheitsverhalten Jugendlicher von Arènes et al. (1998).