

Suchtforschung des BAG Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1999–2001

Band 2/3: Prävention
Volume 2/3: Prévention



BAG OFSP UFSP SFOPH

Band
Volume

2

Suchtforschung des BAG Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1999–2001

Band 2/3: Prävention
Volume 2/3: Prévention



BAG OFSP UFSP SFOPH

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Reproduktion mit Quellenangabe gestattet

Herausgeber

Bundesamt für Gesundheit
Office fédéral de la santé publique
Ufficio federale della sanità pubblica
Uffizi federal da sanadad publica
Swiss Federal Office of Public Health

Publikationszeitpunkt: September 2004

Weitere Informationen

BAG, Facheinheit Sucht und Aids, Sektion Grundlagen, 3003 Bern
Telefon +41 (0)31 323 00 60, Telefax +41 (0)31 322 33 00

Bezugsquelle

BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen
Verkaufspreis/prix de vente: CHF 27.40 inkl. MwSt.

BBL-Artikelnummer: 311.817.2
BAG-Publikationsnummer: BAG S+A 9.04 1'500 kombi 31EXT04001
ISBN 3-905235-46-3

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Inhaltsverzeichnis/Table des matières

Einleitung Bernhard Meili	V
Introduction Bernhard Meili	IX
Kapitel 1/Chapitre 1: Strukturelle Prävention/Prévention structurelle	
– Drug Policy and the Revision of the Law on Narcotics: The Swiss Experience based on Evidence and Consensus Martin Büechi	3
– Les effets à long terme des traitements avec prescription d’héroïne sur les comportements délinquants des personnes traitées Martin Killias, Denis Ribeaud, Marcelo F. Aebi	7
– Besteuerung und Spirituosenkonsum in der Schweiz Jean-Luc Heeb, Gerhard Gmel, Jürgen Rehm	14
Kapitel 2/Chapitre 2: Grundlagen der Prävention/Fondements de la prévention	
– Anforderungen an die Erarbeitung empirischer Grundlagen im Suchtbereich Margret Rihs-Middel	21
– Kinder mit ADHD und Kinder psychisch kranker Eltern: Literaturanalyse zur Suchtgefährdung von Kindern im Vorschul- und Schulalter Ruth Sommer, Peter A. Zoller, Wilhelm Felder	44
– Les troubles hyperactifs avec déficit de l’attention: considérations générales, traitements et recommandations Michel Bader	48
– Suicide Attempts and Substance Use in Adolescents and Young Adults Monique Bolognini, Bernard Plancherel, Jacques Laget, Philippe Stéphan, Olivier Halfon	61
Kapitel 3/Chapitre 3: Sekundärprävention/Prévention secondaire	
– <i>supra-f</i> – ein Schweizer Forschungsprogramm zur sekundären Suchtprävention Bernhard Meili	67
– <i>supra-f</i> : Wirksamkeit der Interventionen – erste Trends Gebhard Hüsler, Pierre-André Michaud, Jürgen Rehm	70
– Secondary prevention targeting adolescents: a Swiss case Karen Klaue	76
– Entwicklungsschritte im <i>supra-f</i> -Programm Gebhard Hüsler, Jürgen Rehm	81
– Adolescents consommateurs de substances psychoactives: quels parcours de prise en charge? Léonie Chinet, Monique Bolognini, Bernard Plancherel, Valérie Rossier, Philippe Stéphan, Jacques Laget, Olivier Halfon	89
– Risks and Problems of Apprentice Drop-Outs – Results of Empirical Studies Markus P. Neuenschwander, Daniel Süss	93
– Entwicklungschancen fördern: Prävention zugunsten gefährdeter Kinder und Jugendlicher. Empfehlungen einer kollektiven Expertise Ambros Uchtenhagen	100

- Pour un bon développement chez les jeunes: prévention en faveur d'enfants et d'adolescents à risque. Recommandations d'une expertise collective
Ambros Uchtenhagen 103
- Defining useful science: An evaluation of the SFOPH Collective Expertise in Secondary Prevention, 2003–04
Ronnie F. Blakeney, Charles D. Blakeney 106

Kapitel 4/Chapitre 4:

Gesellschaftsbezogene Forschung/Recherches portant sur les aspects de société

- Migration und Drogen – Implikationen für eine migrationspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft – Hauptstudie
Dagmar Domenig, Corina Salis Gross, Hans-Rudolf Wicker 123
- Verwirrender Imagewandel des Heroinkonsums
Hans-Peter von Aarburg, Michael Stauffacher 126
- An Anthropological and Ethnopschoanalytical Study of Heroin-Smoking in Zurich Between 1990 and 1995
Hans-Peter von Aarburg 132
- Drogenhilfe zwischen Rausch und Nüchternheit. Suchttheorie, Drogenpolitik und Rehabilitationsalltag am Beispiel des Aebi-Hus/Maison Blanche 1974–1999
Roland Baer 138
- Maîtriser la toxicodépendance? Analyse comparative de deux formes d'autogestion de la consommation. Potentialités, limites, réponses institutionnelles
Marc-Henry Soulet, Kerralie Oeuvery, Maria Caiata Zufferey 144

Einleitung

Bernhard Meili, Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern

Die drogenpolitische Landschaft der Schweiz hat sich in den vergangenen 12 Jahren sichtbar verändert. Anfangs der 90er-Jahre standen die Fragen im Vordergrund, wie auf die offenen Drogenszenen in manchen Städten zu reagieren und wie mit Heroinabhängigen umzugehen sei. Der starke, landesweite Ausbau von Einrichtungen zur Behandlung und zur Schadenverminderung, die Innovation der heroingestützten Behandlung sowie Investitionen in die Weiter- und Fortbildung und in die Qualitätssicherung trugen dazu ihre zu einer Stabilisierung und Beruhigung der Situation bei. Eine konsequente und wohlwollend aufgeschlossene Drogenpolitik, die sogenannte «4 Säulen-Politik», bildete den notwendigen und von breiten Kreisen der Gesellschaft mitgetragenen Rahmen für diese Entwicklung. Welche Rolle spielte dabei die Forschung? Hat sie einen Beitrag zu evidenzgestützten Strategien und Massnahmen geleistet? Gibt es Bereiche (oder «Säulen»), wo dies besser gelungen ist als in anderen? Ein Blick auf die zunehmende Verbreitung von Alkohol, Nikotin und Cannabis sowie der oft leichtfertige Umgang mit Partydrogen lassen zumindest vermuten, dass die Prävention offensichtlich bisher nicht in erwünschtem Masse Wirkung gezeigt hat. Umso gespannter wird also die Leserin/der Leser den neuen Band über die vom BAG unterstützten Forschungsarbeiten im Bereich der Prävention zur Hand nehmen.

Strukturelle Prävention

In seinem Einführungsartikel diskutiert Martin Buechi die schwierige Rolle der Forschung in einem äusserst komplexen Wirkungsgefüge von Kultur, Gesellschaft, Politik, Gesetzgebung und Öffentlicher Gesundheit (Public Health). Die Forschung soll grundsätzlich Wissen produzieren, damit die Politik begründete und vernünftige Entscheide vorbereiten kann. Hinter dieser einfachen Formel verbergen sich aber viele Schwierigkeiten und mögliche Konflikte, z.B.: Ist der politische Wille tatsächlich so erpicht darauf, die wissenschaftliche Sicht der Dinge zu kennen und danach zu handeln? Sind Aufträge und Erwartungen an die Forscher immer klar formuliert? Sind Wissenschaftler in der Lage, Wissen so aufzubereiten und zu kommunizieren, dass die Behörden das Wissen auch verstehen und in Strategien und Massnahmen umsetzen können? Wer ist eigentlich für den Wissenstransfer zuständig und wie soll dieses Ziel erreicht werden? Die langwierigen Debatten rund um die Revision des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG), die schliesslich vom Nationalrat im Juni 2004 in letzter Lesung abgelehnt wurde, machen deutlich, dass das Zusammenwirken von Wissenschaft und Politik noch deutlicher Verbesserungen bedarf.

Ähnliches in der Alkoholpolitik. Schon lange ist bekannt, dass strukturelle Prävention, insbesondere die Preis- und Steuerpolitik, ein wirksames politisches Mittel zur Erreichung einer Konsumreduktion ist. Jean-Luc Heeb *et al.* belegen diese Erkenntnis nun auch mit Daten aus der Schweiz: Mitte 1999 wurden die Detailhandelspreise für ausländische Spirituosen aufgrund geänderter Besteuerung und Einfuhrpraxis deutlich gesenkt. Die Bevölkerung, und zwar insbesondere die Jungen, reagierten mit einer deutlichen Konsumzunahme. Interessant ist auch der Befund, dass dieser Anstieg nicht auf Kosten anderer Alkoholika ging, sondern sich der Gesamtkonsum von Alkohol erhöhte. Die Politik hätte also ein evidenzgestütztes Instrument in der Hand, um alkoholbedingte Schäden zu vermindern und dabei erst noch die Staatskasse anzureichern.

Ein anderes Beispiel einer strukturellen Intervention ist die heroingestützte Behandlung Schwerstabhängiger. Martin Killias *et al.* untersuchten deren präventive Wirkung auf das delinquente Verhalten der Programmteilnehmer/innen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Delinquenz mit zunehmender Verweildauer (bis 4 Jahre) im Programm immer stärker abnimmt. Allerdings findet sich auch bei den ausgetretenen Patienten/innen eine zwar etwas weniger ausgeprägte abnehmende Delinquenz und die Hypothese eines allgemeinen Maturing-out-Prozesses, eines Herauswachsens aus der Problematik unabhängig vom Programm, bleibt deshalb offen. Schade, dass hier keine Kontrollgruppe geführt wurde.

Grundlagen der Prävention

Neben der strukturellen Prävention hat die Verhaltensprävention, die auf das einzelne Individuum ausgerichtet ist, einen schweren Stand. Alle wollen Prävention, präventiv tätig sind einige, niemand jedoch weiss so genau, welche erwünschten Wirkungen all die Bemühungen nun wirklich haben. Kann uns die Forschung hier weiterhelfen?

Die Schlüsselaussage zur Legitimation einer praxisorientierten Suchtforschung ist – wie Margret Rihs-Middel schreibt – eine einfache: Wenn aufgrund der empirischen Forschungsbefunde die Wirklichkeit im Suchtbereich besser abgebildet wird als ohne diese Befunde, *dann* wird die Chance erhöht, die Drogenprobleme effizienter zu vermindern als ohne Forschung. Was heisst nun aber Wirklichkeit im Suchtbereich?

Die zuverlässige Beschreibung der Problemlagen, der Zielgruppen und der Wirksamkeit von Präventionsprogrammen gehört zu dieser Wirklichkeit. Die Problemlagen zu beschreiben, beinhaltet unter anderem das Bereitstellen von Daten zur Inzidenz des

Substanzkonsums bzw. der verschiedenen Konsummuster. Aber auch Daten zu Konsumverläufen über die Lebenszeit sowie – und das ist das Wichtigste – Daten zur Morbidität und Mortalität beschreiben die Wirklichkeit im Suchtbereich. Solange es diese Daten nicht gibt (oder diese nicht richtig kommuniziert werden), ist die öffentliche Meinung – und mit ihr gegebenenfalls auch wichtige Akteure (Opinion Leaders) – leicht manipulierbar. Das Fehlen einer klaren Problembeschreibung kann bei Behörden und Praktikern Ratlosigkeit über die Festlegung von Prioritäten, Strategien und Massnahmen hinterlassen. Zusammen mit dem fehlenden Wissen über die Wirksamkeit der Prävention führt dies nicht selten zu einer Beliebigkeit in der präventiven Aktion.

Im vorliegenden Band fehlen leider neuere Forschungsarbeiten zu der sich ans einzelne Individuum richtenden Primärprävention. Dagegen finden sich erfreulicherweise einige Arbeiten, die mögliche Risikofaktoren und Risikomuster bei Kindern und jungen Drogenkonsumierenden diskutieren. Damit erhalten Behörden und Präventionsagenturen wertvolle Hinweise in Bezug auf die Auswahl und Gestaltung gezielter Interventionen.

Monique Bolognini *et al.* stellen erste Resultate einer Langzeitstudie an 102 schwer Drogen konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 13–20 Jahren vor. Nicht überraschend ist die beobachtete, gewichtige Korrelation zwischen Drogenkonsum und psychologischen und familiären Aspekten. In einer weiteren Studie berichten Monique Bolognini *et al.* über Zusammenhänge zwischen Substanzkonsum und Suizid bei jungen Menschen. Auch hier zeigt sich die prädiktive Bedeutung einer frühzeitigen Komorbidität, des gleichzeitigen Vorliegens einer mehrfachen Problembelastung. Für die präventive Praxis bedeuten diese Befunde, dass jugendlicher Substanzabusus nur innerhalb einer multidimensionalen Perspektive verstanden werden kann. Wer allein auf den Konsum schaut und mit Slogans wie «*Just say no!*», um sich wirft, greift definitiv zu kurz.

Häufig diskutiert wird der Zusammenhang zwischen Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHD – Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) bei Kindern und späterer Drogenabhängigkeit. Gleich zwei Literaturanalysen fassen die wichtigsten Befunde hierzu zusammen. Ruth Sommer *et al.* gehen vor allem der Frage nach, ob es zwischen ADHD in der Kindheit und späterer Drogenabhängigkeit einen Zusammenhang gibt. Dabei gilt es insbesondere zu beachten, dass ADHD häufig in Kombination mit einer oder mehreren weiteren Störungen im emotionalen Bereich und sozialen Verhalten auftritt. Das Risiko einer späteren Suchterkrankung ist nur bei dieser «komor-

biden» Gruppe, die die Hälfte bis zwei Drittel aller ADHD-Fälle ausmacht, signifikant erhöht. Bei einer (konservativ) geschätzten Prävalenzrate von 5 Prozent ADHD-Kinder im Alter zwischen 7 und 14 Jahren in der Schweiz würde diese Risikogruppe um die 35 000 Kinder umfassen.

Zur Suchtgefährdung der Risikogruppe «Kinder psychisch kranker Eltern» liegen gemäss dieser Literaturanalyse kaum Studien vor. Gut belegt ist aber der Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Substanzabusus. Da Kinder psychisch kranker Eltern eine hohe Gefährdung für die Entwicklung eigener psychischer Störungen aufweisen, steigt demzufolge auch ihr Risiko für spätere Suchtprobleme. Hochrechnungen zufolge beziffern die Autoren die Gruppe der Kinder, bei denen mindestens ein Elternteil an einer ernst zu nehmenden psychiatrischen Störung leidet, auf 20 000 in der Schweiz.

Michel Bader richtet den Fokus seiner Analyse eher auf die klinische Praxis und auf die grosse Bedeutung eines frühzeitigen Erkennens von ADHD bei Schulkindern. Die frühzeitige und korrekte Diagnose von ADHD ist Voraussetzung für die Ergreifung geeigneter therapeutischer Massnahmen, um die Leiden der Kinder und von deren Familien zu vermindern und die Chancen für eine normale Schullaufbahn und eine günstige soziale, emotionale und intellektuelle Entwicklung zu erhöhen. Die Diagnosestellung sollte durch Kinderpsychiaterinnen oder Kinderärzte mit entsprechender Spezialausbildung erfolgen. Die besten Behandlungsergebnisse zeigen kombinierte pharmazeutisch-psychotherapeutische Ansätze, die auch die Eltern und die Schule miteinbeziehen. Auch Michel Bader weist auf die Bedeutung der Komorbidität bei ADHD hin, die je nach Studie bei bis zu zwei Dritteln aller ADHD-Kinder zu beobachten ist. Die häufigsten Begleitstörungen sind dabei Lern- und Verhaltensstörungen sowie Ängste und Depressionen.

Sekundärprävention

Die Einsicht, dass Drogenprobleme nur multidimensional zu verstehen sind und dass Prävention eine gute Kenntnis der Zielgruppen verlangt, veranlasste das BAG bereits Mitte der neunziger Jahre, die Sekundärprävention speziell zu fördern. Mit dem Interventions- und Forschungsprogramm «*supra-f*» (Suchtprävention – Forschung) erhielt die Förderung der Sekundärprävention in den Jahren 1999–2003 eine erste landesweite Konkretisierung.

Karen Klaue präsentiert einen allgemeinen Bezugsrahmen zum Verständnis des Präventionsansatzes von *supra-f*. Zu diesem Bezugsrahmen gehört die Unterscheidung dreier Typen der Prävention: Universelle, selektive und indizierte Prävention. Universelle

¹ Anmerkung der Redaktion: Sag einfach nein.

Prävention richtet sich an eine Gesamtpopulation und selektive Prävention an einzelne Zielgruppen, deren Mitglieder ein potentiell erhöhtes Risiko für ein bestimmtes Problem aufweisen. Indizierte Prävention hat Individuen im Auge, die bereits klare Anzeichen eines Problemverhaltens zeigen. Für Karen Klauke haben Programme nur dann ein Potential, multipliziert zu werden, wenn sie ihre Zielgruppe und ihren Programminhalt benennen können.

supra-f ist indizierte Prävention, die mit Jugendlichen durchgeführt wird, die sich in Schwierigkeiten befinden und in ihrer sozialen Integration ernsthaft gefährdet sind. Indizierte Prävention muss sich ab und zu mit dem Vorwurf der Stigmatisierung auseinandersetzen. Wie die Erfahrung mit *supra-f* zeigt, sind diese Jugendlichen oft durch ihr Verhalten in einem Ausmass auffällig, dass eine Intervention so oder so nötig ist und sie durch *supra-f* keineswegs zusätzlich stigmatisiert werden. Als Programminhalt bietet *supra-f* Interventionen an in den Bereichen Schulunterricht, Freizeit und psychologische Hilfe.

Über erste Zwischenergebnisse zu *supra-f* berichten die Forschungsbeauftragten Gebhard Hüsler *et al.* in zwei Beiträgen. *supra-f* ist für schweizerische Verhältnisse innovativ und muss in seiner ersten Entwicklungszeit vor allem als Lernfeld für Forschung und Praxis gesehen werden. Von Interesse ist der Befund, dass mit den zwölf *supra-f*-Präventionszentren tatsächlich Jugendliche erfasst werden konnten, die sich in ihrem Belastungsprofil erheblich von einer «Normalpopulation» unterscheiden. Da ist aber auch die Beobachtung, dass sich drei Teilgruppen von Jugendlichen mit recht unterschiedlichen Problemen identifizieren lassen, die je drei verschiedene präventive Interventionen benötigen. So kann der Gruppe von psychisch stark beeinträchtigten Jugendlichen (hohe Depressivität und/oder Ängstlichkeit) nicht mit denselben Angeboten geholfen werden wie der Gruppe, die allein infolge von Verhaltensschwierigkeiten bei *supra-f* mitmacht. Allgemeiner formuliert: Es gibt keine Sekundärprävention ohne Abklärung (Beurteilung der Risikolage) und entsprechend angepasste Interventionen.

Dies hat selbstverständlich einen Einfluss auf die zu fordernden Qualifikationen in der Sekundärprävention. In *supra-f*-Zentren hat sich denn auch die Interdisziplinarität der Teams sehr bewährt. Eine vermehrte Differenzierung des Angebots verlangt vermutlich auch eine zusätzliche Vernetzung mit anderen Diensten und Fachleuten in der Gemeinde, ohne dass dadurch der vorteilhafte Charakter eines «Zentrums» verloren ginge.

Anhand von Daten aus der bereits erwähnten westschweizer Kohorte jugendlicher Drogenkonsumierender wurde auch die Beanspruchung des Hilfenetzes untersucht (Léonie Chinet *et al.*). Dabei fällt auf, dass trotz häufiger Kontakte mit Ärzten oder

Sozialdiensten der Substanzkonsum kaum thematisiert wurde und oft hinter manifesten medizinischen, psychischen und sozialen Schwierigkeiten verborgen blieb. Auffällig ist auch, dass die Jugendlichen in der Regel entweder im medizinischen oder im sozialen System «weitergereicht» wurden. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Sozialdiensten scheint eher die Ausnahme zu sein.

Lehrabbruch wird seit langem als Risikofaktor für Drogenprobleme diskutiert. Markus Neuenschwander und Daniel Süss präsentieren eine notwendige Differenzierung der Gruppe der Lehrabbrecher/innen in diejenigen, die in eine andere Lehre wechseln (77%) und in die, welche aus der Berufsausbildung austreten (23%). Drogenkonsum ist erwartungsgemäss bei der Gruppe derer, die keine neue Lehrstelle antreten, aber auch bei den Wechslern mit einem langen Unterbruch zwischen den Lehrstellen, erhöht, nicht jedoch bei kürzerem Unterbruch. Auch diese Studie zeigt, dass nicht ein Vorkommnis (*life event*) allein, hier der Lehrabbruch, sondern eine Geschichte mit vielen Facetten zu einem Drogenabusus führen kann: wer massiv Drogen konsumiert, ist bereits während der Lehre durch eine Häufung von Unregelmässigkeiten und Auffälligkeiten (Polizeikontakte, Alkohol-, Zigaretten-, Cannabiskonsum) aufgefallen.

Im Bestreben, der Sekundärprävention in der Schweiz einen weiteren Impuls zu geben, beauftragte das BAG zwanzig Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis, eine kollektive Expertise zu erstellen. Die Aufgabe bestand darin, zu fünf Themen innert fünf Monaten Empfehlungen in Bezug auf die Umsetzung konkreter Massnahmen in der Schweiz zu formulieren. Die Themen waren: Früherkennung und Prävention während der Schwangerschaft und im Säuglings- und Kleinkindesalter; Diagnostik und positive Beeinflussung der Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen; Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung; Identifikation und Verminderung des problematischen Substanzkonsums bei Jugendlichen; Planung der sekundärpräventiven Versorgung in der Gemeinde oder Region. In seinem Synthesebericht «Entwicklungschancen fördern: Prävention zugunsten gefährdeter Kinder und Jugendlicher» kommt Ambros Uchtenhagen zum Schluss, dass die fünf Modulgruppen ein «konsistentes Gesamtbild für die Planung und Implementierung künftiger Sekundärprävention» vermitteln. Übereinstimmung besteht unter anderem hinsichtlich der grossen Bedeutung einer selektiven und indizierten Prävention bei bekannten und erkannten Problemlagen. Ethische Aspekte im Zusammenhang mit *Screenings* und Frühdiagnostik sind erst zu nehmen; Instrumente zur Früherkennung machen erst dann Sinn, wenn wirkungsvolle Interventionen zur Verminderung von Risiko- bzw. zur Förderung von Schutzfaktoren bekannt und anwendbar sind. Die

Empfehlungen zu allen fünf Modulen weisen auch auf die Schwierigkeiten hin, in den USA erprobte Programme auf schweizerische Verhältnisse übertragen zu wollen. Entscheidend für den Erfolg von Initiativen in der Schweiz wird sein, wie gut es gelingt, die bestehenden Strukturen optimal zu nutzen.

Gesellschaftsbezogene Forschung

Wie sollte eine migrationspezifische Drogenarbeit in den Bereichen der Beratung und Behandlung aussehen? Aufgrund einer qualitativen Studie empfehlen Dagmar Domenig *et al.* unter anderem einen Ansatz, der zu einer Erhöhung der transkulturellen Kompetenz in den Institutionen insgesamt beiträgt durch den Einbezug der transkulturellen Kompetenzen der Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund. Konkret heisst dies, dass team- und organisationsbezogene Angebote eine bessere Wirkung zeigen als die traditionellen, auf die einzelnen Mitarbeiter/innen ausgerichteten Weiterbildungsangebote. Im Rahmen eines Pilotprojektes werden diese Empfehlungen zur Zeit von der Beratungsstelle Contact-Bern umgesetzt. Aufgrund der Erfahrungen mit den oben besprochenen *supra-f*-Zentren, die im Durchschnitt 60 Prozent Migrant/innen betreuen, kann diesem Anliegen sicher nur beigeplant werden.

Eine Gesellschaft lernt, mit Drogen umzugehen. Dies könnte als Kapitelüberschrift über weiteren Beiträgen des vorliegenden Bandes stehen. Die Schweiz hat offenbar gelernt – mehr oder weniger vernünftig – mit so unterschiedlichem Risikoverhalten wie Rauchen, Alkoholkonsum, Medikamentenkonsum, aber auch mit ganz anderen Risiken wie Autofahren und Risikosportarten umzugehen. Wieso sollte dies nicht auch in Bezug auf den Umgang mit illegalen Drogen möglich sein? Hans-Peter von Aarburg und Michael Stauffacher untersuchen den Imagewandel des Heroinkonsums in der Schweiz von den späten 60er-Jahren bis heute. Der Begriff der Triade von «*drug, set and setting*»² ist eine nützliche Denkhilfe, um für jede Deutung von Drogenphänomenen immer die Substanz, die Person und ihre nähere und weitere Umwelt mit einzubeziehen. Während damals das Bild der Drogenkonsumierenden eng verbunden war mit der Botschaft von Rebellion und Aufbruch ins Unbekannte, so gewinnt seit den 90er-Jahren zunehmend das Verständnis von Drogenkonsum als medizinischem und psychologischem Problem die Oberhand. Das Problem der Abhängigkeit kann sich dabei insofern verschärfen, als Heroinabhängige zusätzlich zur Stoffabhängigkeit auch noch in eine Abhängigkeit von Institutionen geraten, z.B. im Zusammenhang mit einer Substitutionsbehandlung.

Es ist bekannt, dass eine in ihrer Grösse schwer abschätzbare Gruppe von Menschen in der Schweiz regelmässig harte Drogen konsumiert ohne dabei Befindlichkeit und soziale Integration zu gefährden. Marc-Henry Soulet *et al.* berichten über eine qualitative Befragung von je 20 langjährigen Drogenkonsumierenden in Methadonsubstitution, die einen Heroin- und/oder Kokain-Begleitkonsum aufweisen, sowie von 20 nicht betreuten Drogenkonsumierenden. Das allen Befragten Gemeinsame scheint zu sein, dass diese ihren Drogenkonsum insofern strukturieren und «im Griff haben», als er situativ und von der symbolischen Bedeutung her klar geregelt scheint. Unbeantwortet bleibt, welche persönlichen und Umweltressourcen einen solch «bewussten» und offenbar nicht schädlichen Konsum von Heroin und Kokain ermöglichen. Wichtig ist ausserdem bei Methadonbezüglern, dass auf eine ausreichende Dosierung geachtet wird und Massnahmen ergriffen werden, um einen weiteren Absturz zu verhindern.

Eine ganz andere, originelle Art der drogenpolitischen Geschichtsschreibung ist die von Roland Baer vorgelegte Aufarbeitung der 25-jährigen Aebi-Hus-Geschichte. Anhand von Institutionsdokumenten werden einerseits die sich relativ rasch aufeinander folgenden gesellschaftlichen Vorstellungen und Bilder der Drogenproblematik sowie andererseits die Praxisreaktion der ältesten Drogenhilfeeinrichtung der Schweiz beschrieben. Dem Bild der rebellierenden, nach Alternativen suchenden Drogenabhängigen der späten 60er Jahre entsprach die «Pionierphase» des Aebi-Hus mit dem Fokus auf Selbsthilfe und Basisdemokratie. Die folgende «Organisationsphase» (1975–1982) brachte eine massive Strukturierung und Hierarchisierung nach dem US-amerikanischen Vorbild der Synanon-Organisation. Die anschliessende «Konsolidierungsphase» ging einher mit einer weiteren Professionalisierung der Institution und mit der Einführung neuer Ansätze der Qualitätssicherung. Die Frage, inwieweit das Aebi-Hus Erkenntnisse aus der Drogenforschung aufgenommen und für seine Arbeit reflektiert hat, war unter anderem Gegenstand einer vom BAG in Auftrag gegebenen Evaluation, die in diesem Band aber nicht vorgestellt wird.

Es wäre reizvoll, den Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis anhand einer grossen und langlebigen Institution aus dem Präventionsbereich (z.B.: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA, Ligue valaisanne contre les toxicomanies LVT, RADIX, Berner Gesundheit) einmal ganz konkret nachzuzeichnen. Und damit wäre der Kreis zur einführenden Diskussion über Chancen und Grenzen in den Beziehungen zwischen der Welt der Forschung und der Welt der Praxis wieder geschlossen.

² Anmerkung der Redaktion: «Substanz, Person und Kontext»

Introduction

Bernhard Meili, Office fédéral de la santé publique (OFSP), Berne

Le paysage politique suisse en matière de drogue s'est fortement modifié ces douze dernières années. Au début des années nonante se posaient prioritairement les questions de savoir comment réagir au phénomène des scènes ouvertes de la drogue dans certaines villes et comment affronter la dépendance à l'héroïne. Plusieurs mesures ont contribué à une stabilisation de la situation et à un apaisement: la création soutenue, à l'échelle nationale, d'institutions pour le traitement et la réduction des risques, l'innovation du traitement avec prescription d'héroïne, et les investissements dans le perfectionnement et la formation continue ainsi que dans le contrôle de qualité. Conséquente, aux vues larges et bienveillantes, la politique en matière de drogue – intitulée «des quatre piliers» – a donné le cadre nécessaire à ce développement, avec le soutien de larges secteurs de la société. Quel a été le rôle de la recherche? A-t-elle contribué à l'élaboration de stratégies et de mesures basées sur des données probantes? Existe-t-il des domaines (ou «piliers») où ces contributions auraient mieux réussi que dans d'autres? L'extension de la consommation d'alcool, de nicotine et de cannabis ainsi que la banalisation de la consommation de drogues «techno» laissent présumer que la prévention est encore loin d'avoir satisfait aux attentes. C'est donc avec d'autant plus d'intérêt que le lecteur pourra aborder ce nouveau volume.

Prévention structurelle

Dans son article, Martin Buechi examine le rôle difficile de la recherche dans un système dynamique extrêmement complexe où se mêlent culture, société, politique, législation et santé publique. La recherche est principalement censée produire du savoir pour que le monde politique puisse procéder à des choix fondés et raisonnables. Derrière cette formule simple se cachent néanmoins nombre de difficultés et de conflits potentiels. Par exemple, le pouvoir politique s'enthousiasme-t-il vraiment pour connaître l'aspect scientifique des choses et agir en conséquence? Mandats de recherche et résultats attendus sont-ils toujours clairement formulés? Les chercheurs sont-ils en état de traiter et de communiquer leur savoir pour que les autorités aussi le comprennent et puissent l'appliquer à des stratégies et à des mesures? Quelle est l'instance compétente pour le transfert du savoir, et comment atteindre ce but? Les longs débats entourant la révision de la loi sur les stupéfiants (LStup), qui finalement n'a pas été acceptée en dernière lecture en juin 2004 par le Conseil national, montrent bien que la synergie entre milieux scientifiques et instances politiques est encore largement susceptible d'améliorations.

Il en va de même dans le domaine de la politique de l'alcool. On sait depuis longtemps que la prévention

structurelle – en particulier la politique des prix et la politique fiscale – constitue un moyen efficace pour réduire la consommation. Jean-Luc Heeb *et al.* corroborent cette constatation par des données suisses: à mi-1999, la modification de la taxation et de la pratique d'importation a fait baisser les prix de détail des spiritueux importés. La population – et surtout les jeunes – a réagi en consommant davantage encore. Il est intéressant de noter que cette croissance s'est faite non pas au détriment d'autres boissons alcooliques, mais bien au profit de la consommation globale. Le pouvoir politique disposerait donc là d'un instrument basé sur des données probantes pour réduire les risques dus à l'alcool, tout en renflouant les caisses de l'Etat.

Un autre exemple d'intervention structurelle est le programme de traitement avec prescription d'héroïne des personnes les plus gravement dépendantes. Martin Killias *et al.* ont étudié son effet préventif sur le comportement délinquant des participants. Les résultats indiquent une corrélation entre la durée de la participation à ce programme (jusqu'à quatre ans) et la diminution de la délinquance dans le temps. Il est vrai que l'on constate aussi une diminution de la délinquance – certes moins prononcée – même chez les personnes ayant quitté ce dispositif; si bien que reste ouverte l'hypothèse d'un processus général de maturation menant à l'abandon du comportement problématique, et ce indépendamment du programme. Il est regrettable qu'un groupe de contrôle n'ait pas été mis en place dans ce domaine.

Fondements de la prévention

En parallèle à la prévention structurelle, la prévention comportementale (au niveau de l'individu) est une tâche ardue. Si la prévention est souhaitée par tous et pratiquée par certains, ses retombées positives sont largement inconnues. La recherche peut-elle nous aider dans ce domaine?

La raison d'être de la recherche orientée vers la pratique en matière de dépendances repose sur un argument irréfutable, selon Margret Rihs-Middel: si la réalité des dépendances est mieux reflétée par les résultats empiriques de la recherche qu'elle ne l'est en leur absence, les chances de pouvoir effectivement atténuer la gravité des problèmes liés à la drogue sont, elles aussi, tributaires de la recherche. Mais que signifie donc «réalité» des dépendances?

Cette réalité englobe la description fidèle des situations à problème, des groupes-cibles et de l'efficacité des programmes de prévention. Décrire les situations à problème comprend, entre autres, la production de données sur l'incidence de la consommation de substances psychoactives ou encore sur celle

des différents modèles de consommation. La réalité des dépendances comprend aussi le recueil des données sur l'évolution de la consommation tout au long de la vie, et – élément le plus important – sur la morbidité et la mortalité. Tant que ces données ne sont pas disponibles (ou qu'elles ne sont pas adéquatement communiquées), l'opinion publique et les leaders d'opinion, le cas échéant, restent faciles à manipuler. L'absence de représentation cohérente des problèmes peut plonger les autorités et les praticiens dans la perplexité quant à la définition de priorités, de stratégies et de mesures. Jointe au manque de connaissances sur l'efficacité de la prévention, cette lacune conduit souvent à la mise en œuvre d'actions arbitraires en matière de prévention.

Font hélas défaut dans le présent volume des travaux de recherche récents concernant la prévention primaire axée sur l'individu. Il est en revanche réjouissant d'y trouver plusieurs travaux sur les facteurs et modèles de risque potentiels pour les enfants et les jeunes consommateurs de drogues. Autorités et organismes de prévention disposent ainsi de précieuses indications pour ce qui touche au choix et à la configuration d'interventions ciblées.

Monique Bolognini *et al.* présentent les premiers résultats d'une étude longitudinale portant sur 102 sujets (jeunes gens et jeunes adultes, de 13 à 20 ans) qui font une consommation abusive de drogues. C'est sans surprise que l'on a constaté une corrélation significative entre consommation de drogues et aspects psychologiques et familiaux. Une seconde étude de ces mêmes auteurs traite des relations entre consommation de substances psychoactives et suicide chez les jeunes gens. L'étude montre ici aussi la signification prédictive d'une comorbidité précoce, ainsi que de la simultanéité d'antécédents lourds et multiples. Pour la pratique préventive, ces résultats signifient que l'abus de consommation chez les jeunes ne peut se comprendre que dans une perspective multidimensionnelle. Les actions menées sur la base de la seule consommation, avec des slogans du type «*Just say no!*», sont inéluctablement vouées à l'échec.

Un sujet souvent abordé est la relation entre troubles hyperactifs avec déficit de l'attention (THADA) chez les enfants et toxicodépendance ultérieure. Deux revues de la littérature font une synthèse des principaux résultats en la matière. Partant de la question initiale, Ruth Sommer *et al.* attirent l'attention sur les études montrant que les THADA apparaissent souvent en combinaison avec un ou plusieurs autres troubles émotionnels et problèmes du comportement social. Le risque de voir apparaître ultérieurement un syndrome de dépendance n'aug-

mente que dans ce groupe «comorbide», qui constitue entre la moitié et les deux tiers de tous les cas de THADA. Un taux de prévalence de THADA estimé (restrictivement) à 5% dans la population âgée de 7 à 14 ans, en Suisse, équivaldrait à un groupe à risque d'environ 35000 enfants.

Le risque de dépendance du groupe des enfants de parents atteints de troubles psychiques n'est, selon cette revue, guère abordé dans la littérature. La relation entre troubles psychiques et abus de substances psychoactives est, elle, plus patente. Et comme les enfants de parents souffrant de troubles psychiques présentent un risque élevé de présenter eux-mêmes des troubles psychiques, leur risque de dépendance ultérieure augmente en conséquence. En extrapolant, les auteurs estiment à 20000 le nombre d'enfants dont un parent au moins souffre de troubles psychiatriques significatifs.

Michel Bader centre plutôt son analyse sur la pratique clinique et sur la grande importance d'un diagnostic précoce et correct des THADA chez les enfants scolarisés. Cette identification est indispensable à la mise en œuvre de mesures appropriées destinées à atténuer les souffrances des enfants et de leurs familles, ainsi qu'à augmenter leurs chances de poursuivre leur scolarité dans de bonnes conditions et de développer leur potentiel social, émotionnel et intellectuel. Le diagnostic doit être réalisé par des pédopsychiatres ou par des pédiatres spécialement formés à cet effet. Les meilleurs résultats sont obtenus en combinant un traitement médicamenteux et psychothérapeutique. Il est indispensable pour une prise en charge optimale d'y associer aussi les parents et les enseignants. L'auteur souligne aussi la signification pour les THADA de la comorbidité, qui touche, selon les études, jusqu'à deux tiers de tous les enfants atteints de THADA. Les diagnostics associés les plus fréquents sont des troubles de l'apprentissage et du comportement, de même que des angoisses et des dépressions.

Prévention secondaire

La nécessité d'une compréhension multidimensionnelle des problèmes de drogue, dont la prévention exige une bonne connaissance des groupes-cibles, a conduit l'OFSP, au milieu des années 90, à promouvoir tout particulièrement la prévention secondaire. Le programme de recherche sur la prévention des dépendances chez les jeunes en situation de risque, *supra-f* a permis, au cours des années 1999–2003, de concrétiser pour la première fois la promotion de la prévention secondaire à l'échelle nationale.

¹ N.d.t.: Il suffit de dire non.

Karen Klaue présente un cadre de référence général pour comprendre l'approche préventive de *supra-f*. Celui-ci distingue trois types de prévention – universelle, sélective et indiquée. La prévention universelle s'adresse à une population entière. La prévention sélective vise les groupes-cibles particuliers dont les membres présentent un risque potentiellement plus élevé face à un problème donné. La prévention indiquée, elle, s'adresse à des individus qui présentent déjà des symptômes manifestes d'un comportement problématique. Selon l'auteur, les programmes n'ont de potentiel de reproduction que si leurs promoteurs peuvent définir le groupe-cible et le contenu desdits programmes. *supra-f* est une prévention indiquée pour les jeunes qui se trouvent en difficulté et qui courent un réel danger quant à leur intégration sociale. Les partisans de la prévention indiquée doivent parfois faire face au reproche de stigmatisation. L'expérience de *supra-f* montre que ces jeunes se distinguent souvent par un comportement exigeant de toutes façons une intervention, et que ce programme ne les stigmatise pas davantage. Quant au contenu, *supra-f* offre des interventions dans les domaines de l'éducation scolaire, des loisirs et de l'aide psychologique.

Les premiers résultats intermédiaires de *supra-f* sont rapportés par Gebhard Hüsler *et al.* dans deux contributions. Comparé à la situation suisse, ce programme est novateur, et la première phase de son développement doit être considérée avant tout comme un terrain d'apprentissage pour la recherche et la pratique. Il est intéressant de constater que les douze centres de prévention du programme ont effectivement pu atteindre des jeunes qui, vu leurs antécédents, se distinguaient sensiblement de la population dite normale. On peut en outre identifier trois sous-groupes de jeunes dont les problèmes diffèrent fortement, et qui nécessitent donc respectivement trois interventions préventives distinctes. Les offres actuelles destinées aux jeunes qui présentent un comportement difficile à maîtriser ne suffisent pas aux besoins des jeunes avec des troubles psychiques manifestes (dépression grave, angoisses). En d'autres termes, aucune prévention secondaire n'est concevable sans qu'il y ait clarification préalable de la situation de risque ou que soient mises au point des interventions spécifiquement appropriées.

D'où l'importance des qualifications à exiger au niveau du personnel dans le cadre de la prévention secondaire. L'interdisciplinarité a elle aussi fait ses preuves dans les centres *supra-f*. Pour mieux différencier l'offre existante, les centres devraient sans doute procéder également à une mise en réseau complémentaire avec d'autres services et professionnels de leur commune, sans que cette connexion porte atteinte aux avantages liés au caractère même du «centre».

A partir des données sur la cohorte de Suisse occidentale de jeunes consommateurs de drogue évoquée plus haut, Léonie Chinet *et al.* ont également examiné le recours au «réseau d'aide». On remarque qu'en dépit de fréquents contacts avec des médecins ou des services sociaux, la consommation de substances psychoactives a été à peine abordée, restant souvent occultée par des difficultés manifestes d'ordres médical, psychique et social. Tout aussi remarquable, que ce soit dans le système médical ou social, est le fait qu'en règle générale, les jeunes ont été «redirigés». La collaboration entre le corps médical et les services sociaux semble plutôt être l'exception.

La rupture d'apprentissage est depuis longtemps considérée comme un facteur de risque. Markus Neuenschwander et Daniel Süss montrent la nécessité de scinder le groupe des personnes en rupture d'apprentissage en deux parties: les jeunes qui passent à un autre apprentissage (77%) et ceux qui quittent toute formation professionnelle (23%). La consommation de drogues est bien entendu élevée chez les personnes qui restent hors apprentissage, mais également chez celles en transit avec une interruption longue entre deux places d'apprentissage, alors que ce n'est pas le cas pour des interruptions plus courtes. Cette étude montre elle aussi qu'un événement isolé (*life event*) – ici la rupture d'apprentissage – ne conduit pas à lui seul à l'abus de drogues. La consommation massive est bien plus le fait d'une histoire aux facettes multiples, où l'intéressé cumulait déjà irrégularités et singularités durant l'apprentissage (contacts avec la police, consommation d'alcool, de cigarettes, de cannabis).

Dans sa volonté de donner une nouvelle impulsion à la prévention secondaire, l'OFSP a confié à vingt experts des domaines scientifique et pratique le mandat de réaliser une expertise collective; leur mission consistait à formuler, en l'espace de cinq mois, des recommandations relatives à la mise en œuvre de mesures concrètes sur cinq thèmes: dépistage et prévention durant la grossesse et la petite enfance; diagnostic et influence positive sur l'état de santé des enfants et des jeunes; amélioration de la relation parents-enfant; identification et réduction de la consommation de substances psychoactives posant problème chez les jeunes; planification de la prise en charge en matière de prévention secondaire dans la commune ou la région. Dans son rapport de synthèse visant à favoriser les chances de développement grâce à la prévention en faveur des enfants et des jeunes à risques, Ambros Uchtenhagen conclut que les cinq modules thématiques constituent un cadre de référence cohérent pour planifier et mettre en œuvre la prévention secondaire à venir. L'unanimité est notamment acquise sur l'importance d'une prévention à la fois sélective et indiquée pour les situations à problème connues et admises.

Les aspects éthiques liés aux *screenings* et au diagnostic précoce sont à prendre au sérieux; les instruments de dépistage ne prennent leur sens que s'il existe des interventions efficaces et réalisables pour réduire le risque ou promouvoir des facteurs de protection. Les recommandations concernant les cinq modules indiquent aussi les difficultés que l'on trouve à vouloir transposer tels quels dans le contexte suisse des programmes éprouvés aux Etats-Unis. Dans quelle mesure réussira-t-on à utiliser au mieux les structures existantes? La réponse est décisive pour le succès des initiatives en Suisse.

Recherche sociale

A quoi devrait ressembler un travail spécifique à la migration dans le domaine de la drogue pour ce qui touche au conseil et au traitement? Se fondant sur une étude qualitative, Dagmar Domenig *et al.* recommandent notamment une approche qui contribue à améliorer la compétence transculturelle au sein des institutions dans leur ensemble, à travers la reconnaissance et la mise à profit des compétences propres aux collaborateurs issus de l'immigration. Autrement dit, les offres de formation continue sont plus efficaces lorsqu'elles s'adressent collectivement aux équipes et à l'organisation que si elles continuent de viser les collaborateurs à titre individuel. Ces recommandations sont, pour l'instant, mises en œuvre dans le cadre d'un projet-pilote par le centre de consultation Contact Berne. Si l'on tient compte de l'expérience des centres *supra-f* mentionnés plus haut, qui prennent en charge 60% de migrants en moyenne, on ne peut que se féliciter de cette approche.

Une société trouve un *modus vivendi* avec les drogues: tel pourrait être le titre d'autres articles dans le présent volume. La Suisse a visiblement appris à gérer – plus ou moins raisonnablement – non seulement des comportements à risques aussi différents que fumer et consommer de l'alcool ou des médicaments, mais encore des risques d'un tout autre ordre, tels que la conduite automobile ou les sports extrêmes. Pourquoi donc n'en irait-il pas de même pour la consommation de drogues illégales? Hans-Peter von Aarburg et Michael Stauffacher examinent la transformation de l'image de la consommation d'héroïne depuis les années soixante. La trilogie «*drug, set and setting*»² reste d'utilité dans l'interprétation des phénomènes liés à la drogue, qui ne peut dissocier la substance en question de la personne ni celle-ci de son entourage – proche et lointain. Naguère, l'image des consommateurs de drogues était étroitement liée au message de rébellion et de nouveau départ vers l'inconnu. Or, depuis les années nonante, la consommation de drogues est

de plus en plus souvent perçue comme un problème médical et psychologique. Le problème de la dépendance risque dès lors de s'aggraver car, en sus de leur dépendance à une substance, les héroïnomanes deviennent dépendants des institutions, par ex. lors d'un traitement de substitution.

On sait qu'en Suisse, un nombre de personnes difficile à chiffrer consomment régulièrement des drogues dures sans pour autant mettre en danger leur santé ni leur intégration sociale. Marc-Henry Soulet *et al.* relatent une enquête qualitative auprès de vingt consommateurs de drogues de longue durée qui, en sus du traitement de substitution par la méthadone, consomment aussi de l'héroïne et/ou de la cocaïne; à cet échantillon s'ajoutent vingt autres consommateurs non pris en charge. Le point commun de toutes les personnes interrogées semble être leur maîtrise et leur structure en matière de consommation, apparemment clairement réglée aux plans situationnel et symbolique. On ignore encore quelles sont les ressources personnelles et environnementales qui permettent une consommation d'héroïne et de cocaïne si lucide et, apparemment inoffensive. A souligner, enfin, l'importance du dosage de la méthadone prescrite, qui doit être suffisant pour prévenir les rechutes.

A la fois originale et d'un tout autre genre historiographique est la présentation, par Roland Baer, d'un quart de siècle d'activités de l'Aebi-Hus/Maison Blanche. Partant des documents de l'institution, l'auteur donne à voir deux éléments: d'une part, l'évolution relativement rapide des représentations et des images que le problème de la drogue suscite parmi la société; d'autre part, la réaction des praticiens de la plus ancienne institution suisse d'aide en matière de drogue. A l'image des toxicodépendants de la fin des années soixante, rebelles et à la recherche d'alternatives, correspondait la phase pionnière de l'Aebi-Hus, dont les lignes directrices étaient entraide et démocratie. La phase d'organisation qui a suivi (1975–1982) a donné lieu à une structuration et à une hiérarchisation d'envergure, sur le modèle de l'organisation Synanon (Etats-Unis). La phase de consolidation subséquente a vu une professionnalisation plus poussée de l'institution ainsi que l'introduction d'approches nouvelles en matière de contrôle de la qualité. Quant à la façon dont l'Aebi-Hus a abordé les résultats de la recherche sur la drogue et les a intégrés à son travail, elle fait, entre autres, l'objet d'un mandat d'évaluation de l'OFSP qui n'est pas abordé dans le présent volume.

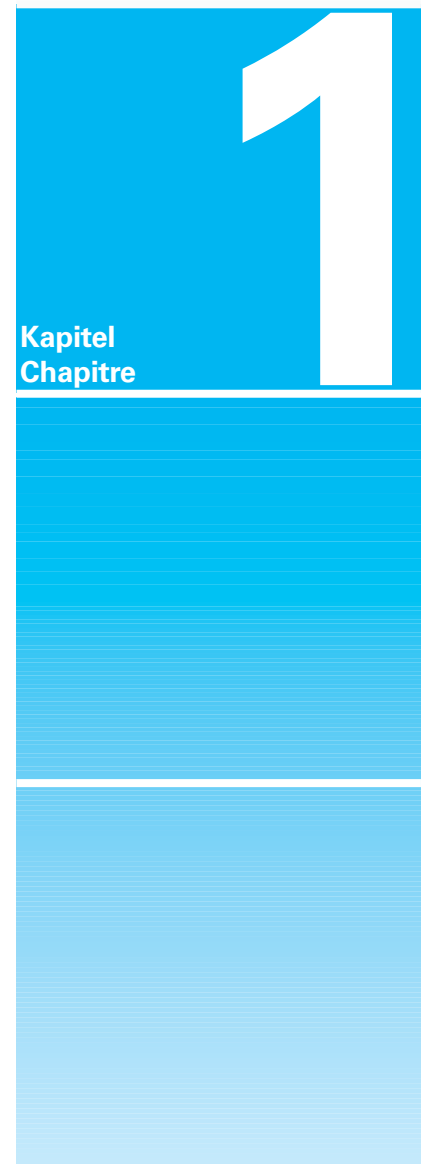
Il serait intéressant de pouvoir dresser un tableau concret du transfert de connaissances entre la recherche et la pratique, à partir d'une grande institution oeuvrant de longue date dans le domaine de la prévention (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies – ISPA, Ligue valaisan-

² N.d.t.: «le produit, la personnalité, le contexte»

ne contre les toxicomanies – LVT, RADIX, Santé bernoise, etc.).

Cette démarche permettrait en effet de revenir sur le débat lancé en introduction concernant le potentiel et les limites des rapports entre le monde de la recherche et celui de la pratique.

Strukturelle Prävention/ Prévention structurelle



Drug Policy and the Revision of the Law on Narcotics: The Swiss Experience based on Evidence and Consensus

Martin Buechi, Swiss Federal Office of Public Health

Switzerland is a rather conservative country with a political system characterized by a referendum democracy that requires a considerable degree of citizen participation. Thus, introducing novel approaches for handling sensitive problems – such as the drug problem – means that the public at large, the voters, need to be well informed and educated about the issues involved. This calls for a well organized and evidence based information and co-ordination strategy.

Discussions about Swiss drug policy – in particular the revision of the law on narcotics – has neither been constrained by dogmas nor limited to specialists only. The close collaboration of federal, state and local governments together with politicians and scientists transformed a sensitive project into a broadly accepted proposal for a new law. Public opinion did not obstruct the administration from considering new ideas; the public, in turn, learned to reconsider some of the prevailing dogmas on drug policy (such as that all efforts should aim at a drug-free lifestyle).

Before attempting to explain the political processes that brought the government proposal for a revision of the law on narcotics into existence, one must first understand the mechanisms of knowledge and information exchange between the different players. Similarly, one needs to know what other interactions of importance took place. This paper introduces and discusses a model for helping to improve our understanding of some of the mechanisms which contribute to creating novel public health policies.

1. The Swiss Drug Policy: The Four-Fold Approach

In the 70s and 80s the number of injecting drug users rose substantially and in the mid 80s a considerable number of open drug scenes came into existence. As a consequence, in 1988 74 percent of the Swiss population cited the drug problem as one of its main concerns. In view of this and the growing drug problem the Swiss government decided to intensify its commitment to the creation of an effective drug policy. Since 1991 the Federal Government has backed a policy realignment by adopting a strategy based on a four point model comprising the following elements:

- prevention
- therapy and rehabilitation
- harm reduction
- repression and control

These four strategic cornerstones are perceived as an integral whole by the Federal Government, the Parliament and the Swiss population, which has supported this policy in a number of popular votes. Thus the major goals of the Swiss Drug policy can be formulated as follows:

- to reduce the number of new users
- to increase the number of individuals who succeed in overcoming addiction
- to reduce the damage to the health of drug addicts and their marginalisation
- to protect society from the negative effects of the drug problem and to combat drug related crimes, such as money laundering and organized crime.

2. Revision of the Law on Narcotics

On March 9, 2001, the Federal Government decided to submit a proposal to Parliament for revision of the Swiss Federal Law on narcotic drugs and psychotropic substances. Parliamentary debate of this proposal began in winter of 2001 and the *Ständerat* (senate) passed it with only minor changes. The *Nationalrat* (house), however, refused to debate the proposal (June 2004).

The most interesting part of the proposal from the Federal Government concerns cannabis. Personal use of cannabis and related preparatory acts will no longer be considered criminal offences. Cultivation, production, manufacture and trade in cannabis will remain prohibited. However, the new Swiss law on narcotics will enable the Federal Government to define clear priorities for the prosecution of drug offences: tougher measures regarding hard drugs such as heroin and cocaine, money laundering

Key Words

Swiss Drug Policy,
Revision of the Swiss Law on Narcotics,
Cannabis,
Integrated Approach of,
Decision Making Process of,
Elaboration of Scientific Bases of,
Transfer of Knowledge about

and organized crime together with discretionary prosecution for cannabis-related offences. An ordinance based on this new law will stipulate under what conditions prosecution may be waived. This will make it possible to cultivate and sell cannabis to consumers within a defined framework of conditions.

The decision making process which made this novel approach possible depended on a consensus between public health scientists and health care professionals from federal and cantonal administrations and on attaining evidence i.e. knowledge, as well as the involvement of all the protagonists within society, including politicians and the public.

3. Evidence-based Policy Model

In 1983 Richmond and Kotelchuck¹ developed a model to explain the development of public health policies. An improved and more sophisticated model (figure 1) is the basis for the discussion of the pragmatic approach of the Swiss Government to drug related issues. Some changes were necessary to take into account the particularities of the Swiss context and its political processes. This new and adapted model gives a better picture of the key players participating in the creation of a public health policy. Those responsible for the new law on narcotics included scientists, politicians and scientific

staff from the federal administration (Federal Office of Public Health).

Setting up a novel public health project such as the new law on narcotics requires the close collaboration of all the stakeholders and a guaranteed two-way flow of information between key players in the three fields (second circle of the model – the arrows in the model indicate where an exchange of information must take place). It is also vital that information is exchanged directly between the key players and not via the press, radio or TV stations where it is open to distortion. In order to facilitate this transfer, proper platforms must be created for knowledge transfer between the stakeholders or think-tanks involved.

In this model, a balance of involvement, knowledge, power, and trust between all the players in the three areas in the middle circle of the model is needed to create a new policy. For example, if scientists were to bombard their partners (such as politicians and other decision making persons) with sophisticated but incomprehensible scientific reports and thus make it difficult for the latter to understand their output, they would run a high risk of alienating their partners and losing them for the consensus building process. It is equally clear that decision makers should not interfere with the scientific process and reporting, as this would provide critics with excellent ammunition with which to shoot down a novel project. Reporting (transferring information and knowledge) has to be meaningful by responding to readers' needs.

Political will is defined as a society's desire and commitment to develop new programs or to modify existing ones. Based on a request from the government, society's representatives of political will must usually ask the parliament or other legislative power to develop the legal basis for novel programs and then allocate the required financial resources. Consensus amongst a majority of its members is required before the green light can be given to the executive power and the administration to go ahead.

The role of the scientists is to improve the knowledge base in order to create evidence for those involved in a decision making process. But scientific evidence is also needed for the political stakeholders (political parties, parliament). Where the balance is delicate the search for possible sources of political bias is very important. The inclusion of variables such as gender, race (migrant population) socio-economic status, and religion is therefore important in order to arrive at a successful research design. Thus the outer circle of the model shows the context in which an evidence based policy is created.

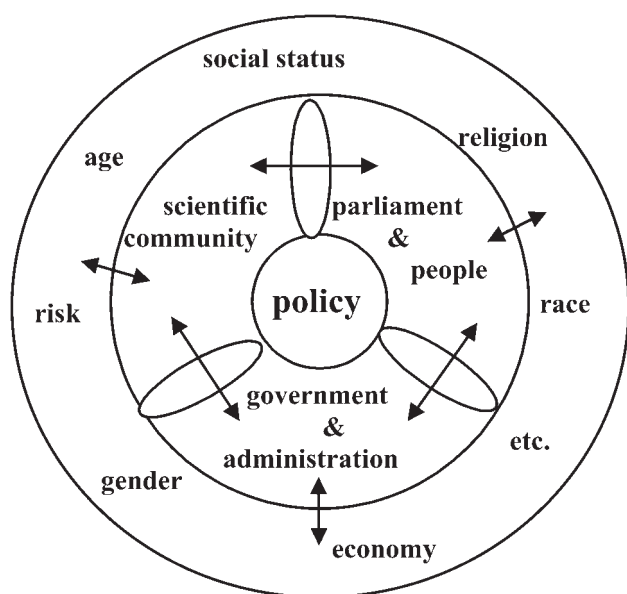


Figure 1: Model of the development of the Swiss Drug Policy

¹ Richmond JB, Kotelchuck M. Co-ordination and development of strategies and policy for public health promotion in the United States. In: Holland WW, Detels R, Knox G, eds. Oxford Textbook of Public Health. Oxford, England: Oxford Medical Publication; 1991.

4. Building a Knowledge Base for Decision-making

According to the model, novel approaches for advances in health promotion and disease prevention can only be implemented with useful, reliable and balanced flow of information between the various parties concerned. In addition well defined platforms are needed for the transfer of knowledge between the different players. There are four basic steps in the knowledge building process required for political decision making:

- collecting data
- creating information
- building evidence
- transferring knowledge

5. Collecting Data

Scientists play a crucial role in collecting the data needed to provide the knowledge base for formulating social strategies. This knowledge needs to be understood by both political decision makers and the public alike. The prevailing paradigm demands that the creation of a knowledge base relies on data that is neutral: objective and value free. Although it is well-known that this is scientifically problematic and often even unnecessary, scientists often hold doggedly to a degree of sophistication that is not warranted in order to reach a conclusion on which to base policy. If we look more closely at how data are collected and public health research conducted, we can see that the form and content of the data used for information often depends on a dominant paradigm, on prevailing wisdom. However, this in itself is grounded in beliefs and values about what scientists think is needed and therefore the data used are anything but objective. Scientific sophistication is often demanded by the dogma of the scientific frame of reference but at the same time presents an obstacle for a (political) decision.

If one knows exactly which data are required, how they were collected and how to use them to create information, then the development of an appropriate and valuable knowledge base allowing an ethically acceptable decision becomes possible. It is therefore important to know what kind of information is needed, in what format, and for which partners.

For each decision we also need to know when there is enough evidence. There is no simple way to determine how much is needed as too many factors must be considered. One possible basis for a decision is a suggestion dating back to the year 1923, the so called "Frye rule" relating to a court case:

"Just when a scientific Principle or discovery crosses the line between the experimental and demonstrable stages is difficult to define. Somewhere in this twilight zone the evidentiary force of the principle must be recognized, and while courts will go a long way in admitting expert testimony deduced from well-recognized scientific principle or discovery, the thing from which the deduction is made must be sufficiently established to have gained general acceptance in the particular field in which it belongs."

6. Creating Information and Building Evidence

If our goal is to create socially and politically relevant programs then the information should be custom tailored to users' needs. Political and scientific decision makers, for example, each need different kinds of information for the development of their own particular knowledge base. Data are often biased; they are influenced by the political, social and economic context (see figure 1: arrows between outer and second circle), by the nature and type of questions which are included or excluded in data collection, and by the prevailing theories (paradigms) which themselves are often linked to particular political concerns. The same is true if we have to use already existing data sets for a new project because data are a social product and not neutral.

The selection of variables will not only influence the collection of data, but also, crucially, the creation of the information needed to build evidence. However, the assembly of objective and value free information can never be the ultimate goal because data are a social product; they in turn will bias the creation of information, the building of evidence. Of course not every one would agree with this. However, if we want to discuss the building of evidence in the field of public health we can do this by using a heuristic model with two very different approaches, the isolationist (ivory tower) and the integrated (policy driven) approach.

The most disturbing feature of the **isolationist approach** is its disconnection from the social environment. Thus in respect to drug issues, a very provocative and emotional subject, an isolationist approach is doomed to fail. In the case, for example of harm reduction measures such as the distribution of clean needles in certain countries, there is ample evidence, presented in many scientific publications, of the effectiveness of such programs in reducing the spread of the HI virus. But not many publications deal with the political and emotional aspect of setting up such programs in the community. Could this be due to a lack of concern about needing to reassure politicians and the public by collecting evidence which takes account of their fears

and prejudices? Scientists are more concerned with the sophistication of their data and statistical analysis for publication purposes, than with the appropriateness (context-sensitivity) of the data themselves.

An **integrated approach** has its drawbacks too. For example, there is always the danger of politicians dictating in advance what they expect to hear or that the scientists will focus too much on the customers' (politicians) needs and neglect scientific rigour. But in an educated, democratic society it is almost impossible to keep the scientists on a leash, or at least, not for very long. Biases arising from economic or other factors might influence their work, but, as we have seen, so do the scientific paradigms themselves; these feature more dominantly in the isolationist approach.

In the outer circle are elements that might influence the decision making process of the three major players. These elements include economics, race, social issues, and religion. They represent the environment, the context in which "public health policy making" takes place. The economic situation not only influences the quantity of research that can be conducted, but also its quality. It may well be the case, for example, that budgetary cuts prevent gender or race issues being included in a research project, even though there is clear, knowledge-based evidence to justify their inclusion. Their exclusion obviously means that the results are likely to be biased. Similarly, religion can pose insurmountable barriers to new ideas or even hinder existing programs (as for in the case of UN mother-child programs where there is no US money for developmental programs that advocate induced abortion). We have therefore added an outer circle that represents the social and political environment/context.

The importance of these contextual (external) factors are obvious and cannot be denied. The outer circle therefore completes the "evidence and consensus based policy model" and represents the environment/context in which scientific and political decision making takes place.

7. Conclusion

Scientists working in the field of public health research must present or "sell" their information in such a way that it can be easily communicated to the different "customers" participating in an evidence and consensus building process. The communication of evidence – based on sound science – must be adapted to the addressee, i.e. to the customer. The decision about when there is enough information – when to stop research – and when to start communicating knowledge cannot be made within a scientific frame of reference only, but must take account of the social and political environment too. This is illustrated in figure 1. The most difficult challenge facing stakeholders involved in the consensus finding process (and specially the scientists themselves) is to find a middle way between being isolated from the political and social context and giving in to short term pragmatism.

8. Suggestions for Further Reading

1. Krieger N. The making of public health data: paradigms, politics and policy. *J. Public Health Policy* 1992;13:412–27.
2. Atwood K, Graham AC, Kawachi I. From public health science to prevention policy: placing science in its social and political contexts. *Am J. Public Health* 1997;87:1603–6.

Correspondence to:
Dr. dipl. nat. Martin Buechi
Head of the Policy and Research Section
Main Unit Dependency and Aids
Swiss Federal Office of Public Health
CH-3003 Bern
Switzerland
E-mail: martin.buechi@bag.admin.ch

Les effets à long terme des traitements avec prescription d'héroïne sur les comportements délinquants des personnes traitées*

Martin Killias, Denis Ribeaud, Marcelo F. Aebi, Institut de criminologie et de droit pénal, Université de Lausanne

Résumé

Aujourd'hui, en Suisse, le traitement avec prescription d'héroïne est une forme de thérapie reconnue pour les personnes gravement toxicodépendantes pour lesquelles d'autres traitements ont échoué. Il a notamment été introduit aussi comme mesure de réduction de la criminalité. Cet objectif a-t-il été atteint sur le long terme? L'Institut de criminologie et de droit pénal (ICDP) a reçu de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) le mandat de répondre à cette question. Le présent article expose les principaux résultats de cette recherche. De manière générale, les données, extraites des registres de police, révèlent une diminution marquée – à un niveau stabilisé – et générale de la criminalité des personnes traitées sur une période de 4 ans.

1. Introduction

Suite à l'acceptation par le souverain suisse de l'Arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne le 13 juin 1999, le traitement avec prescription d'héroïne est aujourd'hui une forme de thérapie reconnue pour les personnes gravement toxicodépendantes pour lesquelles d'autres traitements ont échoué. Le but principal de ce type de traitement est la réduction des risques collatéraux à la consommation illégale d'héroïne. Parmi ces risques, on relève notamment certaines maladies infectieuses – tels le Sida ou différentes formes d'hépatite –, des problèmes d'ordre social et économique – absence de logement, chômage – et, finalement, la criminalité.

Plus que les autres, la criminalité est un des problèmes collatéraux qui touche très directement les intérêts de personnes sans relations particulières avec les toxicomanes. Pour cette raison, l'aspect de la criminalité a toujours suscité un intérêt particulier de l'opinion publique dans le débat sur la toxicomanie. Par conséquent, la réduction de la criminalité était l'un des principaux objectifs lors de l'implémentation de cette nouvelle forme de thérapie.

Les résultats obtenus lors de la première phase des essais (cf. Killias et Rabasa 1997, Killias et al. 1999 et 2002) démontraient une forte réduction de la criminalité, acquisitive en particulier. En effet, l'étude menée à l'ICDP indiquait une diminution de la délinquance liée à l'acquisition de drogues (vol, recel, vente de drogues etc.) comprise – selon le type de mesure et de données – entre 50% et 90%. Cependant, les résultats obtenus alors ne permettaient des conclusions que sur l'effet à court, voire moyen terme des traitements avec prescription d'héroïne, soit 12 voire 24 mois. La récolte de données effectuée dans le cadre du présent mandat couvre quant à elle une période d'au moins 4 ans après le début du traitement et ce aussi pour les personnes sorties prématurément du projet. Les résultats qui seront présentés par la suite permettent donc de tirer des conclusions autant sur l'évolution à long terme des personnes restées dans le programme que sur celle des personnes l'ayant quitté après un certain temps.

2. Déroulement de l'étude/méthode

Lors de la première étude, nous avons eu recours à trois types de données sur la délinquance, soit les données récoltées lors d'interviews standardisées menées tous les 6 mois avec les participants au programme (délinquance auto-reportée), ensuite les

Key Words

Treatment with Prescription of Heroin,
Drug Abuse,
Cocaine Consumption,
Delinquency,
Police Data,
Switzerland

* Ce projet a été soutenu par le contrat de recherche n° 99.001149 (8151) de l'Office fédéral de la santé publique.

données extraites des fichiers des corps de polices des cantons qui ont participé aux essais (dénonciations) et finalement les données extraites du casier judiciaire central (condamnations).

La première étude avait mis en évidence que les participants n'avaient pas tendance à cacher des délits lors des interviews. En effet, le nombre de délits avoués dans le cadre de ces interviews dépassait de loin ce qui était parvenu à la connaissance de la police. Cette franchise était sans doute due à l'anonymat absolu garanti aux participants. Cependant, les interviews présentent l'inconvénient de la nécessité de toujours accéder directement aux intéressés. Ceci s'avère d'autant plus difficile qu'un grand nombre de personnes traitées ne voient plus l'utilité de participer à de telles interviews, auxquelles elles étaient tenues de participer lors de la première phase d'évaluation. De plus, bon nombre de participants ont quitté les essais après quelque temps, ce qui les rendait encore plus difficilement atteignables.

Afin de tout de même accéder à des données sur la délinquance de ces différentes personnes, pour la nouvelle récolte de données, nous nous sommes référés aux données de police et aux données du casier judiciaire central. En effet, celles-ci ont l'avantage d'être accessibles sans avoir recours aux dires des participants. Par ailleurs, une étude menée à l'ICDP (Aebi 1999) a démontré que les données de police et les données auto-reportées mesurent fondamentalement la même chose, soit la délinquance des participants. En d'autres termes et de manière globale, ceux qui sont connus de la police avouent – dans le cadre des interviews anonymes – significativement plus de délits que les autres, qui n'ont pas eu de contact avec la police (ibid., 172).

Sur cette base, les collaborateurs de l'ICDP ont récolté pendant l'été et l'automne 2000 toutes les données importantes sur les participants aux essais auprès des différents corps de police et à partir du casier judiciaire central. Ainsi, nous disposons aujourd'hui d'une base de données couvrant une période d'observation beaucoup plus longue (4 ans après l'entrée dans le programme), permettant de tirer des conclusions sur les effets à long terme des traitements avec prescription d'héroïne. Par la suite, nous nous concentrerons sur l'analyse des données policières.

Les chiffres que nous présentons dans cet article sont des taux d'incidence ainsi que des taux de prévalence. Les taux d'incidence indiquent l'occurrence moyenne d'un évènement particulier (délit, condamnation etc.) dans une population donnée (les personnes traitées). Le taux d'incidence est important pour connaître l'évolution du volume de la criminalité. Un taux d'incidence de la délinquance de

1.3 indique qu'en moyenne chaque individu de la population observée a commis 1.3 délits durant la période de référence. Les taux de prévalence indiquent quant à eux le pourcentage de personnes d'une population donnée ayant commis au moins une fois un délit spécifique au cours de la période de référence.

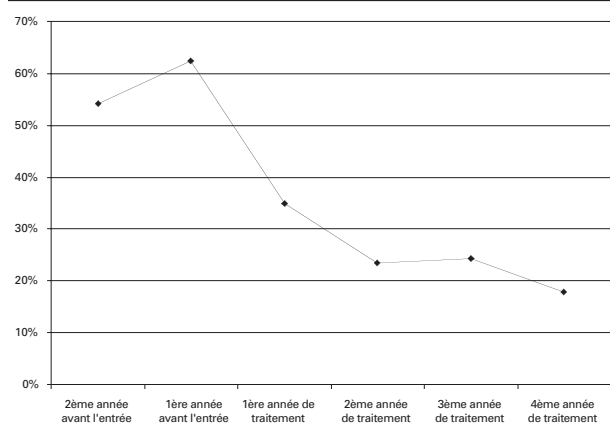
En tout, notre équipe a relevé les données de 947 personnes ayant reçu une prescription d'héroïne dans le cadre des essais PROVE. Parmi celles-ci, on dénombre 428 (45.2%) personnes qui sont restées pendant au moins quatre ans dans le programme. Dans un premier temps, nos analyses se concentreront sur ce groupe. Les autres participants sont sortis du programme avant cette période, soit parce qu'ils ont changé de type de thérapie (méthadone, sevrage etc.), soit parce qu'ils ont replongé dans la consommation illégale d'héroïne. Dans un deuxième temps, nous étudierons donc la trajectoire des participants en fonction de la durée de leur participation au programme.

Avant de passer aux résultats, notons finalement que la récolte des données a été réalisée suivant un procédé établi en accord avec le préposé fédéral en matière de protection des données, les Directeurs des Offices fédéraux de la santé publique et de la police et les Directeurs cantonaux et communaux de la police. Ce procédé a garanti une protection maximale de l'anonymat des participants aux projets PROVE.

3. Résultats

3.1 Evolution des personnes traitées pendant au moins 4 ans

Le graphique 1 présente l'évolution du taux annuel de prévalence des personnes traitées pendant au moins 4 ans dans le cadre des projets PROVE. Com-



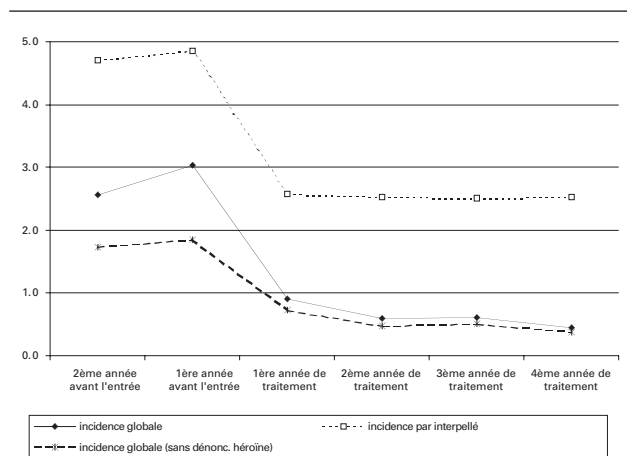
Graphique 1: Taux de prévalence annuel de dénonciations des participants aux projets PROVE (N=428)

me on peut le voir, durant les deux années précédant le traitement, plus de la moitié (54 et 62%) des participants ont au moins une fois fait l'objet d'un enregistrement dans les fichiers policiers. Dès la première année de traitement, ce taux chute fortement, puisque l'on ne compte plus que 35% de personnes ayant fait l'objet d'un enregistrement par les services policiers.

La deuxième année de traitement se caractérise par une poursuite de cette évolution positive, le taux chutant à 23%. Dans les deux années consécutives le taux de prévalence se stabilise aux alentours de 20%, la tendance restant toujours à la baisse.

Globalement, les taux d'incidence (graphique 2) indiquent une même évolution que les taux de prévalence. Alors qu'avant le début du traitement, les participants étaient enregistrés en moyenne 2.5 à 3.0 fois par année, ce taux descend à moins de 1.0 dès la première année, puis se stabilise aux alentours 0.5 dans les années qui suivent (trait continu; «incidence globale»). Bien entendu, ce recul est dû dans une large mesure au fait qu'après le début du traitement, la majorité des personnes traitées n'a plus été enregistrée par la police (cf. graphique 1). Cependant, comme nous le révèle la ligne pointillée («incidence par interpellé»), on constate aussi une forte diminution du taux d'incidence parmi ceux qui ont continué à être enregistrés par les services de police, puisque le nombre moyen d'interpellations enregistrées diminue de presque 5 avant le traitement à environ 2.5 pendant les quatre années de traitement. Ainsi donc, on constate une forte diminution du nombre de contacts avec la police parmi ceux en ayant encore.

Cette réduction des contacts avec la police est due dans une certaine mesure au simple fait que les participants aux projets ne consomment plus guère d'héroïne achetée sur le marché noir, celle-ci leur

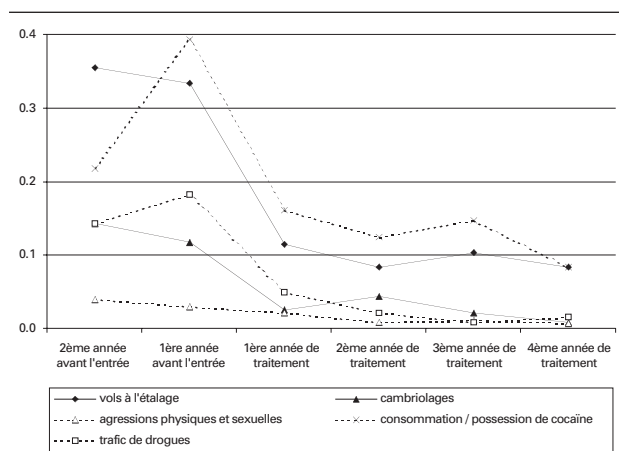


Graphique 2: Taux d'incidence annuel de dénonciations des participants aux projets PROVE (N=428)

étant légalement prescrite. Comme le montre la troisième courbe du graphique 2 (l'incidence globale sans les dénonciations pour possession ou consommation d'héroïne), le recul du taux d'incidence s'avère moins marqué, mais encore très prononcé si l'on ne tient pas compte de ces dénonciations spécifiques.

Nous avons examiné de manière encore plus détaillée comment se présentait l'évolution par rapport au type de délit incriminé. Le graphique 3 présente les taux d'incidence correspondants. Afin de maintenir une vue d'ensemble, nous nous sommes limités à quelques délits d'intérêt particulier.

On notera tout d'abord la très forte chute des dénonciations pour vols à l'étalage, le taux correspondant passant d'environ 0.35 avant le traitement à environ 0.1 durant toute la période de traitement, ceci correspondant à une diminution relative de 72%. Il en va de même des cambriolages qui passent d'un niveau moyen de 0.13 avant l'entrée dans le programme de prescription à 0.03 après l'entrée (-81%).



Graphique 3: Taux d'incidence annuel de dénonciations des participants aux projets PROVE (N=428), sélection d'infractions spécifiques

Comme nous pouvons le voir, les agressions étaient déjà très rares avant l'entrée dans le programme. Cependant, même à ce niveau on constate un recul des dénonciations correspondantes.

En ce qui concerne la consommation de cocaïne, on remarque aussi une diminution significative des dénonciations. Alors que leur taux était de 0.31 avant le début du traitement, celui-ci passe à 0.13 en moyenne pendant le traitement (-58%). Ce constat corrobore la diminution de la consommation de cocaïne décelée par Uchtenhagen (1997, p. 69) sur la base de sondages menées auprès des participants. Ceci indiquerait donc que la participation au programme de prescription d'héroïne aurait un impact

bénéfique sur la consommation de cocaïne, qui pourrait notamment s'expliquer par l'amointrissement des contacts des personnes traitées avec le milieu de la drogue (ibid., 79).

Par ailleurs, on constate une augmentation subite du nombre de dénonciations pour consommation de cocaïne l'année précédant le traitement. Celle-ci est probablement due à une recrudescence de l'activité policière sur la scène de la drogue. En effet, un grand nombre des participants au programme PROVE y est entré suite à la fermeture des lieux ouverts de la drogue au milieu des années 1990. On se souvient que ces fermetures étaient accompagnées d'une forte mobilisation policière. Cette hypothèse est par ailleurs corroborée par le fait que cette augmentation peut être observée pour tous les délits ayant directement trait à la scène de la drogue (consommation de cocaïne et d'héroïne, trafic de drogues) et qui ne sont de facto dénoncés que par des agents de la police. Par contre, les autres délits (cambriolages, vol à l'étalage), normalement dénoncés par les victimes et dont les taux sont par conséquent moins dépendants de l'activité policière, ne présentent pas cet accroissement l'année précédant l'entrée dans le projet.

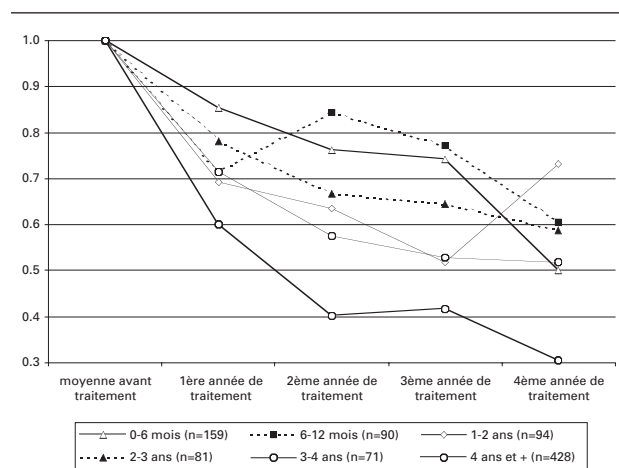
Finalement, on notera la chute marquée des dénonciations pour trafic de stupéfiants. En effet, le taux moyen passe de 0.16 pour les deux années précédant le traitement à 0.02 en moyenne durant le traitement. Ceci correspond à une diminution relative de 85 %.

3.2 Evolution selon la durée du traitement

Comme on a pu le constater dans la partie méthodologique du présent article, plus de la moitié des participants a quitté le programme après 4 ans. Ce groupe est composé de 159 personnes (17%) ayant quitté le projet après moins de 6 mois de traitement, de 90 personnes (10%) ayant quitté le programme après 6 à 12 mois de traitement, de 94 personnes (10%) ayant quitté le traitement dans le courant de la 2^{ème} année de traitement, de 81 personnes (9%) ayant quitté le traitement dans le courant de la 3^{ème} année de traitement et finalement de 71 personnes (8%) ayant quitté le traitement dans le courant de la 4^{ème} année de traitement. Les autres 428 personnes (46%) ont été traitées au moins quatre ans.

Etant donné que ces différents groupes avaient des taux de contacts avec la police qui variaient légèrement avant l'entrée dans le programme – soit parce qu'ils étaient effectivement plus impliqués dans la délinquance, soit parce qu'ils fréquentaient des zones plus particulièrement surveillées par la police –, pour chacun de ces groupes nous avons calculé

le taux de prévalence moyen de ses contacts avec la police dans les deux années précédant l'entrée dans le programme. La prévalence des contacts pendant le traitement a été ensuite indexée par rapport à ce niveau initial. Le prochain graphique (4) présente ainsi l'évolution relative de chacun de ces groupes par rapport à son taux de prévalence de contacts avec la police avant l'entrée dans le programme.



Graphique 4: L'évolution des contacts avec la police des participants aux projets PROVE en fonction de la durée du traitement (taux de prévalence annuels indexés; moyenne pour la période avant traitement=1)

Afin de faciliter l'interprétation des résultats, nous avons marqué d'un trait plus gras les deux groupes extrêmes, soit ceux sortis après moins de 6 mois du programme et ceux traités plus de 4 ans. Comme nous pouvons le voir, dans le courant de la première année, la part de ceux ayant des contacts avec la police diminue sensiblement dans tous les groupes. Cependant, cette diminution s'avère plus faible dans le groupe des personnes traitées moins de 6 mois. Cette diminution moindre peut s'expliquer du fait que ces personnes n'étaient déjà plus sous traitement pendant plus de la moitié de la période d'observation. Il est fort probable que beaucoup de ces personnes aient réintégré le milieu de la drogue et aient ainsi retrouvé leur style de vie antérieur. En effet, dans ce groupe, plus de 20% des individus ont interrompu le programme sans s'orienter vers un traitement alternatif (méthadone, abstinence), alors que dans les autres groupes cette part se situe aux alentours des 10%. Par la suite, dans ce groupe, le nombre d'individus impliqués dans des contacts avec la police est en diminution constante.

Le second groupe, traité durant 6 à 12 mois, présente une évolution plus caractéristique. Pendant le traitement, la part des personnes interpellées diminue nettement, mais augmente aussitôt le traitement terminé, suggérant que, dans ce groupe, une part importante de personnes a renoué avec le milieu de

la drogue. Cependant, par la suite, dans ce groupe aussi, on note une diminution des contacts avec la police.

Les trois groupes suivants, soit les personnes sorties du programme après 2 à 4 ans de participation, s'insèrent entre les deux extrêmes et se caractérisent tous par une diminution constante des contacts avec la police, même après la fin du programme. La seule exception concerne le groupe des personnes traitées entre 1 et 2 années chez lesquelles on observe une recrudescence prononcée des contacts avec la police dans la 4^{ème} année après le début du traitement. De manière générale, le graphique indique que le traitement s'est avéré bénéfique pour tous les participants, sauf pour le groupe de ceux qui l'ont quitté presque immédiatement après leur entrée. En particulier, on notera la chute drastique des contacts avec la police dans le courant de la première année, qui est presque identique pour tous qui sont restés plus d'un an dans le programme. Après cette forte chute initiale, les taux ont tendance à se stabiliser, même après la sortie du programme. Cependant, la baisse est la plus prononcée et la plus constante dans le groupe des personnes qui ont été traitées sans interruption durant toute la période d'observation.

L'effet bénéfique du programme pour ceux qui y sont restés semble donc évident. Cependant, on ne peut ignorer la ressemblance des différentes courbes, qui pose plusieurs questions.

Tout d'abord, on se demandera si la diminution observée dans les différents groupes est une conséquence directe du traitement. Ceci indiquerait que même un bref passage (de 2 mois en moyenne dans le premier groupe) dans le programme aurait eu des conséquences bénéfiques par rapport aux comportements délinquants. En effet, il semble que même cette courte période ait permis à certains participants de réorienter leur vie et de choisir une forme de thérapie alternative, puisque 38 % des 159 personnes ayant quasi immédiatement quitté le programme se sont orientés vers une cure à la méthadone orale et que 22 % se sont même décidés pour un sevrage. Sachant que la cure à la méthadone diminue elle aussi significativement la délinquance des personnes traitées (cf. Killias et al. 1999 pour la Suisse, Coid et al. 2000 pour le Royaume-Uni, Bathsteen et Legge 2001 pour l'Allemagne) – et le sevrage a fortiori, puisque la pression acquisitive disparaît totalement dans ce cas – cela expliquerait dans une certaine mesure la diminution constatée dans ce groupe.

Une autre hypothèse, plus critique par rapport à l'efficacité du traitement, consisterait à voir dans les différentes courbes un effet du «maturating out», soit la diminution naturelle de la délinquance avec

l'âge, un fait bien établi dans la recherche criminologique. Cette hypothèse est d'autant plus plausible que l'âge moyen des personnes traitées était de près de 30 ans lors de l'entrée dans le programme.

Malheureusement, nous sommes dans l'impossibilité d'évaluer l'impact spécifique de ces deux effets et il faudra attendre des analyses plus détaillées pour tenter d'y trouver une réponse. Cependant, il reste évident que ceux qui ont persévéré dans le traitement présentent une diminution plus prononcée que tous les autres groupes. L'implication criminelle avant le début du traitement – les différents groupes ont alors une implication criminelle très semblable – montre que cette différence ne peut pas simplement s'expliquer par un phénomène d'auto-sélection, dans le sens que les «bons risques» restent dans le programme, alors que les autres le quittent.

4. Discussion et conclusions

De manière générale, les données policières analysées montrent qu'à long terme, les essais avec prescription d'héroïne contribuent à une diminution sensible de la criminalité parmi les personnes traitées. Les effets constatés lors de la première étude (cf. Killias et Rabasa 1997) se sont donc confirmés dans le long terme. Non seulement un plus grand nombre de personnes n'a plus du tout été enregistré par la police, mais on note aussi une forte diminution de tels contacts parmi ceux qui en ont encore.

La diminution constatée se retrouve pour tous les types de délits. Bien entendu, la plus forte diminution est observée au niveau des interpellations pour consommation illégale d'héroïne. Cependant, une diminution semblable se retrouve pour la consommation illégale de cocaïne, laissant supposer que le traitement a aussi des effets bénéfiques sur la consommation d'autres substances illégales. Si l'on tient par ailleurs compte de la diminution des dénonciations pour trafic de drogue, on peut supposer que la prescription d'héroïne a eu pour effet de séparer les personnes traitées du milieu de la drogue. Par ailleurs, la réduction du trafic de drogue permet d'espérer que le traitement a aussi l'effet d'empêcher l'initiation de néophytes à la consommation de drogues dures.

La réduction de la criminalité ne se limite cependant pas aux activités sur la scène de la drogue, mais englobe aussi des délits contre la propriété tels que vols à l'étalage, brigandage ou cambriolages. La diminution de ce type de criminalité était même si prononcée qu'elle s'est aussi répercutée au niveau des mesures macrosociologiques du crime, tels les sondages de victimisation (cf. Killias et al. 2000).

Mis à part le soulagement évident pour les victimes potentielles, le recul dans ce domaine est d'un intérêt certain pour corroborer la thèse d'une réduction générale de la criminalité liée à la consommation illégale de stupéfiants. En effet, on pourrait argumenter que la réduction des infractions à la loi sur les stupéfiants (LStup) est la conséquence d'un contrôle amoindri de la police suite à la fermeture des lieux ouverts. Ceci est d'autant plus plausible que, d'une part, ce genre d'infractions est presque toujours dénoncé par des policiers et que, d'autre part, les infractions contre la LStup sont probablement devenues moins visibles aux forces de l'ordre suite à la fermeture desdits lieux. Par contre, les délits contre la propriété sont normalement dénoncés par les lésés. Ainsi, les données policières correspondantes dépendent moins de l'activité policière. Comme nous avons également pu constater une réduction significative dans ce domaine, ceci nous permet de conclure que la diminution de la criminalité parmi les personnes traitées est réelle et générale.

Finalement, la comparaison avec les personnes ayant à différents stades interrompu ce traitement laisse quelques questions ouvertes. En effet, il n'est pas très clair si un bref passage dans un programme de prescription garantit pour un nombre significatif de personnes une diminution de la criminalité à long terme ou si cette diminution est un simple effet du «maturing out», la réduction «naturelle» de la criminalité avec l'âge. Il est probable que les deux facteurs sont à la source de cette diminution. Cependant, de manière générale, plus la période de traitement est longue, plus la diminution est marquée. Ceci indiquerait donc un effet de la thérapie indépendant de l'effet de l'âge.

5. Références

1. Aebi MF. La validité des indicateurs de la criminalité. Université de Lausanne, Institut de police scientifique et de criminologie IPSC, Lausanne, 1999.
2. Aeschbach E. Remise d'héroïne en Suisse. Zug, Médecins suisses contre la drogue, 1998.
3. Bathsteen M, Legge I. Intendierte und nicht intendierte Folgen des Hamburger Substitutionsprogramms. Monatschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 2001;84(1):1–9.
4. Coid J, Carvell A, Kittler Z, Healey A, Henderson J. The Impact of Methadone Treatment on Drug Misuse and Crime. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate. Research Findings 120, 2000.
5. Killias M, Rabasa J. Rapport final sur les effets de la prescription de stupéfiants sur la délinquance des toxicomanes. 1^{ère} édition. Université de Lausanne, Institut de police scientifique et de criminologie IPSC, Lausanne, 1997.
6. Killias M, Aebi MF, Ribeaud D, Rabasa J. Rapport final sur les effets de la prescription de stupéfiants sur la délinquance des toxicomanes. 2^{ème} édition élargie. Université de Lausanne, Institut de police scientifique et de criminologie IPSC, Lausanne, 1999.
7. Killias M, Ribeaud D, Aebi MF. L'impact du programme suisse de prescription d'opiacés sur la délinquance des personnes traitées. In: Suchtforschung des BAG/Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1996–98. OFSP, Berne, 2000;vol.II:133–40 (www.bag.admin.ch).
8. Killias M, Lamon P, Clerici Ch, Berruex Th. Tendances de la criminalité en Suisse de 1984 à 2000. Université de Lausanne, Institut de police scientifique et de criminologie IPSC, Lausanne, 2000.
9. Killias M, Aebi MF, Ribeaud D, Rabasa J. Rapport final sur les effets de la prescription de stupéfiants sur la délinquance des toxicomanes. 3^{ème} édition élargie. Université de Lausanne, Institut de police scientifique et de criminologie IPSC, Lausanne, 2002.
10. Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A. Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport final des mandataires de la recherche. Rapport de synthèse. Institut für Suchtforschung Zürich/Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Zürich, 1997.

6. Valorisation

6.1 Congrès, Conférences, Présentations

1. Expertenhearing der Kommission für Suchtfragen des Fürstentums Liechtenstein. «Straf-freiheit des Konsums psychoaktiver Substanzen». 10. Januar 2002, Vaduz (Martin Killias).
2. 54th Annual Meeting of the American Society of Criminology Chicago, 13–16 novembre 2002. Panel Session: «Crime and Drugs: Heroin Prescription as an Alternative». Papers:
 - 1) «Heroin Prescription as a Crime Prevention Measure» (Martin Killias, Marcelo Aebi, Denis Ribeaud)
 - 2) «The impact of the Swiss heroin prescription program on delinquent involvement and social situation of the persons treated» (Denis Ribeaud)

6.2 Publications

1. Killias M, Aebi MF, Ribeaud D, Rabasa J. Rapport final sur les effets de la prescription de stupéfiants sur la délinquance des toxicomanes. 3^{ème} édition élargie. Université de Lausanne, Institut de police scientifique et de criminologie IPSC, Lausanne, 2002.
2. Killias M, Aebi MF, Ribeaud D, Rabasa J. Schlussbericht zu den Auswirkungen der Verschreibung von Betäubungsmitteln auf die Delinquenz von Drogenabhängigen. 3. erweiterte Auflage. Lausanne: IPSC, Université de Lausanne, 2002.
3. Ribeaud D, Aebi M. Les effets à long terme de la prescription d'héroïne sur les comportements délinquants des personnes traitées. Crimiscopie 2001;18.
4. Ribeaud D, Aebi M. Langfristige Auswirkungen der Heroinverschreibung auf die Delinquenz der Behandelten. Crimiscopie 2001;18.

Adresse pour correspondance:
Prof. Martin Killias
Institut de criminologie et de droit pénal
UNIL-BCH
CH-1015 Lausanne
E-mail: martin.killias@ipsc.unil.ch

Besteuerung und Spirituosenkonsum in der Schweiz*

Jean-Luc Heeb, Gerhard Gmel, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA/ISPA, Lausanne

Jürgen Rehm, Institut für Suchtforschung ISF, Zürich; Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Kanada; Health Sciences, University of Toronto, Kanada

Zusammenfassung

Am 1. Juli 1999 sind in der Schweiz die Besteuerung und Einfuhrpraxis von Spirituosen geändert worden. Dies hat zu einem deutlichen Preisrückgang ausländischer Spirituosen im Kleinhandel geführt. Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Auswirkungen dieser Preisreduktion auf das Konsumverhalten der Schweizer Bevölkerung zu messen. Dazu wurden im Frühling 1999 – vor der Preisänderung – rund 4000 zufällig ausgewählte über 15-jährige Bewohner und Bewohnerinnen zu ihrem Alkoholgebrauch befragt. Im Herbst 2001 wurde die Befragung bei den gleichen Personen wiederholt. 73 Prozent der im Jahre 1999 Befragten konnten dabei wieder erreicht werden.

Die Schweizer Bevölkerung reagierte auf die Preisreduktion bei ausländischen Spirituosen mit einer deutlichen Konsumsteigerung. Dabei bewirkte der Mehrkonsum von Spirituosen keinen Mindergebrauch anderer alkoholischer Getränke. Jugendliche und junge Erwachsene reagierten besonders preiseempfindlich, während ältere Personen ihren Spirituosenkonsum kaum änderten. Sowohl junge Männer als auch junge Frauen erhöhten ihren Konsum. Von besonderer Bedeutung ist der Befund, dass vor allem jene Personen ihren Spirituosenkonsum steigerten, die zuvor nur wenig starke Alkoholika getrunken hatten. In allen drei Sprachregionen liess sich eine Erhöhung des Spirituosenkonsums feststellen, am deutlichsten in der französischsprachigen Schweiz. Eine Zusatzbefragung zum Kaufverhalten ergab, dass als Folge der Preisreduktion die Inlandkäufe von Spirituosen beträchtlich zugenommen hatten, während der Kauf von Spirituosen im Ausland gesunken war.

1. Einleitung

Am 1. Juli 1999 wurden in der Schweiz die Besteuerung und die Einfuhrpraxis von Spirituosen geändert. Daraus ergab sich ein beachtlicher Preisrückgang ausländischer Erzeugnisse im Kleinhandel. Gestützt auf Erkenntnisse der internationalen Literatur war damit zu rechnen, dass die Preisreduktion einen Anstieg des Spirituosenkonsums auslösen würde. Dies veranlasste die Eidgenössische Alkoholverwaltung, bei der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme eine Studie über die Entwicklung des Alkoholkonsums in Auftrag zu geben.

Ziel der Studie ist es, Entscheidungsträgern wissenschaftlich begründete Daten zur Preisempfindlichkeit der Nachfrage nach Spirituosen zu liefern. Nebst volkswirtschaftlichen und fiskalischen Gesichtspunkten kommt der Beobachtung der Konsumententwicklung eine grosse volksgesundheitliche Bedeutung zu, da Alkoholkonsum eine Vielzahl von Risiken sowohl für Leib und Leben wie auch für die Gesellschaft beinhalten kann.

Die Mehrzahl der vorwiegend angelsächsischen Untersuchungen zu Preiseffekten auf die Nachfrage nach alkoholischen Getränken beruht auf Befragungen aus den 80er Jahren oder auf langfristigen Zeitreihen von Konsum- und Preisstatistiken. Die Trinkgewohnheiten in der Schweiz sind jedoch mit denjenigen im englischsprachigen, meist nordamerikanischen Raum kaum zu vergleichen. Ebenso sind langfristige Beobachtungen über Jahrzehnte in Zeiten beschleunigten gesellschaftlichen Wandels nur von bedingter Aussagekraft. Preis- und Konsumstatistiken lassen keine Rückschlüsse auf einzelne Personengruppen zu. Die vorliegende Studie beruht auf vier landesweiten repräsentativen Befragungen der Schweizer Bevölkerung. Damit lassen sich nicht nur Aussagen über Verhaltensänderungen der Gesamtbevölkerung, sondern auch einzelner Bevölkerungsgruppen machen.

Key Words

Alcohol,
Spirits,
Taxation of,
Consumption of

* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit aus dem Sammelvertrag Nr. 02.000619, der Eidgenössischen Alkoholverwaltung und dem National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) unterstützt.

2. Vorgehen/Methodik

Die vorliegende Studie wurde als Längsschnittstudie konzipiert: Zu vier Messzeitpunkten (Frühling 1999, Herbst 1999, Frühling 2000 und Herbst 2001) sind wiederholt dieselben Personen befragt worden. In den Befragungen im Herbst 1999 und im Frühling 2000 sind jedoch nur alkoholkonsumierende Personen kontaktiert worden. Deswegen wird hier vornehmlich auf die Messzeitpunkte Frühling 1999 und Herbst 2001 eingegangen. Diese berücksichtigen auch Personen mit zeitweiligen Konsumunterbrüchen.

Die Ziehung der zweistufigen Zufallsstichprobe erfolgte im Frühling 1999 aus der Wohnbevölkerung der Schweiz. Es wurden Personen berücksichtigt, die in einem telefonisch erreichbaren Haushalt leben und deren Gesundheitszustand und Sprachkenntnisse eine Befragung ermöglichen; das Mindestalter wurde dabei auf 15 Jahre festgelegt. Die Telefoninterviews wurden in deutscher, französischer oder italienischer Sprache geführt. Personen rätoromanischer Muttersprache wurden in deutscher oder italienischer Sprache befragt.

Die Befragung zum ersten Messzeitpunkt im Frühling 1999 fand in der Zeit vom 29. März bis zum 17. Mai 1999 statt. 4007 Interviews wurden durchgeführt. Die Stichprobenausschöpfung im Frühling 1999 fällt mit einer Antwortrate von 78% im Vergleich zu bedeutenden in- und ausländischen Gesundheitsbefragungen günstig aus. Die Durchführung der Interviews im Herbst 2001 dauerte vom 10. Oktober bis zum 21. Dezember 2001. Insgesamt wurden 2923 von den 4007 Teilnehmern aus der Befragung vom Frühling 1999 wieder befragt. Dies entspricht 73% der Befragten der Ausgangsstichprobe. Das ist ein Wert, der in schweizerischen Längsschnittstudien der Allgemeinbevölkerung über einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren selten erreicht worden ist.

Bei allen Untersuchungen, die auf Befragungen beruhen, stellt sich die Frage, inwieweit Nichtantwortende bei der Erstbefragung im Frühling 1999 und Stichprobenausfälle zur Befragung im Herbst 2001 die hier dargestellten Ergebnisse verzerrt haben mögen. Zufallsstichproben setzen theoretisch die Befragung sämtlicher ausgewählter Personen voraus. Dieser Forderung kann in der Praxis jedoch kaum entsprochen werden. Die Gründe sind: Nichterreichbarkeit von Personen, mangelndes Interesse an der Studie, Adressänderungen, ohne die neue Adresse zu hinterlassen, etc. In dieser Studie systematisch eingesetzte, statistische Prüfverfahren erlaubten es jedoch, Stichprobenverzerrungen weitgehend auszuschliessen (Sensitivitätsanalyse, Imputation fehlender Werte, Profilvergleiche von Stichprobenausfällen mit Studienteilnehmern, verglei-

chende Analysen mit anderen schweizerischen Studien).

3. Resultate

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Entwicklung des Alkoholkonsums.

Tabelle 1: Veränderung des Alkoholkonsums von Frühling 1999 bis Herbst 2001

	Konsum von Spirituosen	Weinkonsum	Bierkonsum	Gesamtkonsum (Spirituosen, Wein und Bier)
Konsummenge (in Gramm reinen Alkohols pro Tag)				
Frühling 1999	0.71	4.25	2.42	7.37
Herbst 2001	0.98	4.61	2.66	8.26
Veränderung¹				
in Gramm pro Tag	0.27**	0.37*	0.24	0.88**
in Prozenten	38.8%	8.6%	10.0%	12.0%

Gesamte Stichprobe n = 2923, n gewichtet = 2966.

*: p < 0.05; **: p < 0.01.

¹ Berechnet aufgrund der ungerundeten Konsummengen vom Frühling 1999 und Herbst 2001.

Der Spirituosenkonsum hat im Untersuchungszeitraum um 0.27 Gramm reinen Alkohols pro Tag zugenommen. Diese Zunahme mag auf den ersten Blick gering erscheinen. Sie bedeutet jedoch eine prozentuale Zunahme des Spirituosenkonsums von über einem Drittel (38.8%) zwischen Frühling 1999 und Herbst 2001. Auch der Wein- und Bierkonsum hat, wenn auch in bedeutend geringerem Masse, zugenommen und zwar im Gegensatz zu den Produktions- und Importzahlen, die während der Untersuchungsperiode eher zurückgingen. Der Anstieg des Konsums wird zu einem Teil durch die Tatsache erklärt, dass in der Schweiz der Verbrauch von alkoholischen Getränken mit dem Alter für die meisten Erwachsenen zunimmt. Im Untersuchungszeitraum sind die Befragten zweieinhalb Jahre älter geworden. Bezugnehmend auf Berechnungen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997 lassen sich rund 2% des Konsumanstiegs auf diesen Alterungseffekt zurückführen. Der auf den Alterungsprozess zurückzuführende Anstieg liegt beim Wein- und Bierkonsum höher als beim Spirituosenkonsum. Unter Berücksichtigung dieser Effekte sind die Anstiege im Bier- und Weinkonsum statistisch nicht mehr bedeutsam. Indes erklärt der Alterungseffekt den starken Anstieg im Spirituosenkonsum bei Weitem nicht.

Frühere Untersuchungen weisen ferner auf einen kaum unterschiedlichen Alkoholkonsum zwischen Frühling und Herbst hin. Die angeführten Resultate sind somit nicht mit saisonalen Schwankungen zu erklären, sondern sind vielmehr auf die Preisreduktion zurückzuführen. Die Bevölkerung der Schweiz hat auf die Senkung der Preise von ausländischen Spirituosen demnach mit einer deutlichen Konsum-

steigerung reagiert. Die Nachfrage nach Spirituosen ist somit klar preiselastisch. Dabei ist zu beachten, dass der Anteil ausländischer Spirituosen etwas mehr als die Hälfte des gesamten Konsums von Spirituosen ausmacht. Da die Preise inländischer Erzeugnisse weitgehend unverändert geblieben sind, ist die Preiselastizität der Nachfrage nach ausländischen Spirituosen hoch.

Der Anstieg des Spirituosenkonsums geht nicht auf Kosten des Verbrauchs anderer alkoholischer Getränke. Insgesamt konnte keine Substitution von Bier oder Wein durch Spirituosen nachgewiesen werden. Personen, deren Bier- oder Weinkonsum zurückgegangen ist, konsumieren nicht überdurchschnittlich mehr Spirituosen. Eine Konsumzunahme um umgerechnet rund 100 Gramm reinen Alkohols pro Jahr und pro Kopf der Bevölkerung ist aus der Sicht der öffentlichen Gesundheit bedeutsam, zumal der aufgrund der Befragung errechnete Gesamtkonsum in der Schweiz nur etwa einem Drittel des auf der Basis der Verkaufs- und Produktionszahlen ermittelten Gesamtverbrauchs entspricht.

Mengenmässig haben Frauen und Männer auf den Preisrückgang bei ausländischen Spirituosen in etwa gleich mit erhöhtem Konsum reagiert (siehe Tabelle 2). Aufgrund des niedrigeren Ausgangskonsums im Frühling 1999 fällt die prozentuale Steigerung bei Frauen höher aus als bei Männern. Obwohl Männer deutlich mehr Spirituosen konsumieren als Frauen, also harte Alkoholika bei Männern beliebter sind, reagieren also Frauen sensibler auf Preisveränderungen als Männer. Die relativ hohe prozentuale Steigerung des Spirituosenkonsums bei Frauen kann als Indiz für ein verändertes Trinkmuster als Folge der Preiserhöhung gedeutet werden.

Tabelle 2: Veränderung des Spirituosenkonsums von Frühling 1999 bis Herbst 2001 aufgeschlüsselt nach dem Geschlecht der Befragten

	Männer (n=1325)	Frauen (n=1641)
Konsummenge (in Gramm reinen Alkohols pro Tag)		
Frühling 1999	0.93	0.53
Herbst 2001	1.22	0.79
Veränderung¹		
in Gramm pro Tag	0.29**	0.26**
in Prozenten	31.4%	49.4%

Gesamte Stichprobe n = 2923, n gewichtet = 2966.

*: p < 0,05; **: p < 0,01.

¹ Berechnet aufgrund der ungerundeten Konsummengen vom Frühling 1999 und Herbst 2001.

Sowohl die mengenmässige als auch die prozentuale Konsumzunahme des Spirituosenkonsums hängt mit dem Alter zusammen. Der stärkste Anstieg ist bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen festzustellen, wogegen ältere Personen kaum noch preissensibel reagieren. So haben Jugendliche und junge Erwachsene ihren Spirituosenkonsum etwa zwei-

mal mehr gesteigert als Personen mittleren Alters und etwa fünfmal mehr als Personen ab 60 Jahren (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Veränderung des Spirituosenkonsums verschiedener Altersgruppen von Frühling 1999 bis Herbst 2001

	Altersgruppe		
	16 bis 29 Jahre (n=684)	30 bis 59 Jahre (n=1675)	älter als 59 Jahre (n=608)
Konsummenge (in Gramm reinen Alkohols pro Tag)			
Frühling 1999	0.97	0.65	0.57
Herbst 2001	1.55	0.87	0.64
Veränderung¹			
in Gramm pro Tag	0.58**	0.22**	0.07
in Prozenten	59.4%	34.4%	13.1%

Gesamte Stichprobe n = 2923, n gewichtet = 2966 (Rundungen nach Altersgruppen beachten).

*: p < 0,05; **: p < 0,01.

¹ Berechnet aufgrund der ungerundeten Konsummengen vom Frühling 1999 und Herbst 2001.

Vor allem junge Leute reagieren also auf Preisveränderungen. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass junge Leute gerade jene ausländischen Spirituosenarten bevorzugen, die sich am stärksten verbilligt haben. Mit steigendem Alter erfreuen sich inländische Produkte einer wachsenden Beliebtheit. Zum anderen reagieren junge Menschen auch deshalb sensibler auf die veränderten Spirituosenpreise als ältere, weil sich ihre Trinkmuster – in der Schweiz überwiegend aus Bier- und Weinkonsum bestehend – noch nicht verfestigt haben.

Die Bewohnerinnen und Bewohner der drei wichtigsten schweizerischen Sprachregionen haben auf die Preissenkung ähnlich mit einer Erhöhung des Spirituosenverbrauchs reagiert (siehe Tabelle 4). Die Preiselastizität der Nachfrage nach Spirituosen bestätigt sich in allen Sprachgebieten der Schweiz (das rätoromanische Sprachgebiet wurde dem deutschschweizerischen zugerechnet). Die Reaktion auf die Preissenkung ist besonders in den französisch- und italienischsprachigen Landesteilen deutlich, wo sich Spirituosen geringerer Beliebtheit erfreuen als in der deutschsprachigen Schweiz.

Tabelle 4: Veränderung des Spirituosenkonsums von Frühling 1999 bis Herbst 2001 bezogen auf verschiedene Sprachregionen der Schweiz

	Deutschsprachige Schweiz (n=2085)	Französischsprachige Schweiz (n=693)	Italienischsprachige Schweiz (n=188)
Konsummenge (in Gramm reinen Alkohols pro Tag)			
Frühling 1999	0.72	0.68	0.62
Herbst 2001	0.95	1.08	0.89
Veränderung¹			
in Gramm pro Tag	0.23**	0.40**	0.27**
in Prozenten	32.1%	59.2%	44.0%

Gesamte Stichprobe n = 2923, n gewichtet = 2966.

*: p < 0,05; **: p < 0,01.

¹ Berechnet aufgrund der ungerundeten Konsummengen vom Frühling 1999 und Herbst 2001.

Die Einbindung des Konsums von Spirituosen in die Trinkgewohnheiten prägt die Reaktion auf die verbilligten Preise. Es besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Preisempfindlichkeit und Spirituosenanteil am Gesamtkonsum. Personen, die im Frühling 1999 Spirituosen konsumierten, steigern ihren Konsum umso stärker, je geringer der Stellenwert von Spirituosen im Vergleich zu Bier und Wein ausfällt. Dieser Befund ist vereinbar mit dem Ausbleiben von Substitutionseffekten, da bei geringem Spirituosenanteil durchaus Spielraum für zusätzliche Konsumgelegenheiten besteht, ohne dass gleichzeitig der Bier- und Weinverbrauch reduziert werden müsste. Im Einklang mit bisherigen Forschungsergebnissen über die Veränderung von Trinkpräferenzen ist hier davon auszugehen, dass neue Trinkgewohnheiten entstehen. Der durch die Preisabnahme bewirkte Mehrkonsum ist zur Hauptsache zusätzlicher Konsum bei vormals relativ wenig Spirituosen konsumierenden Personen und geht nicht auf Kosten eines geringeren Bier- oder Weinkonsums.

Der Konsumanstieg unterscheidet sich je nach Schul- oder Berufsausbildung. Obwohl in sämtlichen Bildungsschichten eine Zunahme festzustellen ist, ist diese umso höher, je geringer die formale Bildung ist. Personen mit obligatorischer Schulbildung haben ihren Spirituosenkonsum am meisten gesteigert. Geht man davon aus, dass die Ausbildung für soziale Schichtung und indirekt für Kaufkraft steht, so wirkt sich die Preissenkung am meisten in ökonomisch schwachen Bevölkerungssegmenten aus. Der überdurchschnittliche Anstieg bei Konsumierenden mit geringem Spirituosenanteil spricht ebenfalls dafür, dass Spirituosen nach dem Preisrückgang vermehrt von Personen konsumiert werden, die sich vormals harte Alkoholika nicht leisten konnten. Erwähnenswert ist der Umstand, dass Spirituosen, gemessen am Alkoholgehalt, vor der Preissenkung deutlich teurer waren als Bier oder Wein. Infolge der Preisreduktion hat sich das Preisgefälle zwischen Spirituosen und fermentierten alkoholischen Getränken reduziert.

4. Diskussion

Die Besteuerung von Spirituosen beeinflusst den Preis von Alkoholika und damit Kaufverhalten und Konsum. Dies gilt, wie die vorliegende Untersuchung zeigt, auch für Spirituosen in der Schweiz. Mit diesem Befund wird der schweizerischen Alkoholpolitik ein Instrument in die Hand gegeben, um alkoholbedingte Krankheits-, Unfall- und soziale Folgen zu reduzieren.

5. Empfehlungen

Die Besteuerung von Alkohol sollte gezielt eingesetzt werden, um alkoholbedingte Folgen zu reduzieren. In vergleichenden internationalen Untersuchungen hat sich Besteuerung als effektiv (Edwards et al., 1994; Babor et al., 2003) und kosteneffektiv (Chisholm et al., in press) herausgestellt.

6. Referenzen

1. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Gruenewald P, Hill L, Holder H, Homel R, Österberg E, Rehm J, Room R, Rossow I. Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy. Oxford, etc.: Oxford University Press; 2003.
2. Chisholm D, Rehm J, van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol* (in press).
3. Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, et al. Alcohol Policy and the Public Good. Oxford: Oxford University Press; 1994.

7. Valorisierung

1. Die bisherigen Ergebnisse dieser Studie wurden wissenschaftlich verbreitet und weitere Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften sind vorgesehen.
2. Durch Presseerklärungen und -konferenzen wurde die Öffentlichkeit informiert.

Korrespondenzadresse:
Jean-Luc Heeb
Schweizerische Fachstelle für Alkohol-
und andere Drogenprobleme SFA/ISPA
Postfach 870
1001 Lausanne
E-Mail: jlheeb@sfa-ispa.ch

Grundlagen der Prävention/ Fondements de la prévention



Anforderungen an die Erarbeitung empirischer Grundlagen im Suchtbereich

Margret Rihs-Middel, Bundesamt für Gesundheit, Bern

Zusammenfassung

Dieser Artikel richtet sich an Fachleute, die im Suchtbereich tätig sind. Er kann verstanden werden als Hilfe bei der Definition und Formulierung des politischen und wissenschaftlichen Anforderungsprofils an empirische Grundlagen. Nach einer Übersicht über bereits vorhandene Informationen und Systeme weist er hin auf Möglichkeiten der Entwicklung neuer Formen von empirischen Grundlagen, die es ermöglichen sollen, besonders eklatante Lücken zu schliessen.

Unter dem Begriff «Empirische Grundlagen» wird folgendes verstanden: systematische Kriterien, Sammlung, Aufbereitung, vergleichende Analyse, Publikation und Valorisierung von Daten. Sie dienen als Entscheidungs- und Bewertungsgrundlage für öffentliches Handeln im Suchtbereich.

Der Begriff «Suchtbereich» umfasst alle gesellschaftlichen Phänomene, die mit dem Konsum der Substanzen Tabak, Alkohol, Cannabis, Kokain, Heroin und weiteren Drogen verbunden sind. Er schliesst in der vorliegenden Arbeit Spielsucht, Essstörungen, Arbeitssucht und andere Phänomene, die mit dem Suchtbegriff belegt sind, aus.

Ziele der vorliegende Beitrages: erstens die Formulierung von Anforderungen an die Bereitstellung von empirischen Grundlagen im Suchtbereich, zweitens das Vornehmen einer Überprüfung, inwieweit die bereits vorhandenen empirischen Grundlagen den Anforderungen entsprechen, und drittens das Entwickeln von Vorschlägen, welche es erlauben, ein evidenzgestütztes System der Entscheidungsfindung zu implementieren.

Der Beitrag hebt die *drei Ebenen der öffentlichen Auseinandersetzung* «*polity*», «*politics*» und «*policy*» hervor, die bei der Ausarbeitung empirischer Grundlagen mitberücksichtigt werden müssen. Unter *Polity* werden die strukturellen Rahmenbedingungen und das Ordnungssystem der Politik, wie gesetzliche Grundlagen, Organisation der Zusammenarbeit sowie Institutionen, verstanden. *Politics* ist die Ebene der Machtkämpfe zwischen konfligierenden Interessengruppen. Unter *Policy* werden die inhaltlichen Aspekte subsummiert, also Zielformulierungen, Programme, Leistungen, Problemlösungen und Instrumente. Für jeden der erwähnten Bereiche sind spezifische empirische Grundlagen erforderlich.

Der Bericht enthält auch *Vorschläge* beispielsweise zur Behebung des Mangels an präzisen Informationen über die Inzidenz des Substanzkonsums. Epidemiologisch gesehen besteht ein Informationsdefizit betreffend die Anzahl Personen, welche während eines gegebenen Jahres mit dem Drogenkonsum beginnen (Inzidenz). Weitere Lücken bestehen darin, dass wenig bekannt ist über suchtgefährdete Familiensysteme im Zusammenhang mit Gewalt und Missbrauch und wenig über das Konsumverhalten von Seniorinnen und Senioren in Bezug auf suchterzeugende Substanzen.

Die Schlussfolgerungen geben einen Überblick über die Problematik und die relevanten Massnahmen.

Im Rahmen der Strategieentwicklung zu einem evidenz-gestützten Handeln des BAG sollen in der vorliegenden Arbeit die Anforderungen an die für die Facheinheit relevanten empirischen Grundlagen definiert werden.

Die Überlegungen richten sich an interne Gremien des Bundesamtes für Gesundheit, an Fachleute und an die allgemeine Öffentlichkeit. Sie sollen einen Anstoss zu einer kohärenten Erarbeitung empirischer Grundlagen liefern. Die sehr wichtige Frage des Wissensmanagements, der Kommunikation, des Wissenstransfers und des Dialogs Forschung-Praxis werden hier nur am Rand gestreift und sind Bestandteil von gesonderten Arbeiten.

Die vorliegende Zusammenstellung kann dabei wie folgt genutzt werden:

- Hilfe bei der Erstellung des politischen Anforderungsprofils an empirische Grundlagen;
- Unterstützung bei der Formulierung des wissenschaftlichen Anforderungsprofils;
- Übersicht über bereits vorhandene Informationen mit dem Ziel, besseren Nutzen daraus zu ziehen;
- Ausbau oder Verdichtung bereits bestehender Systeme;
- Entwickeln neuer Formen von empirischen Grundlagen, um besonders eklatante Lücken zu schliessen.

Im ersten Abschnitt soll zunächst die Ausgangssituation für die bereits erwähnten Überlegungen präzisiert werden.

1. Ausgangslage: Empirische Grundlagen im Suchtbereich

Unter dem Begriff «Empirische Grundlagen» wird folgendes verstanden: systematische, wissenschaftlichen Kriterien genügende Sammlung, Aufbereitung, Analyse, vergleichende Analyse, Publikation und Va-

Key Words

Dependence on Legal and Illegal Drugs,
Empiric Bases for,
Elaboration of,
Requirements for,
Information Deficit of,
Polity,
Politics,
Policy

lorisierung von Daten. Sie dienen als Entscheidungs- und Bewertungsgrundlage für öffentliches Handeln im Suchtbereich.

Mit dem Begriff Suchtbereich bezeichnen wir alle gesellschaftlichen Phänomene, die mit dem Konsum der Substanzen Tabak, Alkohol, Cannabis, Kokain, Heroin und dem Konsum von weiteren Drogen verbunden sind. Er schliesst in der vorliegenden Arbeit Spielsucht, Essstörungen, Arbeitssucht und andere Phänomene, die mit dem Suchtbegriff belegt sind, nicht ein.

1.1 Ziele

Ziele des vorliegenden Beitrages:

- Formulieren von Anforderungen an die Bereitstellung empirischer Grundlagen im Suchtbereich;
- Vornehmen einer Überprüfung, in wie weit die bereits vorhandenen empirischen Grundlagen den Anforderungen entsprechen;
- Entwickeln von Vorschlägen, welche es erlauben, ein evidenz-gestütztes System der Entscheidungsfindung zu implementieren.

1.2 Grundprinzipien

Entscheidungen im Suchtbereich orientieren sich an einer Reihe von normativen und planerischen Festlegungen. Diese dienen ebenfalls als Richtlinien für die Bereitstellung empirischer Grundlagen. Die normative Basis wird gebildet durch die Ottawa Charta, die verschiedenen gesetzlichen Grundlagen, die Amtsstrategie des BAG, die Geschäftsfeldstrategie Sucht und Aids und die Strategie Suchtforschung.

Die Ottawa-Charta liefert erste Ansätze zu einer allgemeinen Beschreibung dieser Festlegungen, indem sie folgende wichtige Punkte nennt:

- Förderung eines höheren Masses an gesundheitlicher Selbstbestimmung in unserer Gesellschaft,
- Bereitstellung von Ressourcen, um ein höheres Mass von Selbstverantwortung und Selbstbestimmung zu ermöglichen.

Damit die Mitglieder einer Gesellschaft ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit und im Speziellen über die Suchtproblematik erhalten können, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

– Alle Mitglieder der Gesellschaft sind/werden umfassend über Sucht und Abhängigkeit erzeugende Substanzen, welche ihre Gesundheit beeinflussen können, sowie über die Auswirkungen ihres Verhaltens auf die Gesundheit informiert. Das gilt für bestimmte Gruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Senioren, Männer, Frauen, Gruppierungen gemäss sozialer Schichtung und Einkommen) und für die Gesellschaft als Ganzes.

– Den Mitgliedern der Gesellschaft wird Gelegenheit gegeben, verschiedene Formen von Gesundheitsverhalten zur Vermeidung von Suchtproblemen zu erproben.

– Sie haben Zugang zu Erfolg versprechenden und erprobten Angeboten zur Verbesserung ihrer Gesundheit.

– Sie haben die Möglichkeit, selbst Entscheidungen über ihre persönliche Gesundheit zu treffen.

– Informationen und Angebote zur Verbesserung der Gesundheit werden zielgruppenspezifisch aufgearbeitet und tragen dem Bedürfnis der Zielgruppe und dem Grad ihrer Gefährdung Rechnung.

– Bestimmte Umgebungen erhöhen auch im Suchtbereich die Wahrscheinlichkeit gesundheitsschädigenden Verhaltens. Andere Umgebungen tragen zu einer erhöhten Lebensqualität und gesundheitsförderndem Verhalten bei. Informationen über die Merkmale bestimmter Umgebungen und die Möglichkeiten, Schaden zu mindern und Gesundheit zu fördern, sollen allen Mitgliedern der Gesellschaft in angemessener Form zur Verfügung gestellt werden, damit eine grösstmögliche Entscheidungsfreiheit und ein hoher Gesundheitsschutz gewährleistet sind.

– Auch für die Gesellschaft als Ganzes und für deren Entscheidungsträger ist die Kenntnis von und die Einflussnahme auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen unabdingbar, um evidenz-gestützte Entscheidungen treffen zu können.

Diese Überlegungen lassen sich in vereinfachter Form in der nachfolgenden Abbildung 1 verdeutlichen.

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, genetische Prädisposition, die jeweilige Phase im Lebensverlauf, das soziokulturelle Umfeld und das Geschlecht beeinflussen Gesundheit und Wohlbefinden. Eine weitere wichtige Komponente stellt der Lebensstil einer Person oder einer Gruppe dar.

Max Weber versteht unter Lebensstil: die Lebenschancen, die gewohnheitsmässigen, ritualisierten Komponenten der Lebensführung. Er unterscheidet

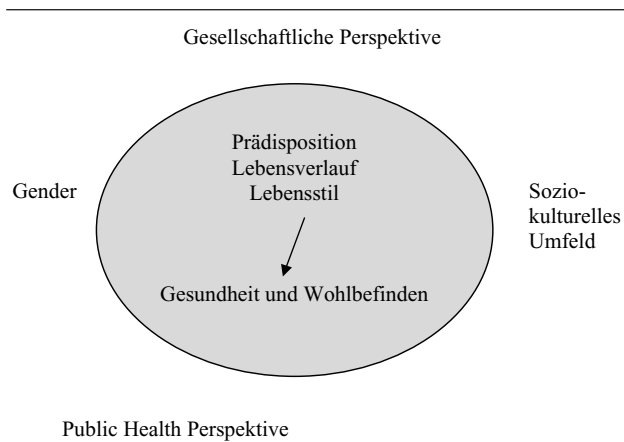


Abbildung 1: Vereinfachtes Bedingungsgefüge für die Erhaltung von Gesundheit

davon die bewusst geplanten und erfolgreich umgesetzten Komponenten der Lebensführung. Die Basis für die Untersuchung dieses komplexen Bereiches bilden die Gesundheitswissenschaften, die auch den konzeptuellen Rahmen liefern, der im folgenden Abschnitt kurz dargestellt werden soll.

1.3 Der konzeptuelle Rahmen

Aufbauend auf dem Public Health Action Cycle von Nutbeam soll der konzeptuelle Rahmen anhand der nachfolgenden Abbildung 2 skizziert werden.

Die Bereiche Polity, Politics und Policy werden im Folgenden unterschieden. Der Aufbau von empirischen Grundlagen ist für alle Phasen des Zyklus von Bedeutung. Dies betrifft zunächst die Phase der Problemerkennung. Hier müssen Systeme geschaffen werden, die in der Lage sind, frühzeitig neue, beunruhigende Entwicklungen von Scheinproblemen, wie sie zum Teil von den Medien und Interessensvertretungen auf die politische Agenda gebracht werden, unterscheiden zu können.

Die Bestandesaufnahme oder das Assessment ist der Bereich, in welchem empirische Grundlagen gegenwärtig am häufigsten genutzt werden. Fragen wie «Wie viele Alkoholabhängige gibt es in der Schweiz», oder «Wie viele Personen befinden sich in Methadonbehandlung» fragen Daten aus empirischen Grundlagen ab. Auch in der Politikentwicklung können empirische Grundlagen eine wichtige Rolle spielen. Beispielsweise zur Beantwortung folgender Fragen: «Wie gesundheitsschädigend ist der Konsum von Cannabis» oder «Wie viele polizeiliche Verzeigungen gibt es im Zusammenhang mit Cannabis?». Für die Sicherung von Massnahmen werden zunehmend mehr empirische Grundlagen gefordert, so zum Beispiel zur Frage der Anzahl frühzeitiger Abbrüche in einer stationären Therapie im Vergleich zu einer Methadonbehandlung.

Auch zur Bewertung von Massnahmen wird bereits jetzt häufig auf empirische Grundlagen zurückgegriffen, so zum Beispiel wenn man wissen möch-

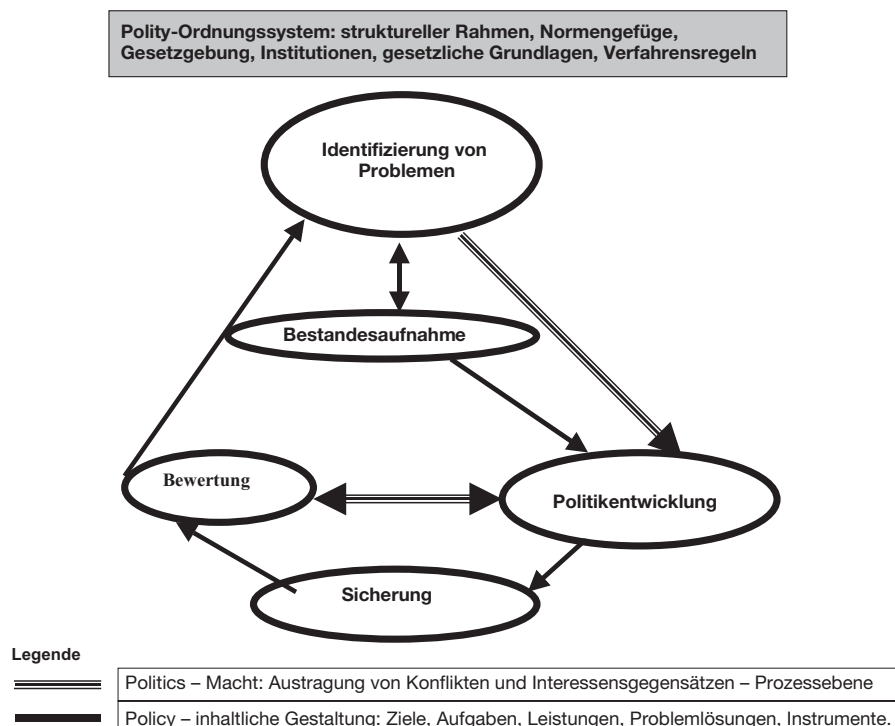


Abbildung 2: Der erweiterte Public Health Action Cycle

te, wie wirksam Projekte der Primärprävention sind.

In Ergänzung zum Modell von Nutbeam, referiert in Ruckstuhl et al. (1998), wird hier (in Abbildung 2) ein erweitertes Modell des Public Health Action Cycle vorgelegt. Es wurden im vorliegenden Modell das Feld «Identifizierung von Problemen» sowie ein kurzgeschlossener Public Health Action Cycle zusätzlich eingefügt.

Um den kurzgeschlossenen und den grösseren Zyklus besser zu verstehen, werden im folgenden Text die Begriffe *Polity*, *Politics* und *Policy* definiert und unterschieden.

Unter *Polity* versteht man die strukturellen Rahmenbedingungen und das Ordnungssystem der Politik, wie gesetzliche Grundlagen, Regelwerke, Organisation der Zusammenarbeit, Institutionen. In Rechtsstaaten bilden diese Rahmenbedingungen die Voraussetzungen des Handelns. Als implizite Regel hinter der Polity-Sichtweise steht folgende Annahme:

Wenn ein verbindliches Normen- und Regelsystem geschaffen wird, welches von den Mitgliedern der Gesellschaft respektiert wird und für dessen Schutz die Gesellschaft Mittel bereit stellt, kann auf der Grundlage einer rechtsstaatlichen Ordnung eine wirksame Gesundheitspolicy formuliert werden.

Unter *Politics* werden die Machtkämpfe zwischen konfligierenden Interessengruppen verstanden. Es geht um die Prozesse der Aushandlung von unterschiedlichen Machtansprüchen. Hier kann das implizite Regelsystem folgendermassen präzisiert werden:

Wenn ein Maximum der Mitglieder einer Gesellschaft ihre Interessen vertreten sieht und in einem demokratischen Ausmarchungsprozess Interessens-Konflikte zum Nutzen aller ausgehandelt werden, dann ist die Maximierung des Gemeinwohls sicher gestellt.

Unter *Policy* werden die inhaltlichen Aspekte verstanden, also Zielformulierungen, Programme, Leistungen, Problemlösungen und Instrumente. In diesem Fall lautet die implizite Annahme:

Wenn aufgrund von Problemerkennung und Bestandesaufnahme eine angenäherte Repräsentation der Realität vorgelegt wird, dann gelingt es, eine Policy zu formulieren, umzusetzen und zu überprüfen, welche eine Optimierung des Ressourceneinsatzes und eine Maximierung des Gemeinwohls erlaubt.

Diese drei Ebenen der Betrachtung sind bei der Formulierung von Anforderungen für die Bereitstellung empirischer Grundlagen zu berücksichtigen. Das zunehmende Interesse für eine evidenz-gestützte Politikentwicklung, geht vermutlich auf folgende Grundannahme zurück:

Wenn regelmässig gemäss wissenschaftlichen Kriterien Informationen über die Realität gesammelt und aufbereitet werden, dann kann die Realität präzise beschrieben werden; eintretende Entwicklungen können erklärt und neue vorhergesagt und überprüft werden, was gesamthaft zu einer verbesserten Repräsentation der Realität führt.

Wie die obige Abbildung nahe legt, kommt es vor, dass bei der Identifizierung von Problemen ohne Assessment, also ohne sorgfältige Bestandesaufnahme, direkt zu einer Politikentwicklung übergegangen wird. Auch erfolgt eine Bewertung häufig ohne die Schlaufe über gesicherte Erkenntnisse oder in ihrer Qualität gesicherte Interventionen.

Der verkürzte Zyklus soll als meinungs-gestützter Zyklus definiert werden und ist dem Politics-Bereich zuzurechnen. Der grössere Zyklus, gekennzeichnet durch die einfachen schwarzen Pfeile, soll als evidenz-gestützter Zyklus bezeichnet werden und ist dem Policy-Bereich zuzurechnen.

Diese Unterscheidung beinhaltet keine Wertung. In Situationen mit hoher Gefährdung und unzureichender empirischer Basis muss häufig gehandelt werden, bevor genügend empirische Daten vorliegen. Auch kann es durchaus sinnvoll sein, eine Bewertung vorzunehmen bevor eine politische Massnahme empirisch gut abgestützt ist.

Im Polity-Bereich, der stark durch die Rechtswissenschaften mitgeprägt ist, steht traditionell die Betrachtung der Rechtsetzungstradition und die gegebene Strukturierung im Vordergrund.

Im Politics-Bereich geht es darum, die Interessen von Einzelnen und Gruppen zu vertreten, was dazu führen kann, dass die Interessen des Gemeinwohls zurück stehen. Auch können dramatische Einzelfälle zu einer raschen Änderung führen.

Bei der Policy hingegen steht in der Regel die Betrachtung von Populationen im Zentrum. Dies birgt die Gefahr, dass die Interessen kleiner Gruppen und von Minderheiten vernachlässigt werden.

Auch dies stellt als solches keine Wertung dar, da Einzelfälle prototypisch für eine Entwicklung sein oder die Aufnahme von Informationen aus Einzelfällen erwünschte Entwicklungen beschleunigen können.

Auch bei der Güterabwägung zwischen Einzelinteressen und Gemeinwohl kann es oft sinnvoll sein, sich für das Gemeinwohl und gegen wohl begründete Einzelinteressen zu wenden.

Wenn diese Überlegungen auf den Bereich der öffentlichen Gesundheit und spezifisch auf Fragen der Sucht übertragen werden, so kann von folgender Prämisse ausgegangen werden:

Wenn aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse und empirischer Befunde eine verbesserte Repräsentation der Realität im Suchtbereich herbeigeführt werden kann, dann gelingt es, die mit dem Konsum von Substanzen wie Alkohol, Tabak und anderen Drogen wie Kokain, Heroin, Cannabis und Designerdrogen assoziierten Probleme in bedeutenderem Ausmass zu vermindern als ohne diese Unterstützung.

Wollen wir diesen Bereich evidenzgestützt bearbeiten, so kann das im nächsten Abschnitt im Detail dargestellte Anforderungsprofil formuliert werden.

1.4 Anforderungen an die Bereitstellung empirischer Grundlagen

Die Einführung der wichtigsten Ziele im Suchtbereich als Bestandteil des öffentlichen Gesundheitswesens, die Betrachtung des erweiterten Public Health Zyklus und die Berücksichtigung der Dreiteilung in Polity, Politics und Policy führt uns nun zur Frage, welche Anforderungen an empirische Grundlagen im Public Health-Bereich gestellt werden.

1.4.1 Wissenschaftliche Anforderungen

Unter dem Begriff «Empirische Grundlagen» wollen wir hier einen Prozess verstehen, der folgendermassen umschrieben werden kann:

- Informationssammlung
- Systematische, elektronische Dokumentation
- Gebrauch präziser Terminologie
- Formulierung eindeutig interpretierbarer und generalisierbarer Aussagen
- Permanente Überprüfung
- Bekanntmachung der Resultate
- Valorisierung der Resultate

Merkmale dieses Prozesses, welche Grundanforderungen darstellen, sind:

- die Respektierung ethischer Standards
- Operationalisierte Begriffsdefinitionen
- Quantifizierbarkeit des Untersuchungsgegenstandes
- Interne und externe Validität, das heisst, dass das, was man zu messen vorgibt, auch tatsächlich gemessen wird
- Reliabilität, das heisst die Zuverlässigkeit, mit der unter ähnlichen Bedingungen ähnliche Resultate erbracht werden
- die Angabe des Generalisierungsbereiches, für welchen die Daten Gültigkeit haben sollen.

Detailbetrachtung des beschriebenen Prozesses und von dessen einzelnen Komponenten:

a) An die Informationssammlung, (die nicht immer als empirische Forschung bezeichnet werden kann) werden folgende Anforderungen gestellt:

- Systematische Literaturrecherche unter Einbezug aller relevanten Arbeiten im In- und Ausland
- Triangulation der Befunde
- Experten zum Gegenstandsbereich befragen
- Relevante Texte sammeln und interpretieren
- Die Problemgeschichte rekonstruieren
- Erste Theorien und Modelle formulieren

Die Informationssammlung ist in der Regel der erste Schritt, um empirische Grundlagen in einem bestimmten Bereich, über den wenig bekannt ist, zu entwickeln.

b) Der nächste Schritt bezieht sich auf die systematische Dokumentation von Daten gemäss einem vorgegebenen Plan mit standardisierten Instrumenten und deren Abspeicherung in elektronischen Datensammlungen (idealerweise relationale, eindeutige Datenbanken). Er beinhaltet die folgenden Vorgehensweisen:

- Entwicklung der Instrumente
- Validierung der Instrumente
- Pilotierung der Instrumente
- Standardisierte Sammlung und systematische Abspeicherung der Daten in Datenbanken (Prüfung, Vergleich und Wiederholung müssen möglich sein)

– Iterative Datensammlung (die gleichen Instrumente werden in vorher bestimmten Abständen wieder zur Sammlung von Daten verwendet)

c) Die Verwendung einer präzisen Terminologie beinhaltet die folgenden Schritte:

- Operative Definition der verwendeten Begriffe
- Dem begrifflichen System ist ein messbares numerisches Relatif zugeordnet
- Die Zuordnung erfolgt nach den Merkmalen des jeweiligen Messgegenstandes
- Messungen erfolgen nach vorher definierten, allgemein akzeptierten Kriterien
- Die Messung erfolgt unter Ausschluss von systematischen Variationen, die nicht im Zusammenhang mit der Untersuchung stehen.

d) Eindeutig interpretierbare und generalisierbare Aussagen beruhen auf der Voraussetzung, dass die Möglichkeiten der Interpretierbarkeit durch die Verwendung von Prinzipien der Statistik als Hilfswissenschaft eingeschränkt werden. Das impliziert folgende Anforderungen:

- Spezifikation der statistischen Verfahren, nach denen Daten ausgewertet werden.
- Überprüfung der internen und externen Validität (das bedeutet, dass klare Aussagen darüber gemacht werden, für welchen Bereich die Aussagen Gültigkeit haben sollen).
- Überprüfung der Reliabilität, das heisst der Zuverlässigkeit, mit der Aussagen gemacht werden können. So wird hier zum Beispiel der Frage nachgegangen, wie zuverlässig die Aussagen bei Wiederholung des gleichen Instruments mit den gleichen Personen sind.
- Kontrolle und Ausschluss von systematischen Fehlern, welche die Interpretation der Daten verfälschen könnten.
- Aussagen sind ausschliesslich Aussagen über Wahrscheinlichkeiten.

e) Die permanente, kritische Überprüfung aller Elemente einer wissenschaftlichen Untersuchung ist grundlegender Bestandteil der wissenschaftlichen Arbeit. Die wesentlichen Aspekte dieses Vorgehens sind:

- Messwiederholung
- Vergleich mit anderen, ähnlichen Untersuchungen

– Überprüfung in anderen Realitätsbereichen, um den Generalisierungsbereich festlegen zu können

– Kumulation und Reorganisation des Wissens unter neuen praktischen und theoretischen Gesichtspunkten

– Ständige Entwicklung neuer Modelle und theoretischer Ansätze.

f) Die Bekanntmachung der Resultate einer Untersuchung ist eine Kernforderung des wissenschaftlichen Prozesses. Folgende Anforderungen sollten bei der Publikation gegeben sein:

- Kritische Auseinandersetzung mit anderen Forschungsgruppen
- Förderung des Wettbewerbs unter den Forschenden
- Ermöglichen von Replikationen der Untersuchung durch andere Forschungsgruppen
- Ermöglichen von Vergleichen und Sekundäranalysen
- Erreichen eines Konsens in der Forschungsgemeinschaft

g) Die Valorisierung der Resultate einer Forschungsuntersuchung soll dazu dienen, allen Interessierten die wichtigsten Ergebnisse der Forschung zugänglich zu machen. Dabei sind folgende Anforderungen zentral:

- Verständliche Darstellung der wichtigsten Ergebnisse
- Veranschaulichung der Forschungsbefunde
- Implikationen der Ergebnisse für die Gesellschaft
- Mögliche Schlussfolgerungen und Empfehlungen, welche sich aufgrund der Ergebnisse aufdrängen
- Eingrenzung des Generalisierungsbereichs der Aussagen

Im nachfolgenden Abschnitt wollen wir uns der Frage zuwenden, welche Anforderungen an empirische Grundlagen sich bei der Entwicklung, Formulierung und Umsetzung einer Public Health-Politik ergeben.

1.4.2 Politische Anforderungen an die Erstellung und Präsentation empirischer Grundlagen

Um politische Anforderungen präziser formulieren zu können, sind drei Gruppen von Akteuren zu spezifizieren:

- die Auftraggeberinnen
- die Leistungserbringer
- die Nutzenden

Die vorliegende Arbeit geht davon aus, dass normalerweise das Bundesamt für Gesundheit BAG Auftraggeber ist. Dieses hat seine Tätigkeit als traditionelle Aufgabe im Policy-Bereich, um Grundlagen für rechtsetzende Prozesse zu erarbeiten. Darüber hinaus ist es gerade im Suchtbereich im Policy-Bereich, zumindest was die Drogenpolitik angeht, eine wichtige mitgestaltende Kraft. Dagegen hat es sich im Politics-Bereich (also Lobbying-Arbeit, Herstellung von strategischen Allianzen) als «Stakeholder», also als Interessensvertreter der öffentlichen Gesundheit, bisher weniger profiliert, wird aber dennoch in der Öffentlichkeit als solcher wahrgenommen.

Die Leistungserbringer sind in aller Regel Auftragnehmer aus Wissenschaft, Forschung und privaten wissenschaftlichen Instituten. Sie lassen sich, wenn sie überhaupt an der Politikgestaltung interessiert sind, ebenfalls dem Policy-Bereich zuordnen.

Bei den Nutzenden handelt es sich um Fachpersonen im Feld (erster Kreis), die Gemeinschaft der Wissenschaftler, Entscheidungsträgerinnen, Interessensvertreter sowie Fachpersonen, die nicht unmittelbar betroffen sind wie z.B. Jugendrichterinnen oder Schulleiter (zweiter Kreis), Medienschaffende und die Bevölkerung generell.

In diesem Sinn wollen wir nun die Anforderungen präzisieren, wobei wir die Gemeinschaft der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler hier bewusst ausschliessen, da diese Aspekte bereits weiter oben (unter: Wissenschaftliche Anforderungen) diskutiert wurden.

a) Anforderungen des Bundesamtes für Gesundheit BAG als Auftraggeber

Die Anforderungen des BAG an die Bereitstellung empirischer Grundlagen auf Mandatsbasis lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Datensammlung ist mit den ethischen Prinzipien vereinbar, wie sie von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften formuliert wurden.

- Persönlichkeits- und Datenschutz sind durch entsprechende Massnahmen gesichert.
- Die Datensammlung ist mit der strategischen Planung des BAG zu vereinbaren.
- Die Vergleichbarkeit mit anderen nationalen und internationalen Datensammlungen ist sicher gestellt.
- Die Datensammlung ist durch Methodenvielfalt gekennzeichnet.
- Der Generalisierungsbereich für die Datensammlung ist klar beschrieben (was in einem Umfeld richtig ist, kann in einem anderen Umfeld unzutreffend sein).
- Der Datenrückfluss ist dicht und gut aufbereitet.
- Die wissenschaftliche Qualifikation der Auftragnehmer ist gut dokumentiert.
- Die Auftragnehmer sind national und international gut vernetzt.
- Der Auftrag wird von einem interdisziplinären und gemischtgeschlechtlichen Team bearbeitet.
- Die Auftragnehmer sind als zuverlässig und termintreu bekannt.
- Die Administration und die Finanzverwaltung der Auftragnehmer sind professionell und effizient organisiert.
- Die Auftragnehmer weisen in den Bereichen elektronische Datenverarbeitung, Datentransfer und statistische Aufbereitung der Daten ein hohes Mass an Kompetenz auf.
- Die Datenhoheit ist beim Auftraggeber.
- Die Zusammenarbeit zwischen Auftragnehmern und allen an der Datenlieferung und Auswertung beteiligten Akteuren ist gut und vertrauensvoll.

b) Anforderungen der Leistungserbringer

Auftragnehmer zur Bereitstellung empirischer Grundlagen sind in aller Regel Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen, deren Interesse im Wesentlichen auf Anerkennung in ihrem Bereich gerichtet ist. Daher stehen für sie politische Überlegungen, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit weniger im Vordergrund gegenüber der Möglichkeit, ihre Arbeiten im internationalen Wissenschaftsbereich bekannt zu machen. Betrachten wir nun diese Anforderungen im Detail:

- Die zu schaffenden empirischen Grundlagen erlauben ein hohes Mass an neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen.
- Daten werden so breit erhoben, dass auch noch nachträgliche Auswertungen möglich sind.
- Ein hohes Mass an Freiheit von struktureller Wertung durch den Auftraggeber bei der Methodenauswahl, bei der Auswertung und bei der Publikation der Ergebnisse ist gewährleistet.
- Fragestellungen und Methoden, die ein hohes Mass an wissenschaftlicher Anerkennung wahrscheinlich machen, sind vorzuziehen.
- Die Finanzierung der Arbeiten ist langfristig gesichert.
- Die Publikationen erfolgen erst, wenn die Auswertung und Aufbereitung der Daten zweifelsfrei ist.
- Die Datenhoheit ist beim Wissenschaftler.

Zwischen Auftraggebern und Leistungserbringern besteht also zum Teil ein Zielkonflikt. Betrachten wir als Beispiel nur die Zeitachse. Das Bedürfnis der Auftraggeber ist es, Resultate so schnell wie möglich zur Hand zu haben, während die Auftragnehmer möglichst viel Zeit zur Auswertung und Interpretation der Daten zur Verfügung haben möchten.

Wenn es bereits Zielkonflikte zwischen Auftraggeber und Leistungserbringenden gibt, so trifft das noch in erhöhtem Mass für die Nutzenden zu.

c) Anforderungen der Nutzenden

Neben dem Bundesamt für Gesundheit als Nutzniesser der Information, können auf der Ebene der Verwaltung in Bund, Kantonen, Gemeinden und in der Rechtsetzung und Rechtsprechung potentielle Nutzungsmöglichkeiten der auf empirischen Grundlagen beruhenden Produkte identifiziert werden (Polity-Ebene).

Die Akteure der Politik, wie Volksvertreter in Bund, Kantonen und Gemeinden, Verbände (z.B. Nicht-Regierungs-Organisationen), Industrievertretungen (z.B. die Tabakindustrie), Interessensvertretungen (z.B. Elternvereinigungen), die Adressaten der Politik, Medien, einzelne Zielgruppen oder die Bevölkerung als Ganzes sind ebenfalls Nutzniesser (Politics-Ebene).

Die wichtigste Aufgabe stellt sich aber auf der Policy-Ebene. Hier sollten empirische Grundlagen explizit in die Formulierung der Politik einbezogen werden. Daher beziehen sich die Anforderungen im We-

sentlichen auf die Konzeptions- und auf die Kommunikationsphase.

Unter diesem Gesichtspunkt lassen sich folgende Anforderungen an empirische Grundlagen seitens der Nutzer ableiten:

- Der Einbezug der Nutzer in der Konzeptions- und in der Kommunikationsphase nach dem Motto «Identifikation durch Partizipation» ist die wichtigste Forderung.
- Bedürfnisse der Nutzenden werden wahrgenommen und umgesetzt.
- Befunde werden allgemein verständlich und anschaulich präsentiert.
- Die Resultate werden so aufbereitet, dass daraus ein Mehrwert für die Arbeit der Nutzenden erwächst.
- Die Gefahr vereinfachter Deutungsmuster (Beispiel: für die Wirksamkeit von Primärprävention gibt es keine Belege, also entziehen wir der Primärprävention die Mittel) werden in der Präsentation der Befunde antizipiert und diskutiert.
- Die Wahrnehmung der für die Nutzenden relevanten Kategorien im Sucht-Kontext sollte bei der Kommunikation im Vordergrund stehen. Das erfordert eine zielgruppenspezifische Kommunikation.
- Massgebliche Einflussfaktoren auf Akzeptanz bzw. Nichtakzeptanz von Befunden sollten erläutert werden.
- Das Konfliktpotential von Befunden sollte klar kommuniziert werden.
- Politische Deutungsvorgaben, mittels derer öffentliche Diskurse in konflikteskalierender oder deeskalierender Weise gesteuert werden können, werden identifiziert, antizipiert und diskutiert.

Die nachfolgende Tabelle 1 erlaubt nochmals exemplarisch eine Übersicht über die Anforderungen.

1.5 Zusammenfassung

Aus Polity, Politics und Policy im Gesundheitswesen werden an das Bundesamt für Gesundheit als Auftraggeber unterschiedliche Bedürfnisse zur Bereitstellung empirischer Grundlagen herangetragen. Das Bundesamt für Gesundheit, Leistungserbringer und Nutzende unterscheiden sich zum Teil erheblich in ihren Erwartungen.

Tabelle 1: Anforderungsprofil an die Bereitstellung empirischer Daten in den Phasen des Public Health Zyklus für die verschiedenen Bereiche

Phasen	Bereiche			
	Wissenschaft	Polity	Politics	Policy
Identifizierung von Problemen	Info-Sammlung	Gesetzeslücken	Mitbeteiligung	Ist-Soll-Analyse
	Expertenbefragung	Regelmanko	Problemeingabe	Agenda-Setting
	Modellbildung	Steuermanko	Bedarfsanalyse	Gesamtinteressen
	Literaturanalyse	Strukturprobleme	Betroffenheit Einzelinteressen	Zielformulierung
Bestandesaufnahme	Validierte Instrumente	Gesetze, Verordnungen	Leserbriefe, Bürgerbriefe	Statistiken, Int. Forschung
	Datenerhebung	Jurisdiktion	Einzelfälle	Erhebungen
	Auswertung	Institutionsanalyse		Umfragen
Politikformulierung	Ergebnislieferung	Rechtsetzung	Politische Programme	WHO-Vorgaben, EU-Vorgaben
	Vergleich mit anderen Politiken im Ausland		Debatte	Nationale Strategie
			Entscheide	Kantonale Strategien
Politikumsetzung und -sicherung	Wiederholung von Untersuchungen		Kantonale Information, Abstimmungen	Neue Daten, Public Use, Files, Ganze Schweiz
	Prozessevaluation	Neue Gesetze, Verordnungen	Priorisierung	
	Vereinfachung der Instrumente	Neue Strukturen	Budgetentscheide	
Bewertung	Evaluation von Massnahmen, Programmen und Projekten	Auswertung von Justizentscheiden	Nutzen für die jeweiligen Interessen	Nutzen für Policy
	Wissenschaftliche Publikationen	Qualitätssicherung	Effizienz	Effektivität
			Kosten	

2. Indikatoren

Die vorliegende Übersicht über für den Suchtbereich relevante Kennziffern orientiert sich an einer im Public Health Bereich gebräuchlichen Taxonomie. Dabei wird in dieser Arbeit der Akzent auf die Zusammenstellung möglicher Indikatoren gelegt. Es soll insbesondere geprüft werden, welche Indikatoren bereits vorhanden sind und systematisch genutzt werden könnten.

2.1 Mortalität

Die Sterblichkeit in den verschiedenen Kategorien ist ein sehr grober Indikator, aber ein in der politischen Diskussion sehr wichtiger. Wir wollen hier unterscheiden zwischen allgemeiner Sterblichkeit und verschiedenen Todesursachen, insbesondere zwischen:

- Tod infolge von Ueberdosierungen
- Frühzeitiges Versterben von Konsumenten illegaler Drogen
- Tod infolge von Tabakkonsum
- Tod infolge von Alkoholmissbrauch
- Verkehrstote im Zusammenhang mit Alkoholkonsum

– Verkehrstote im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen

Die Angaben zur allgemeinen Sterblichkeit pro Alterskategorie und Geschlecht werden vom Bundesamt für Statistik sowie von den Versicherungen zur Verfügung gestellt und stellen die Rahmenbedingungen für die Mortalitätsdaten dar. Aus der Todesursachenstatistik und der Verkehrsstatistik können weitere Angaben herangezogen werden.

Festzuhalten ist allerdings, «dass es in der Schweiz bislang noch kein umfassendes Informationssystem gibt, welches die verschiedenen voneinander unabhängigen Statistiken in Form von Gesundheitsindikatoren integriert» (Statistisches Jahrbuch für die Schweiz, 1998). Diese Situation hat sich auch mit der Einrichtung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums nicht geändert, hat dieses sich doch zum Ziel gesetzt, nur auftrags- und projektbezogen zu arbeiten. Die Indikatoren lassen sich also zwar erheben, sind aber nicht in ein kohärentes Indikatorensystem integriert und erlauben z.B. keine Vergleichbarkeit nach Altersklassen, da die Altersklassen in den verschiedenen Statistiken nicht miteinander vergleichbar sind.

Für die Indikatoren zur Morbidität, die im folgenden Abschnitt diskutiert werden, zeigt sich eine ähnliche Situation.

2.2 Morbidität

Unter Morbidität versteht man das Krankheitsgeschehen, das mit einem bestimmten Problem in Zusammenhang steht.

2.2.1 Inzidenz

Unter Inzidenz versteht man die in einem bestimmten Zeitraum auftretenden neuen Fälle (meistens Anzahl neuer Fälle pro Jahr).

Die Bestimmung der Inzidenz im Suchtbereich ist gegenwärtig noch sehr schwierig, da bisher nur zwei Kohortenstudien vorliegen, nämlich die HIV-Kohortenstudie und diejenige zur Kohorte supra-f, die beide speziell gefährdete Personen betrachten. Somit lassen sich Inzidenzschätzungen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur sehr ungenau über verschiedene Schätzungen bestimmen.

2.2.2 Prävalenz

Angaben zur Prävalenz, das heisst zur Gesamtzahl der Fälle zu einem bestimmten Zeitpunkt, liegen aus den verschiedensten Datenquellen vor und lassen sich triangulieren (vgl. Maag, 2001): Neben der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sind hier zu nennen die Verzeigungsdaten des Bundesamtes für Polizei, die vierteljährlichen Daten zum Tabakmonitoring und spezielle Erhebungen bei Kindern und Jugendlichen, nämlich die Adoleszentenbefragung, die Befragung ESPAD und die Schülerbefragung der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.

2.2.3 HIV- und Aids-Statistik

Die HIV und Aids-Statistik des Bundesamtes für Gesundheit weist für viele relevante Kategorien den Anteil von intravenös Drogen konsumierenden Personen an den HIV- und Aids-Infektionen aus. Dabei handelt es sich allerdings um einen Teilausschnitt, der im Zusammenhang mit anderen Parametern gewertet werden muss.

2.3 Invalidität

Das Bundesamt für Sozialversicherung führt Statistiken, die es erlauben, Kennziffern zur Invalidität von Alkohol- und Drogenkranken zu bestimmen. Ausserdem sammelt und publiziert es Gutachten zu Gerichtsentscheiden in diesem Bereich.

2.4 Behandlung, Betreuung, Versorgung

2.4.1 Suchthilfestatistiken

Auch über die Versorgung liegen genügend Daten vor. Dies betrifft insbesondere die Versorgungsdichte mit Ärzten und Spitälern und verschiedene Statistiken zur Behandlung von Drogen- und Alkoholabhängigen. Eine Übersicht zur Behandlung von Tabakkonsumenten fehlt.

Im Projekt Act-Info sollen die verschiedenen Behandlungsstatistiken im Suchtbereich zusammengefasst werden, wie die nachfolgende Tabelle 2 zeigt.

Tabelle 2: Übersicht zur nationalen Suchthilfestatistik Act-Info

Versorgungssektor	Problem	
	Alkohol/ Medikamente	Illegale Drogen
Ambulant	SAMBAD Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich	Methadon
		Nationale Methadon-Statistik
		Niedrigschwellige Angebote
		HeGeBe
		Heroingestützte Behandlung
Stationär	SAKRAM/CIRSA Statistik der stationären Angebote im Alkoholbereich	FOS
		Forschungsverbund stationäre Suchttherapie

Diese Daten werden jährlich erhoben und bilden eine gute Grundlage zur Abschätzung der aktuell in Behandlung befindlichen Personen.

2.4.2 Krankenversicherung

Die Statistik über die Krankenversicherung lässt sich nur in sehr begrenztem Mass für den Suchtbereich nutzen. Sie lässt keine Alters- und Geschlechtsdifferenzierung zu. Folgendes kann ermittelt werden:

- Die Anzahl der in einem Jahr Erkrankten
- Anzahl der Einweisungen in Heilanstalten
- Aufenthaltsdauer in Spitälern und Heilanstalten in Tagen
- Krankenpflegekosten nach Kostenart

Für eine effektive Nutzung im Suchtbereich müsste diese Statistik noch differenzierter analysierbar und zugänglicher sein.

2.4.3 Unfälle

Die Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung stellt umfangreiches Datenmaterial zu Unfällen zur Verfügung. Die Unfallstatistik lässt sich vor allem für Unfälle im Zusammenhang mit Alkoholkonsum nutzen. Unfälle im Zusammenhang mit Heroin- und Kokainkonsum sowie Unfälle im Zusammenhang mit dem Tabakkonsum sind schwerer abzuschätzen. Insgesamt liegen Unfallstatistiken für folgende Bereiche vor:

- Verunfallte im Strassenverkehr
- Verunfallte im Sport
- Verunfallte in den privaten Haushalten

Die Angaben zu den Unfällen speisen sich aus verschiedenen Datenquellen (Bundesamt für Statistik, SSUV, Polizeistatistik, etc.). Die Datenquellen sind unterschiedlich aussagekräftig und sind alle mit einer recht hohen Dunkelziffer behaftet. Die Datenquellen können jedoch aufgrund der guten Dokumentation zusammengeführt und zu realistischen Schätzungen verknüpft werden.

2.5 Weitere Indikatoren

Eine Reihe weiterer Indikatoren lassen sich aus verschiedenen Statistiken herausfiltern, die in anderen Zusammenhängen erstellt wurden. Dazu gehört die polizeiliche Kriminalstatistik.

2.5.1 Polizeiliche Kriminalstatistik

In der polizeilichen Kriminalstatistik werden Todesfälle im Zusammenhang mit Drogenkonsum, Verzeigungen wegen Drogenkonsum und Drogenhandel im Zusammenhang mit Cannabis, Heroin, Kokain und synthetischen Drogen aufgeführt. Darüber hinaus gibt das Bundesamt für Polizei auch Auskunft über die jeweils beschlagnahmten Mengen der verschiedenen illegalen Drogen. Über Geldwäscherei und organisierte Kriminalität liegen ebenfalls Informationen vor. Diese Daten eignen sich in Kombination mit anderen Quellen dazu, das Problem des Konsums illegaler Drogen in der Schweiz abzuschätzen.

2.5.2 Statistiken der Eidgenössischen Alkoholverwaltung

Die Statistiken der Eidgenössischen Alkoholverwaltung liefern über einen Zeitraum von mehr als fünfzig Jahren Daten zu Konsum und Verbrauch alkoholischer Getränke. Die Analyse der Daten ermöglicht

es, die Schwere der Problembelastung durch Alkoholkonsum abzuschätzen. Dies kann jedoch nur im Zusammenhang mit weiteren Datenquellen wie zum Beispiel der Verkehrsstatistik gelingen.

2.5.3 Global Alcohol Data Base

Die Globale Datenbank der WHO zu Alkohol lässt sich auch für die Schweiz nutzbar machen. Vor allem ermöglicht sie es, Daten aus verschiedenen Ländern und verschiedenen Regionen miteinander zu vergleichen.

2.5.4 Daten der Eidgenössischen Oberzolldirektion

Diese Daten lassen sich als weiterer Puzzlestein zur Abschätzung des Gesamtproblems auffassen. Sie betreffen den Import und Export legaler Drogen, von Vorläuferstoffen und Beschlagnahmungen illegaler Drogen.

2.5.5 Daten der Alkohol- und Tabakindustrie

Die Verkaufszahlen der Alkohol- und Tabakindustrie ergeben in Kombination mit anderen Indikatoren ebenfalls wichtige Hinweise auf das Ausmass des Problems.

2.5.6 Daten der Institute für wissenschaftliches Polizeiwesen und Kriminologie sowie der Gerichtsmedizinischen Institute

Die hier vorhandenen Datensätze konzentrieren sich im Wesentlichen auf die Analysenresultate von Proben, die aus Beschlagnahmungen stammen. Da die Analysenresultate in Datenbanken erfasst und häufig noch Originalproben vorhanden sind, liegt hier ein noch weitgehend unerforschtes Potential von Daten vor, die in Kombination mit anderen Datenquellen wichtige Aufschlüsse über neue Trends des Konsumverhaltens geben können.

3. Befragungsdaten und Forschung

Neben dem oben beschriebenen Indikatorenkatalog ist es wichtig, über die Indikatoren hinaus Daten zu problematischem und gesundheitsschädigendem Konsum zu erheben. Die reinen Routinestatistiken liefern hier zu wenig Informationen. Viele Daten können ohne Befragungen gar nicht erhoben werden, so Prävalenzdaten zu Konsum, Daten zu Lebensstil und Befinden oder zur Inanspruchnahme von Dienstleistungen. Dies erfolgt in der Regel über Befragungen und über spezielle Forschungsprojekte.

3.1 Vorhandene Datensätze

Die Übersicht des Bundesamtes für Statistik liefert eine erste Übersicht über wichtige Umfragedaten im Gesundheitsbereich. Die schweizerische Gesundheitsstatistik wird im 5-Jahres Rhythmus durchgeführt und erlaubt eine repräsentative Erfassung des Gesundheitsverhaltens in der Schweiz über eine repräsentative Stichprobe von 19000 Personen ab 15 Jahren. Sie ist allerdings nicht spezifisch auf die Suchtproblematik ausgerichtet, sondern erfasst diese als Bestandteil der umfassenderen Gesundheitsbefragung.

Die Suchthilfestatistiken SAMBAD werden ab 2004 vom Bundesamt für Gesundheit geführt und liefern Daten zu Personen und Institutionen.

Die Morbiditätsstatistiken bilden die Häufigkeiten bestimmter Krankheitsbilder ab.

Die Todesursachenstatistik erlaubt die Untersuchung der Veränderung von Todesursachen über die Zeit.

Aus den weiteren Datensätzen der Routinestatistiken, also der Perinatalstatistik, der Fallkostenstatistik, der Kosten des Gesundheitswesens, der Krankenhausstatistik, der medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen lassen sich auch Angaben zum Substanzkonsum gewinnen. Dies erfordert aber eine erneute Analyse der Datensätze.

Hinzu kommen die seit dem Jahr 2000 in vierteljährlichem Rhythmus erhobenen Befragungsdaten zum Tabakkonsum, welche auch Angaben zum Gesundheitsverhalten einschliessen. Dieses so genannte Tabakmonitoring erhebt im vierteljährlichen Rhythmus bei 2500 Personen ihr Gesundheits- und Rauchverhalten. Das Monitoring umfasst jährlich 10000 Personen und kann in zwei Jahren zu einer Stichprobe von 20000 Personen zusammengefasst werden. Das System besteht aus einem Kernfragebogen und einem Modul, das je nach Bedarf angepasst werden kann.

Weitere spezifische Befragungen werden für Schulkinder zwischen 11 und 15 Jahren und für Adoleszente zwischen 15 und 19 Jahren durchgeführt (HBSC, santé des adolescents, ESPAD).

Die Befragung zur Gesundheit 20jähriger wurde mit Rekruten und einer Vergleichsstichprobe von jungen Frauen 1993 durchgeführt und wurde im Jahr 2002/03 wiederholt (Wydler et al.).

Auch die Sentinella-Erhebung des Bundesamtes für Gesundheit kann einige Aufschlüsse zum Suchtverhalten liefern, werden doch hier – auf freiwilliger Basis – Ärzte nach auftretenden Problemen befragt.

Aber auch diese Erhebungen reichen nicht aus, um sich ein genaues Bild der Problematik beispielsweise bei bestimmten Zielgruppen oder für seltene oder neu auftretende Phänomene zu machen. Hierzu bedarf es vertiefter Forschung in verschiedenen Bereichen.

3.2 Vertiefende Forschung

Forschung zu speziellen Zielgruppen wie Migranten (Murith, Bodenmann, Zellweger et al., 2004) oder gefährdeten Jugendlichen (Hüsler, 2003) können da Aufschluss geben, wo die Routineverfahren wegen zu geringer Stichprobengrössen keine Aussagen machen können. Darüber hinaus werden durch verschiedene Forschungsarbeiten Indikatoren für Erfassung, Behandlung und Verlauf des Suchtmittelkonsums entwickelt. Eine ausführliche Darstellung der aktuellen Forschungsanstrengungen findet sich im Dokumentationssystem ARAMIS des Bundesamtes für Bildung und Wissenschaft. Allerdings liegen die Befunde lediglich isoliert vor. Eine Gesamtschau fehlt momentan noch.

3.3 Kostenstudien

Zu den gesellschaftlichen Kosten des Konsums von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen liegen umfassende Kostenstudien vor oder sind in Bearbeitung. Eine Wiederholung im 10-Jahres-Rhythmus ist geplant.

3.4 Gesellschaftsbezogene Studien

Studien zu den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen existieren für die Preiselastizität bei Tabak (Holly 2000), zur Verankerung der Drogenpolitik (Kübler et al., 2003) und zu den Grundlagen einer Alkoholpolicy (Sager & Bühlmann, 2003). Fragen der primordialen Prävention wie Steuer- und Preisgestaltung, Zugangsbeschränkungen und Werbebeschränkungen betreffen effizienteste Massnahmen. Hier fehlen empirische Grundlagen in der Schweiz noch weitgehend. Eine Ausnahme bildet die aus aktuellem Anlass durchgeführte Untersuchung zum Einfluss der Besteuerung auf den Spirituosenkonsum in der Schweiz (Heeb, Gmel, Rehm, 2004).

4. Lückenanalyse

4.1 Fehlende Datensätze

Wie aus den vorausgegangenen Ausführungen deutlich wird, mangelt es vor allem an gesicherten Inzidenzdaten. Aus diesem Grund sind Kohortenstudien dringend notwendig.

Darüber hinaus fehlen Angaben zum Substanzkonsum bei Senioren und bei Zielgruppen, die von den Routinebefragungen nur schlecht erfasst werden (Asylsuchende, Migranten, Strafgefangene, bestimmte Gruppen der ausländischen Wohnbevölkerung in der Schweiz).

4.2 Forschungsbedarf

Generell fehlt es an gesicherten empirischen Grundlagen im Bereich der primordialen Prävention und der Primärprävention.

Der grösste Forschungsbedarf zu empirischen Grundlagen betrifft die Entwicklung eines verbindlichen Indikatorensystems, das ein hohes Mass der Zugänglichkeit und Vergleichbarkeit der Daten erlauben würde. Mit Act-Info sind zwar erste Schritte in die richtige Richtung unternommen, aber bis zu einem kohärenten Berichtssystem ist noch ein weiter Weg.

Der Zusammenhang zwischen Substanzkonsum, Lebensstil sowie psychischem und sozialem Wohlbefinden war bis anhin noch nicht Gegenstand einer Untersuchung. Es können zwar Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung herangezogen werden, diese sind jedoch zu rudimentär. Verdienstvoll ist, dass sich das Schweizerische Gesundheitsobservatorium inskünftig vor allem auch mit Lebensstilforschung beschäftigen wird.

4.3 Identifizierung von weiteren Lücken

Für die wichtige Phase der Problemerkennung fehlen Mechanismen und Prozesse, die es erlauben würden, systematisch, rasch und frühzeitig potentiell unerwünschte Entwicklungen deutlich zu machen. Zobel (2002) hat bereits verschiedene Vorschläge unterbreitet, diesen Mangel zu beheben. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist aber ein derartiges System noch nicht funktional.

4.4 Mängel in der Zusammenführung der Daten

Die Zusammenführung der vorhandenen empirischen Grundlagen und deren Interpretation ist vor allem für den Alkohol- und Tabakbereich in der Schweiz noch nicht gegeben.

4.5 Mängel in der Kommunikation der Daten

Aufgrund der vorliegenden Ausführungen kann als eklatanteste Lücke in der Bereitstellung von empirischen Grundlagen die Beobachtung festgehalten werden, dass sich die Kommunikation über die Daten vor allem an Vertreterinnen des Policy-Bereiches

und in geringerem Ausmass an Vertreter des Polity-Bereichs richtet. Für Handelnde im Politics-Bereich jedoch werden gegenwärtig keinerlei Anstrengungen unternommen. Dabei wurden wiederholt Plattformen des Wissensaustauschs, beispielsweise einfache Newsletters auf e-mail-Basis oder vermehrte regionale Zusammenschlüsse gefordert. Hier muss ein Kommunikationssystem geschaffen werden, das es allen Beteiligten erlaubt, aufgrund empirischer Befunde Entscheidungen zu treffen. Konkret sollten dabei die Vorschläge umgesetzt werden, die im folgenden Abschnitt präzisiert sind.

5. Vorschläge

5.1 Weitere Indikatoren

Von allen denkbaren Indikatoren fehlen im Suchtbereich in der Schweiz präzisere Angaben zur Inzidenz des Substanzkonsums. Diesem Manko könnte sinnvollerweise mit einer Kohortenstudie abgeholfen werden. Sollte dies aus finanziellen Gründen nicht möglich sein, würde es sich trotzdem lohnen, die Inzidenzraten für die verschiedenen Altersklassen und das Geschlecht auf Grund der zur Verfügung stehenden Daten zu schätzen.

Ein weiteres Manko besteht darin, dass wenig über suchtergefährdete Familiensysteme im Zusammenhang mit Gewalt und Missbrauch bekannt ist.

Das Konsumverhalten von Seniorinnen und Senioren in Bezug auf suchterzeugende Substanzen ist ebenfalls bisher kaum untersucht worden. Gerade ältere Menschen verursachen hohe Kosten in der Gesundheitsversorgung. Hier gilt es abzuklären, inwieweit ein gesundheitsförderlicher Lebensstil von älteren Menschen dazu beitragen kann, die Gesundheitskosten zu senken.

Indikatoren zur Lebensqualität und zum psychischen und sozialen Wohlbefinden sind zwar in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung rudimentär vorhanden, werden aber nicht als solche ausgewiesen.

Aus der vorhergehenden Übersicht wird auch deutlich, dass eine grosse Zahl von Indikatoren in der einen oder anderen Form verfügbar wäre. Nun gilt es, diese zu einem sinnvollen Ganzen zusammenzufügen.

5.2 Agregation von Daten

Der einzige Versuch, die verschiedenen Datenquellen vergleichbar zu machen und zu einem sinnvollen Ganzen zu gruppieren, stellt das Act-Info-Projekt dar. Obwohl es weitere einzelne Versuche gibt (Maag, 2001), die vorhandenen Daten sinnvoll zu

bündeln, fehlt es an einer regelmässigen Aufbereitung und Interpretation der Daten. Und obwohl die Fülle der Datenquellen beeindruckend ist, erreichen diese so oft nicht die grösstmögliche Zahl von potentiellen Nutzerinnen und Nutzern.

5.3 Dokumentation und Berichterstattung

Die Dokumentation der Daten ist gegenwärtig auf dem Internet allgemein zugänglich, wird aber kaum genutzt. Die Daten und empirischen Grundlagen sind passiv vorhanden, werden jedoch nicht aktiv vermarktet und gehen daher in der grossen Informationsfülle unter.

Es fehlt an einer sachgerechten Aufbereitung der empirischen Grundlagen durch dafür besonders geschulte Personen. Häufig sind die auftragnehmenden Wissenschaftler nicht bereit oder nicht in der Lage, diese Aufgabe wahrzunehmen. Die Berichterstattung in den Medien ist in der Regel korrekt, wenn diese mit einer ausreichenden Dokumentation versorgt werden. Daher sind ein kohärentes System der Berichterstattung und eine aktive Vermarktung anzustreben.

5.4 Triangulation und Interpretation

In noch weit höherem Ausmass als die Zusammenführung der Daten, mangeln Plattformen und Gremien, welche in der Lage sind, die unterschiedlichen Datenquellen zueinander in Beziehung zu setzen, sinnvoll zu interpretieren und daraus Massnahmen abzuleiten.

5.5 Zusammenarbeit

Die Akteure, welche zu einem kohärenten System von empirischen Grundlagen beitragen können und in der Lage sind, aufgrund der erarbeiteten Befunde Strategien zu entwickeln und umzusetzen, sollten in einem Netzwerk zusammengeführt werden. Dieses Netzwerk könnte auf bestehenden Strukturen aufbauen. Hierzu würde sich eine Netzwerkanalyse anbieten.

6. Schlussfolgerungen

Für die Formulierung einer Policy stellen empirische Grundlagen, wie bereits im erweiterten Public Health Action Cycle dargestellt, eine wichtige Voraussetzung dar. Empirische Grundlagen können dazu dienen, Probleme besser zu erkennen. Sie sind sicher die wichtigste Basis für eine Bestandaufnahme (Assessment) der Situation, sie können bei der Policy-Formulierung dazu beitragen, wirksame von

weniger wirksamen Massnahmen zu unterscheiden, und sie können bei der Policy-Umsetzung wichtige Kennwerte für die Abschätzung von Effektivität und Effizienz liefern. Nur so kann ermittelt werden, ob eine Problemverminderung stattgefunden hat.

Um dieses Ziel erreichen zu können, bedarf es vor allem einer vermehrten Vernetzung von Praxis, Forschung und Politik. Dies sollte vor allem zu einer besseren Identifizierung des Bedarfs der Auftraggeber und der Bedürfnisse der Nutzenenden beitragen.

Aber nicht nur Nutzende und Adressaten sollten besser identifiziert werden, sondern in Zukunft ist auch vermehrt Wert auf eine stärkere Differenzierung der von Suchtproblemen betroffenen Menschen zu legen. Dies kann auch durchaus im Sinne einer Markt- und Motivforschung geschehen. Dass dabei die grundlegenden Qualitätsanforderungen an die Bereitstellung von wissenschaftlichen Grundlagen erhalten bleiben müssen, bleibt auch weiterhin eine wichtige Forderung. Qualitativ schlechte und unsorgfältige Forschung ist angreifbar und ihre Ergebnisse sind mit einfachen Mitteln vom Tisch zu wischen.

Angesichts immer knapper werdender Ressourcen sollten empirische Grundlagen auch Werturteile über effiziente und weniger effiziente Massnahmen liefern. Hier ist noch ein grosses Mass an Überzeugungsarbeit zu leisten. So sollte jeder Politiker, der mehr Prävention verlangt, auch darüber informiert sein, welche Art von Prävention langfristig wirksam ist, damit nicht beispielsweise durch wohlgemeinte Präventionsanstrengungen unbeabsichtigte Werbung für Substanzkonsum erfolgt. Deshalb muss es in Zukunft gelingen, die Ergebnisse von wissenschaftlichen Forschungen besser zu vermarkten und zu verbreiten. Aufgrund der vorhergehenden Ausführungen ist also für die Schweiz Folgendes anzustreben und zu fordern:

- **Aufarbeitung der Lücken im Indikatoren-system, insbesondere im Hinblick auf Inzidenz-schätzungen.**
- **Aufbau eines kohärenten Monitoring-Systems, welches eine möglichst grosse Zahl von systematischen Erhebungen einschliesst.**
- **Aufbau eines Frühwarnsystems, welches auf unerwünschte Entwicklungen hinweist und geeignete Massnahmen ermöglicht.**
- **Aufbau von Netzwerken und Nutzung bestehender Netzwerke, zu welchen sich Politikerinnen, Forscher und Praktikerinnen zusammenschliessen, um die Ergebnisse der Forschung aufzunehmen oder um die Arbeit in einem Bereich, einer Region oder in Bezug auf ein**

Thema zu optimieren. Diese Netzwerke garantieren auch die Abnahme der Forschungsergebnisse.

– Instanzen, welche die Uebersetzungsarbeit vom wissenschaftlichen Wissen zum populärwissenschaftlichen Wissen leisten und eine entsprechende Vermarktung fördern.

– Institutionalisation des Wissenstransfers durch Fort- und Weiterbildung.

– Ad hoc Wissenstransfer, der themen- oder problemgebunden ist.

Zusammenfassend lassen sich die Anforderungen an empirische Grundlagen wie folgt charakterisieren:

Unterschiedliche Politikbereiche haben einen unterschiedlichen Bedarf an empirischen Grundlagen. Für den Polity-Bereich stehen Forschungen zu strukturellen Aspekten wie Besteuerung, Konsequenzen von gesetzlichen Regelungen und Fragen der Organisationsstruktur und Kompetenzaufteilung im Vordergrund. Es handelt sich um langfristige Beobachtungen.

Auf dem Gebiet der Politics geht es um möglichst vorzeigbare und leicht kommunizierbare Ergebnisse, die sich als Argumente in der politischen Auseinandersetzung verwenden lassen. Schnell zur Verfügung stehende Frühwarn- und Monitoringsysteme, Marktforschung und Übersichten zum Stand der Forschung, sowie die vergleichende Bewertung verschiedener Massnahmen unter dem Kosten-Nutzen Aspekt sind hier zentral.

Für den Policy-Bereich bedarf es einer vertiefenden Forschung, welche einen Zusammenhang zwischen Ursachen und Problemen aufzeigt.

Auftraggeber und Leistungserbringer stellen ganz unterschiedliche Ansprüche an empirische Grundlagen, die zu einem Ziel- und Wertkonflikt führen. Dieser lässt sich nur durch Zusammenarbeit, Koordination und Kommunikation aller Beteiligten teilweise lösen.

Bei den Nutzniessern empirischer Grundlagen spielt der Aspekt der Wissenschaftlichkeit eine nebengeordnete Rolle. Im Zentrum des Interesses steht hier die Brauchbarkeit empirischer Grundlagen im Hinblick auf den jeweiligen Verwendungszweck.

7. Dank

Es ist mir ein Anliegen, Christine Eggenberg und Ginette Hayoz für die redaktionelle Mitarbeit herzlich zu danken.

8. Literatur- und Quellenangaben

1. Act-info – Das Monitoring-Netzwerk der Suchtberatung und -therapie in der Schweiz: www.act-info.ch
2. ARAMIS, das Schweizerische Forschungsinformationssystem: www.aramis-research.ch
3. Bernasconi D. Ökonomische Ansätze zur Ausgestaltung der Drogenpolitik in der Schweiz. In: Suchtforschung des BAG 1993–1996: 295–9. www.bag.admin.ch
4. Berner Gesundheit, Fachbereich Prävention (Hrsg.). Medienverzeichnis 2003 im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
5. Bundesamt für Gesundheit. HIV- und Aids-Statistik.
6. Bundesamt für Gesundheit. Sentinella-Erhebung (Befragung von Ärzten zu auftretenden Problemen, auf freiwilliger Basis).
7. Bundesamt für Gesundheit (1997). Suchtforschung des BAG 1993–1996. www.bag.admin.ch
8. Bundesamt für Gesundheit (2001/02). Suchtforschung des BAG 1996–98, Bände 1–3. www.bag.admin.ch
9. Bundesamt für Gesundheit (2002). Evaluationen des BAG im Suchtbereich 1990–2000. www.bag.admin.ch
10. Bundesamt für Gesundheit (2003). Suchtforschung des BAG 1999–2001, Band 1, Grundlagenforschung. www.bag.admin.ch
11. Bundesamt für Gesundheit (2004). Suchtforschung des BAG 1999–2001, Band 2 (vorliegender Band). www.bag.admin.ch
12. Bundesamt für Gesundheit (in Vorbereitung). Suchtforschung des BAG 1999–2001, Band 3.
13. Bundesamt für Gesundheit. Externe Evaluationen im Suchbereich: Studien, Zwischenberichte, Schlussberichte. www.bag.admin.ch/cce
14. Bundesamt für Polizei (BAP). Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS). www.bap.admin.ch
15. Bundesamt für Sozialversicherung (BSV). Statistiken sowie Sammlung der Gutachten und Gerichtsentscheide zur Invalidität Alkohol- und Drogenabhängiger. (Effingerstrasse 33, 3003 Bern, www.bsv.admin.ch)
16. Bundesamt für Statistik (BFS). Schweizerische Gesundheitsstatistik und entsprechende Publikationen. www.bfs.admin.ch
17. Bundesamt für Statistik (BFS). Herausforderungen 1999–2003. Trendentwicklungen und mögliche Zukunftsthemen für die Bundespolitik.
18. Drogenforum Innerschweiz: Medienkatalog der Fachstelle für Suchtprävention, 2003, Luzern. www.dfi-luzern.ch
19. Eidgenössische Alkoholverwaltung: Statistik zu Konsum und Verbrauch alkoholischer Getränke, Publikationen.
20. Eidgenössische Oberzolldirektion: Statistik zu Import und Export legaler Drogen.

21. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD). Beteiligung der Schweiz: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA/ISPA, Lausanne. www.sfa-ispa.ch
22. Forschungsstelle für Sicherheitspolitik und Konfliktanalyse der ETHZ (FSK). Die FSK unterhält vier Publikationsreihen (www.fsk.ethz.ch): Bulletin zur schweizerischen Sicherheitspolitik. Sicherheit. Studien zu Zeitgeschichte und Sicherheitspolitik. Zürcher Beiträge zur Sicherheitspolitik und Konfliktforschung.
23. FOS (Forschungsverbund stationäre Suchttherapie). Tätigkeitsberichte und Jahresstatistiken. Institut für Suchtforschung ISF, Zürich. www.suchtforschung.ch
24. Frei A. Die sozialen Kosten des Alkoholkonsums in der Schweiz 1998 – Direkte Kosten. In: Suchtforschung des BAG 1999–2001, Band 1:169–74. www.bag.admin.ch
25. Frei A. Die sozialen Kosten des Tabakkonsums in der Schweiz 1995. Epidemiologie – Direkte Kosten. In: Suchtforschung des BAG 1996–98, Band 1:160–4. www.bag.admin.ch
26. Frei A, Greiner R-A, Mehnert A, Dinkel R. Sozioökonomische Bewertung der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln. In: Suchtforschung des BAG 1996–98, Band 3:22–5. www.bag.admin.ch
27. Gastrofacts: www.gastrofacts.ch.
28. Global Alcohol Data Base, WHO, Genf. Länderspezifische Informationen zum Thema Alkohol. www.who.int/alcohol
29. Gutjahr E, Gmel G. Die epidemiologischen Grundlagen zur Schätzung der sozialen Kosten des Alkoholkonsums in der Schweiz, 1995–1998. In: Suchtforschung des BAG 1999–2001, Band 1:161–8. www.bag.admin.ch
30. Health Behaviour in School-Aged-Children (HBSC). Internationale Untersuchung im 4-Jahresrhythmus zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten 11–16 Jähriger unter der Schirmherrschaft der WHO. Durchführung für die Schweiz: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA/ISPA, Lausanne. www.sfa-ispa.ch
31. Heeb J-L, Gmel G, Rehm J. Besteuerung und Spirituosenkonsum in der Schweiz. Zusammenfassender Bericht in diesem Band (Suchtforschung des BAG/Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1999–2001, vorliegender Band 2).
32. Hermann H, Güntzel O, Simmel U, Lehmann P. Stationäre Suchttherapie Schweiz: Angebot und Finanzierung. Gesamtschweizerische Erhebung bei Therapieeinrichtungen im Alkohol- und Drogenbereich für die Jahre 1995–1998. In: Suchtforschung des BAG 1996–98, Band 3:2–11. www.bag.admin.ch
33. Hermann H, Güntzel O, Simmel U, Lehmann P. Thérapies résidentielles de la dépendance en Suisse: offres et modes de financement. Enquête nationale auprès des institutions de thérapie dans les domaines de l'alcool et de la drogue pour les années 1995 à 1998. In: Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1996–98, vol. 3:12–21. www.bag.admin.ch
34. Holly A et al (1999). Relations entre la consommation tabagique et la taxation du tabac. Final report. Institute of Health Economics and Management, University of Lausanne, Switzerland.
35. Holly A et al (2000). Relation(s) entre la consommation tabagique et la taxation du tabac – divers scénarios. In: Suchtforschung des BAG 1996–98, Bd.1:62–7. www.bag.admin.ch
36. Hüsler G, Werlen E, Blakeney RF. Zwischenberichte zum Programm supra-f ans Bundesamt für Gesundheit, 2003. www.bag.admin.ch
37. Institut de criminologie et de droit pénal, Université de Lausanne. Statistiken und Publikationen (Martin Killias, Pierre Margot). www2.unil.ch/ips
38. Institute für Sozial- und Präventivmedizin der schweizerischen Universitäten: Befragungen, Untersuchungen, Publikationen.
39. Institut für Suchtforschung (ISF) (2000). Leistungs- und Qualitätserfassung bei Sucht- und Alkoholberatungsstellen im Kanton Zürich. Schlussbericht. Psychologisches Institut der Universität Zürich. Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 102. www.suchtforschung.ch
40. Institut für Suchtforschung, Zürich: Statistiken und Publikationen. www.suchtforschung.ch
41. Jeanrenaud C, Priez F, Pellegrini S, Chevrou-Séverac H, Vitale S. Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse. Institut de Recherches Economiques et Régionales, Université de Neuchâtel, Neuchâtel, 2003 (et sommaire conclusif du rapport scientifique: www.bag.admin.ch).
42. Jeanrenaud C, Priez F, Pellegrini S, Chevrou-Séverac H, Vitale S. Die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz. Zusammenfassung des Forschungsberichts von 2003: www.bag.admin.ch.
43. Kalke J, Schmid M (2002). EDV-Systeme und Dokumentationsstandards in der ambulanten Suchtkrankenhilfe (pdf-File).
44. Keller R, Krebs H, Hornung R (2003). Tabakmonitoring: Implementierung eines Dokumentationsystems zum Tabakkonsum der schweizerischen Wohnbevölkerung. In: Suchtforschung des BAG 1999–2001, Bd.1:85–90.
45. Keller R, Krebs H, Hornung R (2002). Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum. Zusammenfassung des Berichts 2001/02. Universität Zürich.
46. Killias M (2002). Schlussbericht zu den Auswirkungen der Verschreibung von Betäubungsmitteln auf die Delinquenz von Drogenabhängigen.

- Institut de police scientifique et de criminologie, Université Lausanne. www2.unil.ch/ips
47. Kolip P (2000). Machbarkeitsstudie: Indikatoren für eine Gesundheitsberichterstattung im Kindes- und Jugendalter. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Abteilung IV: Gesundheits- und Interventionsforschung.
 48. Kübler D (2000). Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé: analyse des conflits de mise en œuvre. Logiques politiques. Paris, L'Harmattan.
 49. Kübler D, Widmer T, Rüegg E. Massnahmenpaket Drogen. Determinanten der politischen Verankerung. Zwischenbericht. In: Evaluationen des BAG im Suchtbereich/Evaluations de l'OFSP en matière de dépendances 1990–2000. Bundesamt für Gesundheit, Bern, 2002:33–6. www.bag.admin.ch/cce
 50. Kübler D, Neuenschwander D, Hirschi C, Rüegg E, Frey K, Radaelli A, Stamm S, Widmer T. Massnahmenpaket Drogen. Determinanten der politischen Verankerung. Zürcher Politik- & Evaluationsstudien Nr.1, Universität Zürich, 2003. www.bag.admin.ch/cce.
 51. Maag V (2001). Zur Prävalenzschätzung des Drogenkonsums in der Schweiz. Universität Bern.
 52. Murih N, Bodenmann P, Favrat B, Vaucher P, Vannotti M, Cornuz J, Péroud A, Zellweger JP. Perception of the damaging effects of smoking, and brief medical intervention: a comparison between Swiss natives and immigrants. Report to the Swiss Federal Office of Public Health, 2003 (Grant no 02.000384).
 53. Priez F, Jeanrenaud C, Vitale S, Voillat F, Vanotti M (2003). Social Cost of Tobacco Consumption in Switzerland. In: Suchtforschung des BAG 1999–2001, Band 1:153–9. www.bag.admin.ch
 54. Ruckstuhl B, Somaini B, Twisselmann W, unter Mitarbeit von Brenner D et al. Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten: der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Hrsg.: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 1998.
 55. Sager F, Bühlmann C. Entscheidungspapier zur Erarbeitung einer Alkoholpolicy des Bundes. Bericht ans Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern, 2003.
 56. SAKRAM/CIRSA. Statistik der stationären Angebote im Alkoholbereich SAKRAM (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige) und Statistique des traitements et prises en charge des institutions romandes spécialisées en alcoologie CIRSA. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA/ISPA, Lausanne. www.sfa-isp.ch
 57. SAMBAD, Statistik der ambulanten Beratungsstellen im Alkohol- und Drogenbereich. Bundesamt für Gesundheit BAG (seit 2004), www.bag.admin.ch. (Vor 2004: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA/ISPA, Lausanne.)
 58. SIDOS, Schweizerischer Informations- und Datenarchivdienst für die Sozialwissenschaften. SIDOS-Schriftenreihe. Arbeitsberichte. Jahresberichte. Neuenburg. www.sidos.ch
 59. Sozialamt der Stadt Zürich (2000). Zehn Jahre Ambulante Drogenhilfe.
 60. Supra-f. Kohortenstudien: www.bag.admin.ch; www.aramis-research.ch.
 61. Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung: Jährliche Verkehrsstatistik, Publikationen. www.bfu.ch
 62. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA/ISPA, Lausanne. Adoleszentenbefragung, Befragung ESPAD (Beteiligung der Schweiz am «European School Survey Project on Alcohol and other Drugs»), Schülerbefragung, sowie weitere Statistiken und Publikationen. www.sfa-isp.ch
 63. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel. Auch Lebensstilforschung. www.obsan.ch
 64. Swiss Tobacco/Tabakwirtschaft Schweiz. Informationen und Organisationen. www.swisstobacco.com
 65. Tabakmonitoring (Dokumentation zum Tabakkonsum der schweizerischen Wohnbevölkerung). Verschiedene Berichte und Publikationen zu verschiedenen Themenbereichen. www.bag.admin.ch
 66. Weber Max (Neuaufgabe 2001). Wirtschaft und Gesellschaft, Tübingen.
 67. Wydler H et al. Repräsentativbefragung 20-Jähriger über Aufwachsen, Gesundheit, Freizeit und Sport 1993 und 2002/03. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. www.ispmz.ch
 68. Zobel F, Arnaud S. Un système d'alerte pour les drogues illégales: développement de scénarios. Institut universitaire de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne, raisons de santé 79, 2002.

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Margret Rihs-Middel
 Département de Psychiatrie Adulte
 Centre du Jeu Excessif
 Université de Lausanne
 Rue Saint Martin 7
 1003 Lausanne
 E-Mail: margret.rihs@hospvd.ch

Kinder mit ADHD und Kinder psychisch kranker Eltern: Literaturanalyse zur Suchtgefährdung von Kindern im Vorschul- und Schulalter*

Ruth Sommer, Peter A. Zoller, Wilhelm Felder, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD), Bern

Zusammenfassung

In der vorliegenden Literaturanalyse wurde die Suchtgefährdung von zwei Risikogruppen untersucht: Unsere Zielgruppen waren Kinder mit einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHD) sowie Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil. Im Folgenden wird aufgezeigt, welche Aspekte für eine spätere Suchterkrankung von Bedeutung und welche präventiven Ansätze erfolgversprechend sind. Eine Umfrage unter Fachpersonen anlässlich des Berner Symposiums der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Thema «Zappelphilipp, Träumer und Störenfried» stützt die Annahme, dass sowohl ADHD-Störungen als auch eine psychische Erkrankung der Eltern das Risiko einer späteren Suchterkrankung erhöhen.

1. Einleitung

Soll Prävention im Suchtbereich umfassend entwickelt werden, so ist es notwendig, auch Risikogruppen, welche bereits im Vorschul- und Schulalter erhöhten Belastungsfaktoren ausgesetzt sind, zu erfassen. Im Mittelpunkt unserer Untersuchung standen deshalb Kinder mit einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHD) und Kinder von psychisch kranken Eltern. Geht man von einer konservativen Prävalenzrate von 5 Prozent bei den ADHD-Kindern aus (Barkley, 2000), so sind in der Schweiz rund 35 000 7–14-jährige Schulkinder von der Problematik betroffen. Ähnlich hohe Zahlen resultieren für die Gruppe «Kinder psychisch kranker Eltern»: Nach Hochrechnungen kann davon ausgegangen werden, dass bei rund 20 000 Kindern mindestens ein Elternteil an einer bedeutenden psychiatrischen Störung leidet (z.B. Gundelfinger, 1997). Aus der vorhandenen Literatur geht hervor, dass im Vergleich zu anderen Gruppen in beiden Risikogruppen eine erhöhte Suchtgefährdung besteht.

2. Vorgehen/Methodik

In die Beurteilung wurde schwergewichtig die neuere Literatur einbezogen. Während im Bereich ADHD eine überwältigende Fülle an Literatur existiert, ist die Forschung zur Thematik der Kinder von psychisch kranken Eltern noch eher bescheiden. Zusätzlich zur Literaturanalyse wurde im Rahmen eines Fachkongresses eine Umfrage durchgeführt.

3. Resultate

3.1 Suchtgefährdung der Risikogruppe ADHD

Zur Frage, ob ADHD-Kinder eine erhöhte Gefährdung für eine spätere Suchterkrankung aufweisen, sind zahlreiche Untersuchungen durchgeführt worden. Meist wurde jedoch nicht zwischen ADHD und zusätzlichen komorbiden Störungen unterschieden. ADHD tritt häufig nicht allein, sondern in Kombination mit einer weiteren Störung wie Verhaltensstörungen, oppositionellem Trotzverhalten oder emotionalen und sozialen Störungen auf. Es finden sich inzwischen zahlreiche Untersuchungen, die nahe legen, dass ADHD allein keine Gefährdung für eine spätere Suchterkrankung darstellt, dass aber ADHD in Kombination mit einer zusätzlichen komorbiden Störung dieses Risiko signifikant erhöht (z.B. Disney, Elkins, McGue und Iacono, 1999).

Key Words

ADHD,
Children at Risk,
Children of Parents with Psychiatric Problems,
Addiction,
Prevention

* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 01.000045 unterstützt.

Da im Durchschnitt die Hälfte bis zwei Drittel der ADHD-Kinder an einer komorbiden Störung leiden, ist die Gefahr einer späteren Suchterkrankung bei dieser Risikogruppe hoch. Die vieldiskutierte Frage, ob die Verschreibung von Stimulanzien die Suchtgefährdung erhöhe, kann aufgrund der Literatur negativ beantwortet werden. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass die Verabreichung von Stimulanzien keine Erhöhung der Suchtgefährdung bedeutet, sondern diese eher herabsetzt (z.B. Manuzza et al., 1993). Zudem finden sich Arbeiten, die von einer klaren Unterverschreibung von Stimulanzien berichten.

Eine erhöhte Gefahr für eine spätere Suchterkrankung ist im weiteren in psychosozialen Risiken zu sehen, denen ADHD-Kinder in vermehrtem Ausmass ausgesetzt sind. Darunter fallen unter anderem gehäufte Konflikte mit Gleichaltrigen, Leistungsschwächen in der Schule oder fehlende Bewältigungsstrategien. Diese psychosozialen Risiken können zu einer Marginalisierung führen und der Umgang mit problematischen Peers kann diese Tendenzen und die Suchtgefährdung verstärken.

In Bezug auf die Prävention wird in der Literatur bisher davon ausgegangen, dass ADHD an sich nicht präventiv angegangen werden kann, wobei die Ursachen der Störung nicht als wirklich geklärt gelten. Multimodale, kombinierte Interventionen mit Stimulanzien, therapeutischen Programmen und Beratung der Eltern erwiesen sich aber generell als wirksam (z.B. Frankel, Myatt, Cantwell & Feinberg, 1997). Damit können insbesondere komorbide Probleme angegangen werden.

3.2 Suchtgefährdung der Risikogruppe «Kinder psychisch kranker Eltern»

Direkt ist diese Frage bisher nicht erforscht worden. Eine umfangreiche Literatur existiert einzig zu Kindern von selbst suchtkranken Eltern. Der direkte Zusammenhang zwischen anderen psychischen Störungsbildern der Eltern und späterer Substanzabhängigkeit der Kinder wurde bisher nicht untersucht. Aufgrund der vorliegenden Evidenz kann aber davon ausgegangen werden, dass für die Kinder von psychisch kranken Eltern bestimmte Risikodispositionen bestehen, die eine erhöhte Suchtgefährdung einschliessen.

Verschiedene Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und der Entwicklung von Substanzmissbrauch hin. Zahlreiche Arbeiten belegen auch hohe Raten von bis zu 70 Prozent Doppeldiagnosen, einer Komorbidität von psychischen Störungen und Substanzstörungen (z.B. Spak, Spak und Allebeck, 2000). Da die Risiko-

gruppe «Kinder psychisch kranker Eltern» eine hohe Gefährdung in Bezug auf die Entwicklung psychischer Störungen aufweist (Mattejat, Wüthrich, Remschmidt, 2000), steigt damit auch das Risiko für Substanzmissbrauch oder für Substanzstörungen erheblich an.

Andere Studien weisen darauf hin, dass Kinder von suchtkranken Eltern durch die situationale Exposition vermehrt gefährdet sind, selbst Substanzprobleme zu entwickeln. Ein dritter Weg der Suchtgefährdung zeigt sich über psychosoziale Risikofaktoren (z.B. Essau et al., 1998): Psychische Störungen von Eltern wirken sich praktisch immer im sozialen Bereich aus, beispielsweise auf die Beziehungsfähigkeit und die Beziehungsgelegenheiten der Kinder, aber auch im Bereich der Coping- und Bewältigungsressourcen. Daraus resultieren vielfältige Risikofaktoren, die auch als Risikofaktoren für Substanzmissbrauch eine Rolle spielen (z.B. geringes Selbstvertrauen, Unsicherheit, gehäufte Konflikte in der Familie).

Prävention bei diesen Kindern umfasst einerseits geeignete Programme zur Behandlung der Eltern (unter Berücksichtigung der systemischen Aspekte), andererseits aber ist eine verstärkte Information über die Problematik und zu möglichen Hilfen vorzuziehen, ergänzt durch Unterstützungsangebote für betroffene Kinder und Jugendliche. Damit kann der multiplen Belastung dieser Kinder und Jugendlichen gezielt begegnet werden.

3.3 Ergebnisse der Befragung

Im Rahmen des 4. Berner Symposiums der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Thema «Zappelphilipp, Träumer und Störenfried» wurde allen Fachpersonen ein Fragebogen abgegeben. Die Prävalenzangaben über den Anteil an ADHD-Kindern durch die verschiedenen Berufsgattungen waren sehr unterschiedlich, insgesamt aber deutlich höher als in der Literatur. KindergärtnerInnen gaben an, dass bei einer durchschnittlichen Klassengrösse von 19 Kindern rund 10 Prozent an ADHD leiden, LehrerInnen schätzten den Anteil auf 13 Prozent. Allgemeinpraktiker gingen davon aus, dass 20 Prozent der von ihnen behandelten Kinder an ADHD leiden, während Psychologen, Psychiater und Heilpädagogen den Anteil auf zwischen 26 und 32 Prozent schätzten. 96 von 120 antwortenden Personen stellten mindestens eine komorbide Störung fest. Im Vergleich zu Lehrpersonen gaben zudem fast doppelt so viele Fachleute an, dass die von ihnen behandelten Kinder zusätzlichen Belastungsfaktoren (z.B. Beziehungskonflikte, psychische Probleme der Eltern, Suchtprobleme der Eltern) ausgesetzt sind.

Die Fortbildungsangebote zu ADHD für die eigene Berufsgruppe wurden nur von einem Fünftel der Fachleute als gut und von einem Drittel als ungenügend beurteilt. Bei den Angehörigen der Lehrberufe fanden knapp zwei Drittel das Angebot ungenügend. Rund die Hälfte der Lehrpersonen schätzte ihr aktuelles Wissen als gering ein. Die Interventionsangebote für ADHD-Kinder wurden von einem beachtlichen Teil der Fachpersonen und der überwiegenden Mehrheit der Lehrpersonen als ungenügend bezeichnet. Die Umfrage erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität, vermag aber sicher ein Zustandsbild zu zeichnen.

4. Diskussion

Aufgrund der Literatur wird deutlich, dass für beide Gruppen von Kindern ein erhöhtes Risiko einer späteren Substanzabhängigkeit oder eines Substanzmissbrauchs besteht. Dieses Risiko wird in beiden Gruppen durch unterschiedliche, mit der Hauptproblematik verbundene Faktoren ausgelöst. Bei der Gruppe der ADHD-Kinder spielt die Entwicklung einer komorbiden Störung neben verstärkten psychosozialen Risiken die entscheidende Rolle. Bei den Kindern von psychisch kranken Eltern entsteht die Gefährdung durch das stark erhöhte Risiko, selbst eine psychische Störung zu erleiden, durch eine Suchtproblematik der psychisch kranken Eltern oder durch erhöhte psychosoziale Risiken. Die hohen Prävalenzraten beider Gruppen weisen auf eine Notwendigkeit präventiver Massnahmen in der Schweiz hin.

5. Empfehlungen

Für beide Gruppen von Risikokindern empfiehlt es sich aufgrund der vorliegenden Literatur, Präventionsangebote zu entwickeln und zu implementieren. Angesichts der völlig verschiedenen Situation der Kinder sind diese unterschiedlich aufzubauen.

5.1 Suchtprävention für Kinder mit ADHD

Früherkennung und frühe Behandlung sind die nötigen Ansatzpunkte der Prävention, um das Auftreten einer komorbiden Störung zu verhindern. Ein weiterer wesentlicher Aspekt liegt in der Information und Beratung. KindergärtnerInnen und Lehrkräfte sollen durch Schulung befähigt werden, Problemkinder besser zu erkennen und eine frühe Beratung zu vermitteln. Entsprechend sollten für Eltern niederschwellige Informations- und Beratungsangebote bereitgestellt werden.

5.2 Suchtprävention für Kinder von psychisch kranken Eltern

In der Schweiz sind die Anstrengungen, die Gruppe der Kinder von psychisch kranken Eltern risikogerecht zu unterstützen, im Vergleich zu Ländern wie Deutschland, Holland und Australien noch sehr bescheiden. Suchtprävention sollte dabei, neben fallbezogener Unterstützung in Einzelberatung oder -therapie, vor allem auf zwei Ebenen erfolgen: Da einerseits, sowohl was die Problematik wie auch Unterstützungsangebote betrifft, ein deutlicher Informationsbedarf besteht, sind entsprechende Medien für die Verhältnisse in der Schweiz anzupassen oder neu zu gestalten. Andererseits sollte ein flächendeckendes Angebot an spezifischen Gruppen, sowohl für betroffene Kinder als auch für betroffene Eltern, entwickelt und entsprechende Konzepte evaluiert werden. In diesen Gruppen könnte den Eltern ein Austausch und die Schulung von Erziehungsfertigkeiten ermöglicht werden; die betroffenen Kinder können in geschütztem Rahmen das in der Regel tabuisierte Thema ansprechen und emotional Wege aufbauen, um ein eigenständiges Erleben zu entwickeln.

6. Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Literaturanalyse bieten eine befriedigende Basis, um einen neuen Ansatz in der Prävention von Suchtproblemen bei diesen Gefährdungsgruppen zu entwickeln. Die Daten weisen deutlich auf die entscheidenden Punkte hin, die eine Einflussnahme ermöglichen. Eine Prävention ist aber vorteilhafterweise durch eine Langzeit-Evaluation zu begleiten, um weitere Angaben über die Auswirkungen auch in anderen Bereichen zu erhalten.

7. Referenzen

Die angeführten Literaturverweise sind eine wenig aussagekräftige, äusserst beschränkte Auswahl und nur als Beispiele zu verstehen. Insbesondere in Bezug auf ADHD findet sich eine immense Fülle von Literatur.

1. Barkley RA. Commentary on the multimodal treatment study of children with ADHD. *J Abnorm Child Psychol* 2000;6:95–9.
2. Disney ER, Elkins J, McGue M, Iacono WG. Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescents. *Am J Psychiatry* 1999;156(10):1515–21.
3. Essau CA, Baschta M, Koglin U, Meyer L, Petermann F. Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und der Kinderpsychiatrie* 1998;47:754–66.

4. Frankel F, Myatt R, Cantwell DP, Feinberf DT. Parent assisted transfer of Children's Social Skills Training. *J. Am Acad Child Adoles Psychiatry* 1997;36:1056–64.
5. Gundelfinger, R. Welche Hilfen brauchen Kinder psychisch kranker Eltern? *Kindheit und Entwicklung* 1997;6:147–51.
6. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(7):565–76.
7. Mattejat F, Wüthrich C, Remschmidt H. Kinder psychisch kranker Eltern. *Nervenarzt* 2000;71:164–72.
8. Spak L, Spak F, Allebeck P. Alcoholism and depression in a Swedish female population: co-morbidity and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;102:44–51.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Wilhelm Felder
Direktor Kinder- und Jugendpsychiatrie, UPD Bern
Effingerstrasse 12
3011 Bern
E-Mail: wilhelm.felder@gef.be.ch

Les troubles hyperactifs avec déficit de l'attention: considérations générales, traitements et recommandations*

Michel Bader, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA), Lausanne

Résumé

Les troubles hyperactifs avec déficit de l'attention (THADA, ADHD) représentent un problème important de santé publique. D'une part, des estimations restrictives proposent des taux entre 2 et 5% des enfants et des adolescents d'âge scolaire, alors que d'autres recherches utilisant des critères plus larges proposent des taux entre 5 et 10%. D'autre part, la prescription de psychostimulants a augmenté de manière très importante ces deux dernières décennies aux Etats-Unis et ces dernières années également en Suisse.

L'identification précoce des THADA est essentielle afin de réaliser les mesures appropriées qui diminuent les souffrances des enfants et de leurs familles, et de favoriser la poursuite de la scolarité de l'enfant dans de bonnes conditions et d'améliorer l'expression de son potentiel intellectuel et social.

Les investigations cliniques doivent être réalisées par des psychiatres d'enfants et d'adolescents et par des médecins pédiatres spécialement formés. La démarche clinique doit suivre des règles précises qui permettent l'établissement d'un diagnostic de THADA et l'identification des troubles associés, tout en faisant un diagnostic différentiel avec d'autres troubles dont les symptômes comportent des ressemblances.

Les parents, l'enfant, les enseignants et les autres intervenants doivent collaborer de manière étroite et régulière, afin de permettre une meilleure compréhension des différents regards et de déboucher sur un consensus, ou en tout cas sur des décisions partagées.

Les prises en charge doivent être multimodales, associant une approche médicamenteuse lorsque l'indication est avérée (par ex. psychostimulant), ainsi que d'autres formes de traitements selon les situations (par ex. consultation thérapeutique, psychothérapie, traitement de famille, logopédie, psychomotricité, ergothérapie). Les mesures thérapeutiques doivent être réalisées par des thérapeutes bénéficiant d'une formation approfondie. Les différentes formes de traitement doivent être évaluées régulièrement et modifiées selon l'évolution de l'enfant et les modifications de son environnement.

Les symptômes associés doivent également être pris en considération dans les mesures thérapeutiques (par ex. troubles émotionnels, problèmes comportementaux), car ils représentent des facteurs pouvant influencer l'évolution de manière importante.

1. Introduction

Le concept de troubles hyperactifs avec déficit de l'attention (THADA, ADHD) provient des Etats-Unis et comporte trois groupes de symptômes associés: l'hyperactivité, le trouble de l'attention et l'impulsivité.

Les caractéristiques centrales de l'hyperactivité, du trouble de l'attention et de l'impulsivité sont évaluées par l'observation minutieuse des attitudes de l'enfant.

Le diagnostic d'un THADA nécessite la présence d'un nombre précis de critères qui entravent le fonctionnement de l'enfant. Comme les symptômes peuvent être transitoires et exister de manière moins marquée chez de nombreux enfants ne présentant pas un THADA, ils doivent également remplir les conditions suivantes:

- les troubles doivent entraîner une gêne significative, ceci par rapport à des enfants du même âge;
- les troubles doivent avoir commencé avant l'âge de 7 ans et gêner l'enfant dans au moins deux situations, comme par exemple à l'école, dans la famille ou dans les loisirs;
- les troubles doivent persister depuis au moins 6 mois.

Key Words

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD, Hyperactivity, Attention-Deficit, Psychostimulants, Methylphenidat, Treatments for, Psychotherapy for, Collaboration, Prevention

* Ce projet a été soutenu par le contrat de recherche n° 01.000098 de l'Office fédéral de la santé publique.

La classification diagnostique nord-américaine de l'American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV, 1994) distingue trois sous-types de THADA selon la prédominance des symptômes:

- un type mixte combinant déficit d'attention et hyperactivité
- un type où le déficit d'attention est prédominant
- un type où l'hyperactivité est prédominante

Ces distinctions ne se trouvent pas dans la classification diagnostique de l'International Classification of Disease (ICD-10, 1992 et 1993), qui prend en considération le concept de trouble hyperkinétique. Le trouble hyperkinétique ne comporte pas les mêmes distinctions que le DSM-IV, prenant uniquement en considération la présence ou l'absence de l'association avec un trouble des conduites (par ex. conduites agressives, comportements asociaux).

Les manifestations d'un THADA peuvent aussi s'accompagner de troubles associés qui représentent des facteurs importants de comorbidité. La combinaison des symptômes d'un THADA et de troubles associés est fréquente et représente un aspect très important de la réflexion sur les mesures thérapeutiques appropriées.

Les troubles associés des THADA les plus fréquents sont les suivants:

- troubles du comportement social (conduites agressives et asociales)
- troubles anxieux et humeur dépressive
- tics moteurs
- troubles des apprentissages à l'école (par ex. dyslexie, dyscalculie)
- troubles du développement moteur

Les caractéristiques des THADA sont décrites depuis plus de 150 ans dans les dessins de Heinrich Hoffmann dans son célèbre livre du *Struwwelpeter* (Heinrich Hoffmann, 1846; *Crasse-Tignasse*, 1998). En 1902, Still a proposé le concept de «Brain Damage Syndrom» à partir de patients ayant eu des traumatismes crâniens ou des méningo-encéphalites qui présentaient une hyperactivité motrice, des problèmes de concentration, des difficultés d'apprentissage et des problèmes comportementaux.

L'épidémie d'encéphalite qui toucha le continent nord-américain à la fin de la première guerre mondiale – encéphalite de «von Economo» – a ensuite

joué un rôle majeur dans le développement et la diffusion de l'hypothèse organique des THADA. Les enfants qui avaient pu guérir de cette affection présentaient un changement radical au niveau du caractère, des émotions et surtout de leurs comportements, qui a été conceptualisé comme ayant été «*organically driven*» (Kahn & Cohen, 1934). Ces enfants étaient devenus hyperkinétiques au point de les rendre incapables de poursuivre les apprentissages et de pouvoir être intégrés en classe.

En 1947, Strauss et Lehtinen vont adopter un point de vue plus fonctionnaliste, à l'aide de tests neuropsychologiques, pour rendre compte des désordres cognitifs et perceptivo-moteurs d'enfants hyperkinétiques et impulsifs, présentant aussi une inadaptation scolaire et familiale. Ces auteurs proposent la notion du «Minimal Brain Injury» qui correspond à des lésions cérébrales *a minima* passées inaperçues. Clements et Peters proposent en 1962 le terme de «*Minimal Brain Dysfunction*» qui a ensuite été largement repris.

Les premières tentatives empiriques d'établir des critères diagnostiques des THADA ont été réalisées par l'Association Américaine de Psychiatrie: DSM-II en 1968, DSM-III en 1980, DSM-III-R en 1987 et DSM-IV en 1994. L'intérêt initial sur l'hyperactivité s'est élargi vers les problèmes d'attention et vers l'impulsivité. Les changements successifs dans les critères diagnostiques et les sous-types de THADA reflètent la combinaison d'observations cliniques et de consensus établis lors de réunions d'experts.

Le processus diagnostique actuel comporte l'évaluation des critères définis par des systèmes diagnostiques internationalement reconnus: American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV, 1994) et International Classification of Disease (ICD-10, 1992 et 1993). Le DSM-IV est le plus utilisé internationalement et repère trois sous-types: inattention, hyperactivité-impulsivité et impulsivité. Les symptômes doivent persister pendant au moins 6 mois et entraîner une gêne notable dans au moins deux contextes différents (en général milieu familial et école). L'utilisation progressive de nouveaux critères diagnostiques inclus dans le DSM-IV a entraîné une augmentation de la prévalence de THADA, notamment des troubles de l'attention (Taylor et al., 1998).

De son côté, l'ICD-10 utilise le concept de troubles hyperkinétiques qui comportent des critères plus restrictifs, ceci entraînant une identification plus faible de ces troubles par rapport au THADA du DSM-IV (Swanson et al., 1998).

Des recommandations d'experts ont été établies ces dernières années aux États-Unis par l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997,

2002) et par l'American Academy of Pediatrics (2000 et 2001). Des experts européens ont également établi des recommandations (Taylor et al., 1998). Sous l'égide du Conseil de l'Europe, le Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants a organisé un séminaire de réflexion sur les problèmes relatifs aux diagnostics des THADA et aux traitements par des stimulants (2000, 2003).

2. Prévalence des troubles hyperactifs avec déficit de l'attention

Les troubles hyperactifs avec déficit de l'attention (THADA) représentent le diagnostic pédopsychiatrique le plus fréquent aux Etats-Unis, concernant 4 à 8% des enfants de 6 à 12 ans dans la population générale selon les études récentes, avec une prévalence globale estimée de 8 à 10% (American Academy of Pediatrics, 2000). Une étude longitudinale signale une prévalence globale de 7.5% de THADA dans une population de sujets nés entre 1976 et 1982 (Barbaresi et al., 2002). Sur une population consultante de 57'216 enfants et adolescents de 3 à 17 ans appartenant à un HMO, une étude en identifie 2'992 (5.2%) avec un THADA (Guevara et al., 2001). Selon une estimation publiée par le National Institute of Mental Health, au moins un enfant en moyenne par classe aux Etats-Unis nécessite une intervention en raison d'un THADA (NIMH Press Release, 12.12.1999).

L'utilisation progressive de nouveaux critères diagnostiques, actuellement le DSM-IV, a entraîné une augmentation de la prévalence de THADA (Taylor et al., 1998). Les *rating scales* ont tendance à mettre en évidence un taux plus élevé (American Academy of Pediatrics, 2000; Wolraich et al., 1998), tandis que les taux sont plus bas lors de l'utilisation d'entretiens diagnostiques semi-structurés (Swanson et al., 1998, 1999; Shaffer et al., 1996).

Il est important de relever que les données épidémiologiques concernant les pays européens sont encore rares. A titre d'exemple, une étude allemande portant sur 1'077 élèves de 5 à 12 ans, investigués par des questionnaires remplis par les enseignants, montre une prévalence générale de 9.6% selon les critères du DSM-III et de 17.8% selon les critères du DSM-IV (Baumgaertel et al., 1995). Une étude zurichoise relève 5.2% de sujets ayant des symptômes évocateurs d'un THADA (DISC 2.3, DSM-III-R) sur une cohorte de 379 enfants et adolescents âgés de 6 à 17 ans dont les parents ont accepté de participer à des entretiens diagnostiques (Steinhausen et al., 1998). Une étude ultérieure sur l'évolution de ces jeunes, âgés de 15 à 19 ans, constate un taux de 2.6% seulement (Steinhausen et al., 2003).

Au vu des études récentes nord-américaines qui montrent une augmentation de la prévalence des THADA et du recours à des traitements médicamenteux, il est important de poursuivre le recueil de données auprès de populations d'enfants suisses en accordant une importance particulière aux évaluations cliniques.

3. Troubles associés aux troubles hyperactifs avec déficit de l'attention (comorbidité)

Un autre aspect très important de l'évaluation et des mesures thérapeutiques des THADA concerne la prise en considération des troubles associés. L'évaluation et le traitement des troubles associés sont souvent aussi importants que l'appréciation et les attitudes thérapeutiques pour les troubles hyperactifs avec déficit de l'attention (Cantwell, 1996).

De nombreuses études constatent une association nette des troubles hyperactifs avec déficit de l'attention avec les problèmes d'apprentissage scolaire, les troubles du comportement et les troubles anxieux (Jensen et al., 1997).

Environ deux tiers des cas de THADA d'âge scolaire correspondant aux critères cliniques présentent au moins un autre diagnostic psychiatrique (Arnold et Jensen, 1995; Cantwell, 1994; Notellman et Jensen, 1995). Les prévalences de comorbidité varient selon les cohortes de sujets et les groupes cliniques. Les troubles des conduites et les troubles oppositionnels semblent être plus élevés chez les sujets traités dans un service psychiatrique, et les troubles des apprentissages scolaires chez les sujets évalués par des pédiatres (Cantwell, 1996).

Une fréquence élevée de comorbidité des sujets atteints d'un THADA avec des troubles des conduites (42.7% des jeunes de 12 à 16 ans), et un peu moins avec des troubles émotionnels (19.3%), est constatée par une étude canadienne de référence (Offord et al., 1987, 1989). Une étude américaine sur 776 jeunes de 9 à 18 ans souffrant d'un THADA constate les fréquences suivantes de diagnostics associés: troubles des conduites: 56%; troubles oppositionnels: 54%; anxiété généralisée: 23%; angoisse de séparation: 24%; dépression majeure: 13% (Cohen et al., 1993).

D'autres recherches relatent une association de 30 à 50% des THADA avec les troubles du comportement, de 20 à 40% avec les troubles des apprentissages (par ex. dyslexie), et de 25 à 50% avec les troubles émotionnels (Biederman et al., 1991; Hinshaw, 1992). Le sous-groupe des THADA avec hyperactivité-impulsivité prédominante est associé dans plus de 80% des cas à des troubles du comportement (Baumgaertel et al., 1995).

4. Diagnostic et traitements des troubles hyperactifs avec déficit de l'attention

4.1 Considérations générales

Les troubles hyperactifs avec déficit de l'attention (THADA) nécessitent une investigation clinique rigoureuse pour préciser le diagnostic, la présence de troubles associés, la nature des facteurs impliqués ainsi que les mesures thérapeutiques appropriées en tenant compte des particularités de chaque situation et de l'âge des sujets. L'expérience clinique montre qu'une approche multimodale est essentielle pour agir sur les différentes dimensions des troubles (par ex. psychique, familiale, relationnelle, éducative, pédagogique, etc., en sus de la dimension neurobiologique et pharmacologique).

Il est recommandé que l'enfant souffrant d'un THADA et sa famille soient accompagnés sur le plan psychologique (par ex. consultation thérapeutique, psychothérapie, psychodrame, thérapie de famille). Dans certains cas, la réalisation d'autres traitements est également indiquée (par ex. logopédie, psychomotricité, ergothérapie). La collaboration avec les membres du réseau est aussi essentielle: le corps médical, les enseignants, les spécialistes des services de psychologie scolaire, les thérapeutes installés en privé et les autres professionnels (par ex. aide éducative, protection de la jeunesse, orientation et formation professionnelle).

Les psychostimulants représentent actuellement le traitement médicamenteux recommandé aux Etats-Unis (American Academy of Pediatrics, 2000, 2001; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1997, 2002), ainsi que sous l'égide du Conseil de l'Europe (2000, 2003). La prescription d'un stimulant réduit souvent les symptômes centraux des THADA et peut favoriser une amélioration du fonctionnement de l'enfant dans ses activités scolaires et sociales. Les stimulants comme le méthylphénidate (MPH, Ritaline®) suscitent des réserves et parfois des polémiques médiatiques ou bien l'espoir de «pilule miracle» chez certains parents qui guettent l'annonce de nouveaux médicaments sur Internet.

4.2 Diagnostic

Le diagnostic d'un trouble hyperactif avec déficit de l'attention THADA est une démarche clinique qui prend en considération l'évolution des troubles depuis l'âge précoce jusqu'à la période actuelle, de leur présence à travers le temps et dans différents contextes, de leur impact dans le cadre familial, à l'école et dans d'autres activités. Le clinicien a plusieurs sources d'informations, incluant des entretiens avec l'enfant et les parents, des investigations

neurologiques, des tests psychologiques ainsi que des questionnaires précisant la présence des symptômes dans le cadre familial et à l'extérieur (en général à l'école).

Le clinicien doit être familier avec le développement normal de l'enfant et les différentes pathologies pédiopsychiatriques et développementales, réaliser une investigation clinique approfondie, recueillir des informations provenant de différentes sources, puis établir une synthèse permettant l'élaboration d'un diagnostic différentiel approprié spécifique à chaque situation. Il est également important de tenir compte des facteurs environnementaux (par ex. fonctionnement familial, pratique pédagogique, contexte culturel) qui jouent aussi un rôle important.

Le but de la démarche clinique est l'évaluation des critères permettant de poser un diagnostic de THADA, tout en tenant compte également des troubles associés. Dans certains cas, il est indiqué de réaliser des investigations complémentaires auprès de spécialistes (par ex. pédopsychiatre, neuropédiatre, psychologue, logopédiste, psychomotricien, ergothérapeute). Par ailleurs, il est recommandé de collaborer étroitement avec les parents et les différents intervenants auprès de l'enfant (par ex. avec les enseignants).

L'utilisation de questionnaires spécifiques pour les THADA est certes utile pour préciser l'impact des troubles, mais l'investigation clinique reste le point central dans l'évaluation des THADA, ceci en collaboration étroite avec les parents et l'enfant. Il est à signaler que les questionnaires ont tendance à mettre en évidence un taux plus élevé de THADA (American Academy of Pediatrics, 2000; Wolraich et al., 1998), tandis que les taux sont plus bas lors de l'utilisation d'entretiens diagnostiques semi-structurés (Swanson et al., 1998, 1999; Shaffer et al., 1996). Les questionnaires les plus utilisés sont actuellement ceux développés par Conners (1999), par Swanson (SNAP-IV, Swanson et al., 1999a) et par DuPaul (ADHD Rating Scale IV, DuPaul et al., 1998). Par ailleurs, des tests neuropsychologiques sont utiles pour investiguer les problèmes d'attention (par ex. Continuous Performance Task, Wisconsin Card-Sorting Test).

4.3 Traitements médicamenteux

4.3.1 Données de santé publique

Les deux dernières décennies ont été marquées aux USA par une augmentation considérable de la prescription des stimulants dans le traitement des THADA chez les enfants et les adolescents (Greenhill et al., 1999), ce qui devient un problème pré-occupant de santé publique.

Une revue des données accessibles estime à deux fois et demie le facteur d'augmentation de la prévalence de la prescription de méthylphénidate aux Etats-Unis entre 1990 et 1995, concernant au total 2.8% des enfants âgés de 5 à 18 ans en 1995, ceci correspondant à 1,5 millions des 52 millions d'enfants de cette tranche d'âge (Safer et al., 1996). Selon une étude récente (Robinson et al., 1999) la prescription des stimulants aux Etats-Unis a plus que doublé entre 1990 et 1995, et même presque triplé pour les enfants entre 5 et 18 ans. Le taux de prescription de méthylphénidate (Ritaline®) et d'amphétamines aux enfants américains est passé de 1.1 à 2.8%.

Les informations commerciales sur la consommation annuelle suggèrent que la prescription des stimulants serait de 10 à 30 fois plus élevée en Amérique du Nord qu'en Angleterre (Taylor, 1999). En Europe, la prescription de stimulants pour les THADA est variable selon les pays (Gillberg et al., 1997), mais plus élevée en Angleterre que dans les autres pays européens (Taylor, 1999). Elle est actuellement en voie d'augmentation sous l'effet de la sensibilisation du corps médical par des publications récentes et par les associations de parents d'enfants souffrant de THADA.

Une étude suisse récente concernant l'évolution du nombre de prescriptions de Ritaline® (méthylphénidate) dans le canton de Neuchâtel entre 1996 et 2000 met en évidence une augmentation importante de la prescription, ceci surtout depuis 1998, avec une multiplication par 2.5 environ du nombre de patients traités pour cette seule année, puis de 30 à 40% par an en 1999 et 2000 (Medioni, 2002). Une étude suédoise signale que 0.08% des enfants entre 5 et 18 ans ont reçu un psychostimulant en 1998, ceci avec une augmentation de presque 30 fois durant la dernière décennie (Ekman et Gustafsson, 2000). Ces auteurs relatent que les prescriptions concerneraient environ 0.3% des enfants en Norvège avec une augmentation de 6.5 fois en 10 ans.

4.3.2 Psychostimulants

Comme le montre l'expérience clinique et de nombreuses recherches, la médication représente un élément important du traitement des enfants et des adolescents présentant un THADA. Il s'agit actuellement surtout des psychostimulants qui réduisent souvent les symptômes centraux du THADA et visent une amélioration du fonctionnement de l'enfant dans ses activités scolaires et sociales. Les psychostimulants agissent principalement en améliorant les capacités d'attention et en réduisant l'hyperactivité et l'impulsivité. Leur effet est rapide durant la présence du médicament dans l'organisme, et in-

directement de plus longue durée en réduisant les problèmes de l'enfant, en améliorant ses performances scolaires et en permettant la réalisation d'approches thérapeutiques complémentaires dans des conditions plus favorables.

La majorité des stimulants, comme le méthylphénidate (Ritaline®) ont une durée d'action courte, de 3 à 5 heures après l'ingestion, ce qui peut nécessiter jusqu'à trois prises quotidiennes. Les préparations de longue durée d'action simplifient la prise et augmentent le respect de la posologie par les sujets (Greenhill, 1995).

Comme tous les psychotropes, les psychostimulants doivent être prescrits par des médecins expérimentés et leur prescription doit être soigneusement suivie. La prise de nourriture accélère l'absorption (par exemple petit-déjeuner, repas de midi), mais n'a aucune influence sur la quantité absorbée. Il est recommandé de ne pas prendre de médicament en fin de journée. Les préparations de longue durée comportent l'avantage d'une prise quotidienne unique, mais peuvent selon les cas être un peu moins efficaces que les préparations de courte durée prises 2 à 3 fois par jour. Chaque situation doit être évaluée de manière régulière afin de réévaluer le dosage approprié ou le type de médicament approprié.

Les psychostimulants n'entraînent généralement pas d'effets secondaires graves. Le début du traitement peut s'accompagner d'une légère diminution de l'appétit et de troubles du sommeil, occasionnellement de céphalées ou d'une somnolence. D'autres effets secondaires rares, comme sur la pression artérielle ou la prise de poids, ne sont cliniquement le plus souvent pas significatifs et ne doivent pas être une source d'inquiétude pour les parents.

La prescription de stimulants chez les enfants de moins de 6 ans est limitée à des indications très précises. Il est également important de vérifier que les enfants et surtout les adolescents ne prennent pas en parallèle de substances psychotropes et ne donnent pas ou ne vendent pas à des camarades les psychostimulants prescrits.

Le risque que la prise régulière d'un psychostimulant puisse favoriser ultérieurement une consommation de substances addictives est une question qui revient constamment. Dans l'état actuel des connaissances, il n'y a pas d'arguments qui permettent d'affirmer qu'un traitement de psychostimulants favorise un abus de substance ou une dépendance à l'adolescence ou à l'âge adulte. Par contre, de nombreuses études relèvent le rôle des troubles associés, principalement les troubles des conduites, comme facteur de risque significatif (Wilens et al., 1997; Horner et al., 1997). Barkley et al. (2003) le

démontrent dans leur étude récente portant sur une période de 13 ans sur 147 sujets THADA. D'autre part, les adolescents et les jeunes adultes présentant un THADA et qui n'ont pas bénéficié d'un psychostimulant, ont un risque plus élevé de développer des comportements d'abus ou de dépendance de substances (Biederman et al., 1999; Wilens et al., 2003a).

Le méthylphénidate (Ritaline®) est actuellement le médicament le plus utilisé aux Etats-Unis comme le montre la cohorte de 29'734 enfants en âge scolaire étudiée par LeFever et al. (1999): 90% des cas de THADA prennent du méthylphénidate, 5% du méthylphénidate en association avec un autre médicament, et 10% un autre médicament.

Cette situation se retrouve de manière plus accentuée en Suisse où le méthylphénidate est actuellement le médicament de loin le plus utilisé pour les THADA.

Ces dernières années, deux formes de méthylphénidate de plus longue durée d'action ont été récemment enregistrées par Swissmedic. La Ritalin SR® est utilisée depuis une dizaine d'années aux Etats-Unis dans le traitement des THADA (Patrick et al., 1989). Cette préparation commence à agir 90 minutes après l'ingestion (30 minutes pour la préparation habituelle), avec un dosage plasmatique moins élevé que le méthylphénidate à effet rapide et un pic diminuant après trois heures (Birmaher et al., 1989). L'impression clinique tend à montrer que cette préparation est moins efficace que le méthylphénidate courte durée. Des études observent effectivement que le MPH retard possède une efficacité un peu moins élevée que la forme immédiate (Pelham et al., 1987, 1990; Greenhill et Osman, 1999; Wigal et al. 1999). La solution de prescrire en parallèle la forme immédiate peut être utile, mais peut diminuer l'avantage pratique de l'ingestion unique.

La Ritalin LA® a une plus longue durée d'action et possède deux pics plasmatiques: le 1^{er} apparaissant 2 heures après l'ingestion et le 2^{ème} environ après 6 heures (Safer, 2002). L'efficacité sur les symptômes du THADA par rapport à un placebo a été démontré (Lyseng-Williamson et Keating, 2002). La tolérance est bonne et similaire au MPH de courte durée d'action (Biederman et al., 2002a, 2002b). Les effets secondaires les plus fréquents sont les céphalées, l'insomnie et les douleurs abdominales (Wigal, 2002).

La Ritaline SR® (20 mg) et Ritaline LA® (20 mg, 30 mg et 40 mg) sont maintenant disponibles en Suisse. Les effets à long terme de ces préparations ne sont pas connus et doivent encore être évalués.

Le méthylphénidate OROS (Concerta®) est une autre préparation récente de MPH de longue durée (ALZA Corporation and Crescendo Pharmaceuticals Corporation) qui est disponible en Suisse depuis la fin de 2003.

Le MPH OROS a une action d'environ 12 heures avec un premier pic plasmatique une à deux heures et un deuxième pic entre 6 et 8 heures après la prise. L'OROS libère du MPH, tout d'abord rapidement pour permettre un effet rapide (1–2 heures), puis régulièrement pendant 10 heures (Modi et al., 2000). La pharmacocinétique de l'OROS est proche des préparations ayant une durée d'action immédiate et une durée longue. Cette préparation permet une dose unique journalière qui favorise le respect de la posologie (la compliance).

Plusieurs études comparatives (Pelham et al., 2001; Wolraich et al., 2001; Swanson et al., 2003) constatent une efficacité globalement superposable entre le MPH de courte durée (3 fois/j.) et le MPH OROS. Sur une cohorte de 407 sujets THADA de 6 à 13 ans durant 12 mois, les auteurs observent aussi que le MPH OROS est relativement bien toléré et efficace (Wilens et al., 2003b); cependant, 28 sujets (6.9%) ont interrompu le traitement à cause d'effets secondaires (par ex. tics, perte d'appétit, insomnie, aggravation du THADA). Les données mensuelles provenant des parents et des enseignants donnent des scores relativement constants durant les 12 mois de l'étude. Une augmentation du dosage a surtout été observée durant les 3 premiers mois (0.12 mg/kg). Malgré sa durée d'action prolongée, le MPH OROS (Concerta®) semble avoir peu d'impact, d'après les parents, sur le sommeil (74% des sujets ayant une bonne qualité de sommeil). Les effets, d'une durée de 12 heures environ, apportent une couverture médicamenteuse efficace durant l'école, l'après-midi et la fin de journée (Wigal, 2002).

Lorsque le méthylphénidate n'a pas une efficacité suffisante ou s'accompagne d'effets secondaires indésirables, il est possible d'utiliser la dextroamphétamine (Dexamin®) comme alternative. Cet autre psychostimulant a une durée de vie un peu plus longue que le MPH et son efficacité semble être équivalente (Connors, 1972; Barkley, 1977; Rapoport et al., 1978; Elia et al., 1991).

Les indications officielles de Swissmedic concernant la Dexamin® ne mentionnent pas l'utilisation de ce produit pour le traitement du THADA. Les médecins qui le prescrivent le font sous leur propre responsabilité (usage «*label off*»). Une étude suisse de Ryffel (2003) sur une population de 51 patients relève l'efficacité de la Dexamin® lorsque l'indication est posée de manière rigoureuse et le dosage approprié

à chaque patient. La Dexamin® est un second choix qui peut aboutir à un succès thérapeutique pour certains patients.

4.3.3 Médicaments non psychostimulants

Les antidépresseurs tricycliques ne sont pas les médicaments de premier choix, mais ils possèdent une efficacité dans les THADA selon quelques études concernant surtout l'imipramine, la desipramine et la nortriptyline (Spencer et al., 1996; Brown et al., 2002). L'efficacité des tricycliques dans les THADA est principalement liée au blocage du recaptage de la norepinéphrine (Pliszka et al., 1996). D'après les études, les tricycliques semblent agir plus sur les aspects comportementaux et moins sur les composantes cognitives. Ces médicaments ont l'avantage d'avoir une durée d'action plus longue que le MPH et de permettre une prise quotidienne unique.

Les antidépresseurs tricycliques sont actuellement utilisés comme un second choix possible si des sujets ne répondent pas favorablement aux stimulants, ou bien lorsqu'un trouble anxieux ou dépressif est associé au THADA. Lors d'association d'un THADA avec un trouble bipolaire, nous manquons encore de données. Spencer et al. (2002) relève l'utilité de la desipramine lors de tics chroniques associés à un THADA chez des enfants et des adolescents.

Cependant, la monothérapie avec un antidépresseur peut ne pas avoir un effet suffisant sur les symptômes (Birmaher et al., 1996).

Quelques cas d'enfants décédés subitement sous desipramine ont été décrits (Grob et Coyle, 1986), tandis qu'un panel d'experts américains recommande malgré tout l'imipramine ou la nortriptyline (Pliszka et al., 2000a).

Toutefois, l'utilisation d'un tricyclique nécessite une attention particulière notamment en raison des risques potentiels de troubles cardiaques et de la diminution du seuil épiléptogène.

Les antidépresseurs SSRI ont été encore peu étudiés comme alternative à un stimulant. Deux études ont montré l'efficacité modérée de la fluoxétine chez les enfants ayant un THADA (Barrickman et al., 1991; Campbell et al., 1995). Lors d'association avec des troubles anxieux et dépressifs, les SSRI comme la fluoxétine peuvent être utilisés (Gammon et al., 1993; Pliszka et al., 2000b). Des études contrôlées devraient être réalisées pour préciser l'indication des SSRI dans le traitement des THADA.

La clonidine (Catapresan®) n'est pas un stimulant, mais initialement un antihypertenseur agissant par

l'intermédiaire des mécanismes α -adrénergiques. La clonidine a tout d'abord été utilisée conjointement avec le MPH pour agir sur l'hyperactivité, l'impulsivité et surtout l'agressivité, puis seule comme alternative au MPH (Hunt et al., 1985; Connor et al., 2000). La clonidine est aussi utilisée lors d'effets secondaires avec le MPH ou une autre amphétamine (Steingard et al., 1993; Wilens et al., 1994). Une méta-analyse de 11 études confirme que la clonidine seule peut avoir une certaine efficacité dans le traitement des enfants THADA (Connor et al., 1999).

L'utilisation de clonidine suscite actuellement des réserves suite au décès subit de 4 enfants, dont les causes sont difficiles à interpréter en raison de circonstances spéciales (Swanson et al., 1999b; Wilens et al., 1999). Comme il n'y a pas eu d'autres cas similaires, une conférence de consensus au Texas (Pliszka et al., 2000a, 2000b) et les recommandations de l'AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) de 2002 proposent que la clonidine continue à être utilisée seule ou conjointement avec le MPH. Il est conseillé de réaliser un bilan médical et de rechercher des antécédents cardiaques, qui pourraient être une contre-indication.

L'atomoxétine (Strattera®) suscite aujourd'hui un grand intérêt dans le traitement des THADA, du fait que cette substance n'est pas un psychostimulant et que sa structure la rapproche d'un antidépresseur. L'atomoxétine est un inhibiteur du transport présynaptique de la norepinéphrine, qui a une affinité minimale avec les autres récepteurs noradrénergiques.

Des recherches récentes constatent que l'atomoxétine est efficace et bien tolérée chez les enfants et les adolescents (Spencer et al., 2002a, 2002b; Wernicke et al., 2002). L'efficacité de l'atomoxétine est supérieure à un placebo sur les symptômes principaux et ses effets sont comparables à ceux du MPH (Michelson et al., 2001, 2002; Biederman et al., 2002c; Kratochvil et al., 2002). Des données préliminaires suggèrent aussi son efficacité chez l'adulte (Spencer et al., 1998; Michelson et al., 2003).

Une analyse des données cliniques provenant de plusieurs recherches montre que l'atomoxétine provoque peu d'effets indésirables aux doses recommandées de 1.2 mg/kg/j à 1.8 mg/kg/j (Wernicke et Kratochvil, 2002). La prescription d'une prise ou de deux prises par jour semble entraîner une efficacité et une tolérance sans différence notable. Les céphalées sont l'effet secondaire le plus fréquent (34.7% sur 1'290 sujets), puis la diminution de l'appétit (16.9%) avec une perte de poids initiale qui est généralement suivie d'une reprise pondérale, des vomissements (12%), des nausées (8%), une irritabilité (7%) et une somnolence (7%). Par ailleurs, l'atomoxétine ne semble pas avoir de potentialité addictive.

tive (Heil et al., 2002) ni entraîner des troubles problématiques sur la conduction cardiaque (Michelson et al., 2002). D'autres études sont nécessaires pour mieux évaluer l'efficacité, la tolérance à long terme et l'action sur les troubles associés, notamment sur les fonctions cognitives.

4.4 Prises en charge multimodales

Les prises en charge non-médicamenteuses des enfants et adolescents souffrant d'un trouble hyperactif avec déficit de l'attention THADA dépendent généralement des formes de traitement, qui varient d'un pays à l'autre. En Amérique du Nord et dans certains pays européens (par ex. Angleterre, Allemagne), les thérapies cognitives et comportementales, ainsi que les soutiens pédagogiques d'enseignants, font généralement partie de la palette des interventions (Swanson et al., 1998). Par contre, les professionnels ayant une formation psychanalytique et/ou de thérapie familiale, comme en France et en Suisse romande, ont tendance à réaliser des psychothérapies (individuelle ou de groupe), des psychodrames ainsi que des thérapies de famille. Pour les enfants plus jeunes, la psychomotricité est également pratiquée dans nos régions, comme certaines techniques d'intégration sensorielle réalisées par des ergothérapeutes.

Parallèlement aux traitements médicamenteux, il est recommandé de réaliser des prises en charge psychothérapeutiques de l'enfant et de l'adolescent, ceci en associant étroitement les parents. La forme de ces traitements est variée, dépendant à la fois des situations cliniques, des formations et des disponibilités des thérapeutes (par ex. consultation thérapeutique, psychothérapie individuelle, psychothérapie de groupe, psychodrame, psychothérapie cognitivo-comportementale, thérapie de famille).

Selon la nature des troubles associés, d'autres formes de traitement doivent aussi être réalisées (par exemple logopédie, psychomotricité, ergothérapie). En raison de l'association assez fréquente de troubles du langage, il est vivement recommandé de réaliser un bilan logopédique en cas de difficultés langagières. L'expérience clinique montre aussi l'utilité de la psychomotricité ou de l'ergothérapie, qui peuvent permettre à l'enfant de prendre plus conscience de son schéma corporel et de son organisation spatiale, de mieux coordonner ses mouvements et de plus impliquer son corps dans ses activités.

Par ailleurs, les enfants ayant un THADA peuvent aussi suivre des thérapies alternatives dont la fréquence ne doit pas être sous-estimée. Même si nous manquons encore de données scientifiques, notre pratique clinique nous montre qu'un certain

nombre de parents recourent aussi à des thérapies alternatives, comme nous allons le voir.

Une étude australienne de 1993, conduite auprès des parents de 290 enfants ayant un THADA (DSM-III-R) diagnostiqué par un pédiatre dans un service de santé publique, relève que 68% des enfants ont reçu au moins une fois un psychostimulant (Stubberfield et al., 1999). Les formes de thérapie reconnues se répartissent de la manière suivante: thérapie occupationnelle (12%), thérapie comportementale (9%) et consultation psychologique (4%). Cependant, soixante-quatre pourcent de tous ces enfants ont suivi des thérapies alternatives, ceci dans une proportion quasi équivalente entre ceux qui ont été traités par un psychostimulant (66%) et ceux sans médication (62%). Les régimes diététiques se distribuent de la manière suivante: pauvre en vitamines (44%), restriction de sucre (34%), alimentation antiallergique (17%), suppléments de vitamines (13%) et suppléments de naturopathie (9%).

Nous n'avons à ce jour pas de données suffisamment fiables pour retenir actuellement l'hypothèse du rôle de l'alimentation parmi les différents facteurs étiologiques des THADA. Certes, une très petite proportion d'enfants présentent des allergies à certains aliments, qui doivent alors être exclus de l'alimentation. La réalisation de thérapies alternatives relève bien sûr de la sphère privée des parents. Le point central est la collaboration étroite et les échanges d'informations entre les parents et les professionnels intervenant autour de l'enfant.

5. Recommandations

Il faut être spécialement attentif à dépister les troubles hyperactifs avec déficit de l'attention le plus tôt possible dans la scolarité des enfants qui en sont atteints. Une identification précoce permet la mise en place de mesures appropriées qui limitent alors les souffrances des enfants et de leurs familles. Elle améliore la poursuite de la scolarité de l'enfant ainsi que l'expression de son potentiel intellectuel et social. Il est essentiel d'apporter une aide aux enfants qui en ont besoin pour diminuer le risque de démotivation et de problèmes scolaires persistants.

Les investigations cliniques doivent être réalisées par des psychiatres d'enfants et d'adolescents et par des médecins pédiatres spécialement formés. Les investigations médicales doivent être une démarche clinique suivant des règles précises qui permettent d'aboutir à la synthèse des informations recueillies et de l'observation clinique. Le but de la démarche clinique est d'être en mesure de poser le diagnostic d'un THADA et de prendre en considération les troubles associés, tout en faisant soigneuse-

ment un diagnostic différentiel avec d'autres troubles qui peuvent comporter certaines similitudes au niveau des symptômes. Des investigations complémentaires auprès de spécialistes (par ex. pédopsychiatre, neuropédiatre, psychologue, logopédiste, psychomotricien, ergothérapeute) peuvent être indiquées dans certains cas, et apporter des informations indispensables pour définir les mesures thérapeutiques appropriées.

Les thérapeutes doivent bénéficier d'une formation approfondie et reconnue. Les autres intervenants doivent aussi être associés aux prises en charge avec l'accord des parents, en particulier le corps enseignant et les autres soignants. L'évolution des THADA ne dépend pas seulement des mesures prises et réalisées par les spécialistes, mais également de la collaboration avec les parents et les autres intervenants auprès de l'enfant.

En effet, il est indispensable que les intervenants collaborent étroitement et de manière régulière, pour permettre une meilleure compréhension des points de vue respectifs liés aux différents contextes d'observation de l'enfant et à la subjectivité des différents regards (parents, enfant, enseignants, professionnels). Une réflexion commune permet de déboucher sur un consensus, ou en tout cas sur des décisions partagées.

Les spécialistes impliqués dans l'évaluation et dans les mesures susceptibles d'être proposées à un enfant doivent être intégrés dans ces échanges, en particulier le corps médical, les spécialistes des services de psychologie scolaire, ainsi que d'autres spécialistes travaillant dans les domaines de l'aide éducative, de la formation professionnelle ou de la protection de la jeunesse.

6. Bibliographie

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:85S–121S.
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:26S–49S.
3. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: diagnosis and evaluation of the child with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2000;105:1158–70.
4. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: treatment of the school-aged child with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2001;108:1033–44.
5. Arnold LE, Jensen PS. Attention-deficit disorders. In: Kaplan H, Sadock B (Eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1995:2295–2310.
6. Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Pankratz VS, Weaver AL, Weber KJ, Mrazek DA, Jacobsen SJ. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Incidence in a population-based birth cohort in Rochester, Minn. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2002; 156(3):217–24.
7. Barkley RA. A review of stimulant drug research with hyperactive children. *J Child Psychol Psychiatry* 1977;18:137–65.
8. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Does the treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. *Pediatrics* 2003; 111:97–109.
9. Barrickman L, Naves R, Kuperman S, Schumacher E, Verda M. Treatment of ADHD with fluoxetine: a preliminary trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:762–7.
10. Baumgaertel A, Wolraich M, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995;34:629–38.
11. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry* 1991;148:564–77.
12. Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. Pharmacotherapy of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 1999;104:e20.

13. Biederman J, Quinn D, Wigal S, et al. Méthylphénidate hydrochloride extended release capsules: once-daily therapy for ADHD (abstract n° NR334) (2002a). American Psychiatric Association 2002 Annual Meeting: 2002 May 18–23; Philadelphia (PA).
14. Biederman J, Quinn D, Weiss M, et al. Méthylphénidate hydrochloride extended release capsules (Ritalin LA): a new once-daily therapy for ADHD (poster) (2002b). American Psychiatric Association 2002 Annual Meeting: 2002 May 18–23; Philadelphia (PA).
15. Biederman J, Heiligenstein JH, Faries DE, Galil N, Dittman R, Emslie GJ, et al. Efficacy of atomoxetine versus placebo in school-age girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2002c;110:e75.
16. Birmaher B, Greenhill LL, Cooper TB, Fried J, Maminski B. Sustained released méthylphénidate: pharmacokinetic studies in ADHD males. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:768–72.
17. Birmaher B, Ryan ND, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1575–83.
18. Brown RT, La Rosa A. Recent development in the pharmacotherapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Professional Psychology: Research and Practice* 2002;33:591–5.
19. Campbell NB, Tamburrino MB, Evans CL, Franco KN. Fluoxetine for ADHD in a young child. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1259–60.
20. Cantwell DP. Therapeutic management of attention deficit disorder: participant workbook. New York: SCP Communication 1994:4–20.
21. Cantwell DP. Attention-deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;35:978–87.
22. Clemens SD, Peters JE. Minimal brain dysfunction in the school-aged child. *Arch Gen Psychiatry* 1962;6:185–97.
23. Cohen P, Cohen J, Kasen S, et al. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1993;34:851–67.
24. Conners CK. Psychological effects of stimulant drugs in children with minimal brain dysfunction. *Pediatrics* 1972;49:702–8.
25. Conners CK. Clinical use of rating scales in diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatric Clinics of North America* 1999;46(5):857–70.
26. Connor DF, Fletcher KE, Swanson JM. A meta-analysis of Clonidine for symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1551–9.
27. Connor DF, Barkley RA, Davis HT. A pilot study of méthylphénidate, clonidine, or the combination in ADHD comorbid with aggressive, oppositional, deviant or conduct disorder. *Clinical Pediatrics* 2000;39:15–25.
28. Council of Europe. Attention-deficit/Hyperkinetic Disorders: their diagnosis and treatment with stimulants. Strasbourg (France), Council of Europe Publishing, 2000.
29. Council of Europe. Controlling the diagnosis and treatment of hyperactive children in Europe. Parliamentary Assembly Recommendation 1562. Committee of Ministers, Strasbourg (France), March 26, 2003.
30. DSM-II. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, second ed. Washington DC, American Psychiatric Association, 1968.
31. DSM-III. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th ed. Washington DC, American Psychiatric Association, 1980.
32. DSM-III-R. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th ed, rev. Washington DC, American Psychiatric Association, 1987.
33. DSM-IV. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
34. DSM-IV. American Psychiatric Association – DSM-IV (1994). Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4^{ème} édition. Traduction française par Guelfi J-D et al. Masson, Paris, 1996.
35. DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R. ADHD Rating Scale IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation. New York, Guilford, 1998.
36. Ekman JT, Gustafsson PA. Stimulants in ADHD, a controversial treatment only in Sweden? *European Child and Adolescent Psychiatry* 2000;9(4):312–3.
37. Elia S, Borcherding BJ, Rapoport JL, Keysor CS. Méthylphénidate and dextroamphetamine treatments of hyperactivity: are there true nonresponders?. *Psychiatry Research* 1991;36:141–55.
38. Gammon GD, Brown TE. Fluoxetine and méthylphénidate in combination for treatment of attention deficit and comorbid depressive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1993;3:1–10.
39. Gillberg C, Melander H, von Knorring A-L, et al. Long-term stimulant treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder symptom. *Archives of General Psychiatry* 1997;54:857–64.
40. Greenhill LL. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: the stimulants. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1995;4:123–68.
41. Greenhill LL, Osman B. Ritalin: theory and practice. New York (NY): Mary Ann Liebert; 1999.

42. Greenhill L, Halperin JM, Abikoff H. Stimulant Medications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999;38:503–12.
43. Grob CS, Coyle JT. Suspected adverse méthylphénidate-imipramine interactions in children. *J Dev Behav Pediatr* 1986;7:265–267.
44. Guevara J, Lozano P, Wickizer T, Mell L, Gephart H. (2001). Utilization and cost of health care services for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001;108(1),71–8.
45. Heil SH, Holmes HW, Bickel WK, et al. Comparison of the subjective, physiological, and psychomotor effects of atomoxetine and méthylphénidate in light drug users. *Drug Alcohol Depend* 2002;67(2):149–56.
46. Hinshaw SP. Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin* 1992;111:127–55.
47. Horner BR, Scheibe KE. Prevalence and implications of attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:30–6.
48. Hunt RD, Minderaa RB, Cohen DJ. Clonidine benefits children with attention deficit disorder and hyperactivity: report of a double-blind placebo-crossover therapeutic trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1985;24:617–29.
49. Jensen PS, Martin D, Cantwell DP. Comorbidity in ADHD: Implications for research, Practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36:1065–79.
50. Kahn E, Cohen L. Organic driveness: A brain stem syndrome and experience. *New Engl J Med* 1934;210:748–56.
51. Kratochvil CJ, Heiligenstein JH, Dittmann R, et al. Atomoxetine and méthylphénidate treatment in children with ADHD: a prospective randomized, open-label trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:776–84.
52. LeFever GB, Dawson KV, Morrow AL. The extent of drug therapy for attention-deficit/hyperactivity disorder among children in public school. *Am J Public Health* 1999;89:1359–64.
53. Lyseng-Williamson KA, Keating GM. Extended-release méthylphénidate (Ritalin® LA). *Drugs* 2002;62:2251–9.
54. Medioni L. Évolution du nombre de prescriptions de Ritaline® (méthylphénidate) dans le canton de Neuchâtel entre 1996 et 2000. *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique* 2002;15/02:284–9.
55. Michelson D, Faries D, Wernicke J, et al (Atomoxetine ADHD Study Group). Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics* 2001;108:e83.
56. Michelson D, Allen AJ, Busner J, et al. Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a randomized, placebo controlled study. *Am J Psychiatry* 2002;159:1896–1901.
57. Michelson D, Adler L, Spencer T, et al. Atomoxetine in adults with ADHD: two randomized, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 2003;53:112–20.
58. Modi NB, Lindelmuudre B, Gupta SK. Single- and multiple-dose pharmacokinetics of an oral once-a-day osmotic controlled-release ORO® (méthylphénidate HCl) formulation. *J Clin Pharmacol* 2000;40:379–88.
59. National Institute of Mental Health. Collaborative study finds effective treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. NIMH Press Release 1999(14/12/1999).
60. Nottelman ED, Jensen PS. Comorbidity of disorders in children and adolescents. *Developmental perspectives*. In: Ollendick TH, Prinz RJ (Eds). *Advances in clinical child psychology*. New York, Plenum Press 1995; vol. 17: 109–55.
61. Offord, D.R., Boyle M.H., Szatmari P, et al. Ontario Child Health Study II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilisation. *Archives of General Psychiatry*1987;44:832–6.
62. Offord DR, Boyle MH, Racine Y. Ontario Child Health Study: correlates of disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;31:951–60.
63. Patrick KS, Straughn AB, Jarvi EJ, Breese GR, Meyer MC. The absorption of sustained-release méthylphénidate formulations compared to an immediate-release formulation. *Biopharm Drug Dispos* 1989;10:165–71.
64. Pelham WE, Sturges J, Hoza J, et al. Sustained release and standard méthylphénidate effects on cognitive and social behavior in children with Attention-Deficit Disorder. *Pediatrics* 1987;80:491–501.
65. Pelham WE, Greenslade KE, Vodde-Hamilton MA, et al. Relative efficacy of long-acting stimulants on children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a comparison of standard méthylphénidate, sustained-release méthylphénidate, sustained-release dextroamphetamine, and pemoline. *Pediatrics* 1990;86:226–37.
66. Pelham WE, Gnagy EM, Burrows-McLean L, et al. Once-a-day concerta methylphenidate versus three-times-daily methylphenidate in laboratory and natural settings. *Pediatrics* 2001;107:e105.
67. Pliszka SR, McCracken JT, Maas JW. Catecholamines in attention-deficit/hyperactivity disorder: current perspectives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:264–72.

68. Pliszka SR, Greenhill LL, Crismon ML, et al. The Texas Children's Medication Algorithm Project: Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Part I: Tactics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000a;39:908–19.
69. Pliszka SR, Greenhill LL, Crismon ML, et al. The Texas Children's Medication Algorithm Project: Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Part II: Tactics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000b;39:920–7.
70. Rapoport JL, Buchsbaum MS, Zahn TP, Weingartner H, Ludlow C, Mikkelsen EJ. Dextroamphetamine: cognitive and behavioural effects in normal prepubertal boys. *Science* 1978;199:560–3.
71. Robinson LM, Sclar DA, Skaer TL, Galin RS. National trends in the prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorders and the prescribing of méthylphénidate among school-age children: 1990–1995. *Clinical Pediatrics* 1999;38:209–17.
72. Ryffel MH. Langzeiterfahrungen mit Stimulanzien bei ADHD: Empfehlungen für die Praxis. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2003;13:27–47.
73. Safer DJ, Zito JM, Fine EM. (1996). Increased méthylphénidate usage for attention-deficit disorder in the 1990s. *Pediatrics* 1996;98:1084–8.
74. Safer DJ. Extended-release méthylphénidate (Ritalin® LA). *Drugs* 2002;62:2260–1.
75. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;35(7):865–77.
76. Spencer TJ, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donnell D, Griffin S. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifecycle: a literature review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:409–32.
77. Spencer T, Biederman J, Wilens T, et al. Effectiveness and tolerability of tomoxetine in adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry* 1998;155:693–5.
78. Spencer TJ, Biederman J, Coffrey B, et al. A Double-blind comparison of desipramine and placebo in children and adolescents with chronic tic disorders and comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002a;59:649–56.
79. Spencer TJ, Heiligenstein JH, Biederman J, et al. Results from 2 proof-of-concept placebo-controlled studies of atomoxetine in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry* 2002b;63:1140–7.
80. Steingard R, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Gonzales S. Comparison of clonidine response in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder with and without tic disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:350–3.
81. Steinhausen H-C, Metzke CW, Meier M, Kanenberg R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:262–71.
82. Steinhausen H-C, Drechsler R, Foldenyi M, Imhof K, Brandeis D. Clinical course of attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood toward early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003;42(9):1085–92.
83. Still GF. The Coulston lectures on some abnormal physical conditions in children. *Lancet* 1902;1:1008–12.
84. Strauss AA, Lethinen LE. *Psychopathology and Education in the Brain Injured Child*. New York, Grune and Stratton, 1947.
85. Stubberfield T, Wray JA, Parry T. Utilization of alternative therapies in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Paediatrics and Child Health* 1999;35(5):450–3.
86. Swanson JM, Sergeant J, Taylor E, Sonuga-Burke E, Cantwell D, Jensen P. Attention-deficit/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet* 1998;351:429–33.
87. Swanson J, Lerner M, March J, Gresham FM. Assessment and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder in the schools. *Pediatric Clinics of North America* 1999;46(5):993–1009.
88. Swanson JM, Connor DE, Cantwell D. Combining méthylphénidate and clonidine: ill-advised. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999b;38:617–9.
89. Swanson J, Gupta S, Lam A, et al. Development of a new once-a day formulation of méthylphénidate for the treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:204–11.
90. Taylor E, Sergeant J, Doepfner M, et al. Clinical Guidelines for hyperkinetic disorder. *European Society for Child and Adolescent Psychiatry. Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998;7:184–200.
91. Taylor E. Development of clinical services for attention-deficit/hyperactivity disorder (comment). *Archives of General Psychiatry* 1999;56:1097–9.
92. Wernicke JF, Kratochvil CJ. Safety profile of atomoxetine in the treatment of children and adolescents with ADHD. *J Clin Psychiatry* 2002;63:50–5.

93. Wigal T, Swanson JM, Regino R, et al. Stimulant medications for the treatment of ADHD: efficacy and limitations. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 1999;5:215–24.
94. Wigal SB. Extended-release méthylphénidate (Ritalin® LA). *Drugs* 2002;62:2260–1.
95. Wilens TE, Biederman J, Spencer T. Clonidine for sleep disturbances associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:424–7.
96. Wilens TE, Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:475–82.
97. Wilens TE, Spencer TJ. Combining méthylphénidate and clonidine: a clinically sound medication option. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:614–6.
98. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003a;111:179–85.
99. Wilens T, Pelham W, Stein M, et al. ADHD treatment with once-daily OROS methylphenidate: interim 12-month results from a long-term open-label study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003b;42:424–33.
100. Wolraich ML, Feurer ID, Hannah JN, Baumgaertel A., Pinnock Y. (1998). Obtaining systematic teacher reports of disruptive behavior disorders utilizing DSM-IV. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1998;26(2):141–52.
101. Wolraich ML, Greenhill LL, Pelham W, et al. Randomized, controlled trial of OROS methylphenidate once-a-day in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2001;108:883–92.
102. World Health Organization. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
103. World Health Organization. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva, World Health Organization, 1993.

Adresse pour correspondance:
 Dr Michel Bader
 Médecin associé
 SUPEA – Unité de Recherche
 25A, Rue du Bugnon
 CH-1005 Lausanne
 Switzerland
 Tph: +41 21 314 74 95
 Fax: +41 21 314 74 21
 E-mail: Michel.Bader@inst.hospvd.ch

Suicide Attempts and Substance Use in Adolescents and Young Adults*

Monique Bolognini, Bernard Plancherel, Jacques Laget, Philippe Stéphan, Olivier Halfon, SUPEA, Department of Child and Adolescent Psychiatry, University of Lausanne, Switzerland

Abstract

Adolescence corresponds to a transition period which requires adaptation and change capacities and skills. Most young people succeed with this challenge, whereas a minority fail. In order to identify with the teenage culture, become autonomous and differentiate themselves from their parents, some adolescents choose to use drugs, beginning with the use of cigarettes, alcohol, and cannabis, followed by other illicit drugs such as opiates and stimulants. A high proportion of these adolescents attempt suicide, which is the primary cause of death during adolescence in many European countries.

A recent study was carried out in the French-speaking part of Switzerland on large cohorts of adolescent drug users. Results show the association of substance use and suicide attempts.

Moreover, they demonstrate the importance of mental health problems such as separation anxiety and major depression episode (MDE), and, to a lesser extent, some life events (abuse, attempts in the family, interruption of education), the fact of being dependent on others, and the need for support from others.

1. Introduction

Statistics show that suicide ranks among the top ten causes of death overall and among the two or three leading causes for those aged fifteen to twenty-five years. Mortality by suicide is consequently an extremely important public health problem. However, our knowledge of the true magnitude of suicide behaviour is still very limited, both generally and more specifically with regard to adolescents (Kienhorst et al., 1990; Smith and Crawford, 1986; Stillion and McDowell, 1996).

Most research on adolescent suicide, including risk factors, refer to conjectural phenomena such as life events, the death of a parent, problems in the family or problems related to the person's characteristics such as depressiveness, or behaviour disturbances, including drug use (Bukstein, 1995). In the literature it is often claimed that depression, and not only major depression, is associated with suicide attempts (Chabrol, 1992; Wunderlich et al., 1998; Harrington et al., 1994). The risk is increased when depression is associated with drug use, hopelessness, low self-esteem, passive coping style, social maladjustment, and family stress. As risk factors for suicide attempts some authors posit mental disturbances, family factors, and interpersonal factors (Kandel et al., 1991; Hawton et al., 1993; Overholser et al., 1997).

Key Words

Adolescents' Drug Use/Abuse,
Suicide Attempts,
Risk factors

* This project was supported by the Swiss Federal Office of Public Health, grant no 8053, in cooperation in France with INSERM (ref. 494013), Philippe Jeammet, Maurice Corcos and Martine Flament, Paris.

2. Procedure/Methods

The following data come from a research project developed in cooperation between Switzerland and France (1995–2000). The population includes 1491 subjects; a clinical population compared to a control group (cf. table 1).

Table 1: Distribution of the subjects

	Clinical subjects	Control subjects	Total
Females	427	469	896
Males	278	317	595
Total	705	786	1491

Mean age: 27.2 years

Suicide attempts were assessed in relationship with three main risk factors: life events, comorbidity and personality characteristics. The data refer to the population aged < 25 years (N = 485).

3. Results

3.1 Suicide attempts

Suicide attempts have been distributed according to the number of occurrences (cf. table 2). There are far fewer suicide attempts in the control group, compared to the clinical groups. Gender differences are substantial.

Table 2: Suicide attempts according to groups (N = 485; age < 25 years)

	Suicide attempts		No suicide attempt		N
	N	%	N	%	
Drug abuse females	18	48.6	19	51.4	37
Drug abuse males	22	33.8	43	66.2	65
Control females	19	6.6	267	93.4	286
Control males	4	4.1	93	95.9	97
Total	63	13.0	422	87.0	485

Chi² = 83.581 p < .001

Table 3: Suicide attempts according to the form of suicide (N = 102)

Way of suicide attempts	N	%
Drugs	13	12.6%
Drugs + alcohol	10	10.3%
Overdose (substances)	37	36.0%
Phlebotomy	29	28.7%
Hanging	5	4.6%
Others	8	7.8%

Table 3 shows the distribution of suicide attempts in substance use subjects according to the way of attempting suicide. It is observed that most of the adolescent subjects use drugs, phlebotomy¹ or overdose.

¹ Phlebotomy is defined as a voluntary vein section leading to bleeding with the intention of self-harm.

3.2 Comorbidity

Many studies have shown that there is a relationship between psychiatric disturbances and suicide attempts (Brent et al., 1994; Bukstein et al., 1993; Kandel et al., 1991; Wunderlich et al., 1998). It means that in most cases suicide attempts are not isolated phenomena but are associated with other mental health disorders. Listed in table 4 are the prevalences of comorbid psychiatric disorders in substance use dependent adolescents and young adults with and without suicide attempts as found in our research project.

Table 4: Comorbidity in dependent subjects (N = 485)

Prevalence of	Drug abuse subjects (N = 102)		Controls (N = 383)	
	N	%	N	%
- Anxiety	10	9.8	23	6.0
- Social phobia	19	18.6	25	6.5
- Separation anxiety	35	34.3	18	4.7
- Major Depression Episode (MDE)	55	53.9	76	19.7

With regard to mental health, which was assessed on the basis of DSM-IV criteria, the differences observed are significant for Major Depression, Social phobia and Separation anxiety (cf. table 4). Data refer to the substance use dependent subjects aged less than 25 years (N = 102).

3.3 Life events

Life events have been evaluated life time. As shown in many research publications, it can be observed that some life events have a direct negative impact on suicide attempts (Adams et al., 1994; Heikkinen et al., 1997; Brent et al., 1994).

Table 5: Life events according to groups (N = 102)

Life events	Substance use					
	Total (N = 102)		Suicide attempts (N = 40)		No suicide attempt (N = 62)	
	N	%	N	%	N	%
Education interruption	38	37.3	19	47.5	19	30.7
Suicide attempts in the family	22	21.6	12	30.0	10	16.1
Abuse (women)	31	30.4	18	45.0	9	14.5

In the study, a long list of negative life events was assessed, including family distress, separation, school failure, death of a parent, and severe illness. As shown in table 5, the only life events discriminating between drug abuse suicide attempters and drug abuse subjects with no suicide attempt were education interruption, suicide attempts in the family and abuse (women).

3.4 Personality characteristics

Personality characteristics are another factor related to suicide attempts. It is postulated that impulsivity is a determinant factor (Spirito et al., 1989; Brodsky et al., 1997). Temperament could also play a role in suicide attempts (Weishaar & Beck, 1990). In the research, a number of different scales were used to assess personality: sensation seeking, emotional dependency and alexithymia.

Table 6: Sensation seeking scores* (N = 102)

	Substance use		p
	Suicide attempts (N = 40)	No suicide attempt (N = 62)	
Disinhibition	6.73	6.54	NS
Adventure	8.05	8.05	NS
Experience	6.76	6.38	NS
Boredom	4.89	4.57	NS

* SSS Scale; see text.

Sensation seeking was assessed using the SSS Scale (Zuckerman, 1971). The questionnaire consists of 20 forced choice items. One point is given to the proposal corresponding to a sensation seeking choice. The sum of the points obtained corresponds to a score for each dimension. On the basis of scores calculated separately for each sub-scale, the results show that there is no significant difference; it is as if drug abuse is per se a sensation seeking behaviour, with or without suicidal behaviour (cf. table 6).

Table 7: Emotional dependency scores* (N = 102)

	Substance use		p
	Suicide attempts (N = 40)	No suicide attempt (N = 62)	
Emotional reliance	49.89	44.04	< .01
Lack of social confidence	34.54	31.26	< .05
Assertion of autonomy	29.51	31.13	NS

* Interpersonal Dependency Inventory IDI (see text)

Interpersonal dependency was assessed using the IDI (Interpersonal Dependency Inventory) developed by Hirschfeld et al. (1977). The questionnaire contains 48 items distributed in three scales, Emotional Reliance, Lack of Social Confidence and Assertion of Autonomy. Scores were calculated for each of the subscales. Subjects with attempted suicide have higher scores on the emotional dependency scale, loss of self-confidence and total score (cf. table 7). This means that suicide attempts are related to experiencing less self-confidence and more dependent behaviour towards others.

Alexithymia refers to the expression of emotions. It was measured using the TAS (Bagby et al., 1986; Taylor et al., 1990). Item responses are on a Likert scale from 1 (complete disagreement) to 5 (complete agreement). There are 3 factors: Difficulty in identifying feelings, Difficulty in describing feelings, and thoughts focused on external events. Results

Table 8: Alexithymia scores* (N = 102)

	Substance use		p
	Suicide attempts (N = 40)	No suicide attempt (N = 62)	
Difficulty to identify feelings	20.18	20.43	NS
Difficulty to describe feelings	16.32	14.94	NS
Thoughts → ext. events	18.23	18.08	NS

* Toronto Alexithymia Scale TAS (see text)

show that there is no significant difference: suicidal subjects and non suicidal drug using subjects both have high scores, which means that drug user subjects, in general, have difficulty identifying emotion, and give their preference to an external way of thinking (cf. table 8).

These results are an illustration of the evaluation of some suicide attempts predictors in a population of 'severe' drug users (hard drugs): they demonstrate the association with mental health disorders, notably separation anxiety and major depression episode (MDE), and, to a lesser extent, some life events (abuse, attempts in the family, interruption of education), and also the fact of being dependent on others, and the need for support from others.

Identifying some of the main factors associated with suicide attempts is a necessary first step in developing appropriate and effective prevention and other harm-reduction activities in the field of 'substance abuse'.

4. Future Research

Due to the fact that it is rather difficult to assess suicide attempts, a large number of suicidal acts remain 'unknown'. There is a lack of serious longitudinal evaluation in this area. Future research within this perspective should be supported.

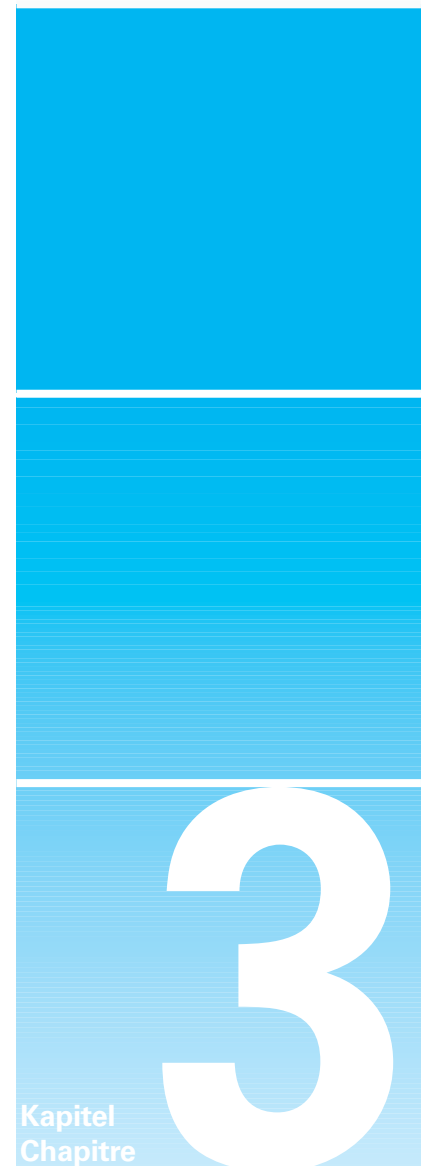
Finally, it is observed that life events, dysfunctional families and poor environment, among other considerations, are associated with increased risk-taking, both of drug use and suicidal behaviour. Currently there seems to be a dilemma. On the one hand it seems that it is difficult to expect much from current, ongoing planned interventions related to these 'risky' conditions. However, mental health disturbances, like Major depression and Separation anxiety disorders must be identified as early as possible in order for them to be treated and to prevent other potential or actual associated disturbances such as drug use and suicide attempts.

5. References

1. Adams DM, Overholser JC, Spirito A. Stressful life events associated with adolescent suicide attempts. *Canadian Journal of Psychiatry* 1994;39:43–8.
2. Bagby RM, Taylor GJ, Ryan DP. Toronto Alexithymia Scale: relationship with personality and psychopathology measures. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1986;45:207–15.
3. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Balach L, Roth C. Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89:52–8.
4. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry* 1997;154:1715–9.
5. Bukstein O. Coexisting Psychiatric Disorders. Chapter in: Bukstein O. *Adolescence Substance Use: Assessment, Prevention and Treatment*. New York, Wiley, 1995:73–93.
6. Bukstein OG, Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Schweers J, Roth C, Balach L. Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993;88:403–8.
7. Chabrol H. *Les comportements suicidaires de l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France, Psychiatrie ouverte, Série Nodule, 1992.
8. Harrington R, Bredenkamp D, Groothues C, Rutter M, Fudge H, Pickles A. Adult outcomes of childhood and adolescent depression: III. Links with suicidal behaviours. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 1994;35(7):1309–19.
9. Hawton K, Fagg J, Platt S, Hawkins M. Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *British Medical Journal* 1993;306:1641–4.
10. Heikkinen ME, Henriksson MM, Isometsa ET, Marttunen MJ, Lonnqvist JK. Recent life events and suicide in personality disorders. *Journal of Nervous Mental Disease* 1997;185:373–81.
11. Hirschfeld RMA, Klerman GL, Gough HG, Barrett J, Korchin SJ, Chodoff P. A measure of interpersonal dependency. *Journal of Personality Assessment* 1977;41:610–8.
12. Kandel DB, Raveis VH, Davies M. Suicidal ideation in adolescence: Depression, substance use, and other risk factors. *Journal of Youth and Adolescence* 1991;20:289–309.
13. Kienhorst CWM, De Wilde EJ, Diekstra RFW, Wolters WHG. Characteristics of suicide attempters in a population-based sample of Dutch adolescents. *British Journal of Psychiatry* 1990;156:243–8.
14. Overholser JC, Freiheit SR, DiFilippo JM. Emotional distress and substance abuse as risk factors for suicide attempts. *Canadian Journal of Psychiatry* 1997;42:402–8.
15. Smith K, Crawford S. Suicidal behavior among 'normal' high school students. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1986;16:313–25.
16. Spirito A, Brown L, Overholser J, Fritz G. Attempted suicide in adolescence: A review and critique of the literature. *Clinical Psychology Review* 1989;9:335–63.
17. Stillion JM, McDowell EE. *Suicide across the life span: Premature exits*. Washington DC, Taylor and Francis, 1996 (2nd ed.).
18. Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, Parker JD. Validation of the alexithymia construct: a measurement based approach. *Canadian Journal of Psychiatry* 1990;35(4):290–7.
19. Weishaar ME, Beck AT. Cognitive approaches to understanding and treating suicidal behaviour. In: Blumenthal S, Kupfer D (Eds): *Suicide over lifecycle*. Washington, American Psychiatric Press 1990:469–98.
20. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU. Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1998;248:87–95.
21. Zuckerman M. Dimensions of sensation seeking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1971;36:45–52.

Correspondence to:
Monique Bolognini, PhD
Cheffe d'Unité de recherche
Service Universitaire de Psychiatrie
de l'Enfant et de l'Adolescent
Bugnon 25 A
CH-1005 Lausanne
E-mail: Monique.Bolognini@inst.hospvd.ch

Sekundärprävention/ Prévention secondaire



supra-f – ein Schweizer Forschungsprogramm zur sekundären Suchtprävention*

Bernhard Meili, Bundesamt für Gesundheit, Bern

In den letzten 15 Jahren hat sich die Suchtprävention in der Schweiz stark entwickelt. Die Versorgung aller Regionen mit Fachstellen der Prävention ist weitgehend sicher gestellt. Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat stabile Partnerschaften mit wichtigen Akteuren aus den Bereichen der Schule, der Gemeinden, des Sports, der Jugendverbände und der Jugendheime entwickelt. Gemeinsam werden langjährige, landesweite Präventionsprogramme in diesen Lebenswelten oder «Settings» durchgeführt. Eine wichtige Beobachtung dabei ist, dass diese primärpräventiven Aktionen zwar vielerorts eine gute Akzeptanz erhalten, aber nicht genügend an gefährdete oder «schwierige» Jugendliche herankommen. Offen bleibt auch die Frage nach der Wirkung und damit letztlich nach der Kosten-Nutzen-Relation der Primärprävention. Offensichtlich ist ausserdem, dass Eltern, Schulen und Gemeinden zunehmend hilflos sind gegenüber gewissen störenden Erscheinungen unter Jugendlichen wie extensivem Alkohol-, Tabak- und Cannabisgebrauch, aber auch Gewalt gegen Mitmenschen und Vandalismus. Dies alles bildete für das BAG den Anlass, im Jahr 2000 ein Impulsprogramm zur Sekundärprävention zu lancieren. Ziel war, Kantone und Gemeinden zu motivieren, neuartige Präventionszentren für gefährdete Jugendliche einzurichten. Diese sollten eine drohende soziale Desintegration der Jugendlichen verhindern helfen und gleichzeitig den oft überforderten Lehrern, Ausbildnern und Eltern eine spürbare Entlastung bringen. *supra-f* steht für «Suchtprävention – Forschung», das heisst, die Wirkung der Intervention sollte mittels wissenschaftlicher Methoden objektiv gemessen werden. Der Aufbau und vierjährige Betrieb eines Präventionszentrums wurde vom BAG mit rund 500 000 CHF (ca. 320 000) unterstützt.

1. Intervention

Im Mittelpunkt der präventiven Intervention steht das *supra-f*-Zentrum, ein Haus oder ein Hausteil an zentraler Lage einer Stadt oder eines Quartiers. Das Zentrum ist in der Regel von Montag bis Freitag tagsüber geöffnet und bietet eine Vielzahl sozialpädagogischer und schulischer Fördermassnahmen an: Stützunterricht, Aufgabenhilfe, Sprachförderung, Kommunikations- und Sozialtraining, Gruppengespräche, Einzelberatung, gemeinsames Mittagessen, Freizeitgestaltung. In einigen Zentren haben darüber hinaus die von der Schule weg gewiesenen «unhaltbaren» Schüler/innen die Möglichkeit, einen regulären Schulabschluss zu erlangen. Entsprechend den vielseitigen Angeboten sind die Teams beruflich bunt gemischt: Erzieher, Psychologen, Lehrer, Handwerker, Künstler.

Die Zentren können gleichzeitig um die 15–20 Jugendliche im Alter von 11–20 Jahren 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 der Jugendlichen und ihrer Eltern nötig. Die meisten *supra-f*-Zentren werden durch eine bestehende Institution der Jugendhilfe geführt. Ein *supra-f*-Zentrum kostet im Durchschnitt 430 000 CHF (280 000) pro Jahr. Bei einer Betreuung von 30 Jugendlichen macht dies rund 14 000 CHF (9000) pro Person aus.

Obwohl das Programm im Rahmen der Bundesmassnahmen zur Verminderung der Drogenprobleme durchgeführt wird, orientiert sich der Ansatz von *supra-f* nicht an einzelnen Substanzen oder an der Sucht, sondern an der aktuellen «Gesamtsituation» der gefährdeten Jugendlichen. Der Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis ist heute unter Heranwachsenden dermassen verbreitet, dass sich die Unterscheidung zwischen einem experimentellen, gelegentlichen und problematischen Konsum aufdrängt. Unter Fachleuten geht man daher davon aus, dass der Substanzkonsum nur im Zusammenhang mit psychischen und sozialen Beeinträchtigungen zum Problem wird und sich zu einem Syndrom verdichtet, das fälschlicherweise oft als «Drogenproblem» etikettiert wird.

Key Words

Adolescent Risk Behaviour,
Adolescents at Risk,
Substance Use of Adolescents,
Programme of Secondary Prevention of,
Research Programme of Secondary Prevention of

* Dieser Artikel wurde übernommen aus Suchttherapie 2003;4:211–3, mit freundlicher Genehmigung des Georg Thieme Verlags Stuttgart/New York, © 2004.

2. Forschungsdesign

Über die Wirksamkeit präventiver Interventionen bei gefährdeten Jugendlichen weiss man relativ wenig. Die Forschung zu *supra-f* soll Zusammenhänge zwischen Formen von Interventionen und gefährdeten Jugendlichen sichtbar machen. *supra-f* wurde als Lernfeld für Forschung und Praxis konzipiert. Der kontinuierliche Austausch von Forschungsergebnissen und Beobachtungen aus der Praxis soll Verbesserungen in der Praxis anregen.

Konkret prüft die Forschung, welche Hilfestellungen in welcher Intensität für welche Gefährdung das beste Resultat zeigen. Für die *supra-f*-Zentren werden folgende Fragen untersucht: Werden tatsächlich Jugendliche erhöhter Gefährdung erreicht? Können sie im Zentrum gehalten werden? Verändern sich die Jugendlichen in die erwünschte Richtung? Wie gut gelingt die soziale Integration bei Abschluss des Programms? Bleiben die Veränderungen auch nach dem Programm erhalten oder gibt es «Rückfälle»? Sind die Zuweiser und das Umfeld zufrieden? Werden sie entlastet?

Die multizentrische Studie umfasst 12 Zentren, je 6 in der deutschen und in der französischen Schweiz. Um die Entwicklung der Jugendlichen möglichst zuverlässig zu erfassen, sind insgesamt vier Erhebungen vorgesehen:

- bei Eintritt ins Programm
- bei Austritt
- 12–18 Monate nach Austritt
- 24–30 Monate nach Austritt.

Es wird nach kurzfristiger (Prä-post-Vergleich), nach mittelfristiger (Follow-up nach 18 Monaten) und nach langfristiger Integration (nach 30 Monaten) unterschieden.

Parallel zu dieser Interventionsgruppe wird eine Vergleichsgruppe von Jugendlichen erfasst, die nicht an einem *supra-f*-Programm teilnimmt, sonst aber eine mit der Interventionsgruppe vergleichbare Belastungssituation aufweist.

Die Datenerhebung bei den Jugendlichen erfolgt in den Zentren teils mittels Interviews durch Forschungsassistenten, teils online durch die Jugendlichen am Computer. Um die unterschiedlichen Strukturen und Interventionsarten der einzelnen Zentren erfassen zu können, wurde ein Aktionsplan entwickelt. Alle Mitarbeiter müssen mit diesem Instrument ihre Aktivitäten und die dafür aufgewendete Zeit regelmässig erfassen. Als Oberkategorien der Aktivitäten gelten individuelle Beratung, schulische und berufsfördernde Aktivitäten sowie Projekte und Freizeit.

Die Forschung hat bis Juni 2003 1148 Jugendliche erfasst (719 in der Interventionsgruppe und 429 in der Vergleichsgruppe). Davon sind 32% Mädchen und 68% Jungen. 43% sind zwischen 11 und 15 Jahre alt, 57% 16- bis 20-jährig. Ausländische Jugendliche und Doppelbürger sind mit 57,4% (20% in der Gesamtbevölkerung) deutlich übervertreten, was auf die besonderen Belastungsfaktoren dieser Gruppe hinweist.

3. Ergebnisse

Als Erstes interessiert, ob das *supra-f*-Programm überhaupt die beabsichtigte Zielgruppe der gefährdeten bzw. belasteten Jugendlichen erreicht. Die allermeisten Jugendlichen werden infolge massiver Verhaltens- und/oder Lernschwierigkeiten in Schule und Arbeitsplatz den *supra-f*-Zentren zugewiesen. Diese Schwierigkeiten können zwar für sich alleine bereits die weitere gesunde Entwicklung und soziale Integration der Jugendlichen erschweren und rechtfertigen deshalb eine unterstützende Intervention. Inwieweit verstecken sich aber dahinter tiefer liegende psychische Beeinträchtigungen, die wo möglich eine spezifischere Intervention erfordern?

Die Gesamtverbreitung psychischer Störungen im Jugendalter schwankt je nach Studie zwischen 15% und 20%. Die hier präventiv erreichten Jugendlichen liegen mit einer «Morbiditätsrate» von 34% erheblich darüber. Indikatoren der Morbidität in *supra-f* sind Ängstlichkeit, Depression und Suizidalität (internale Störungen) sowie Substanzkonsum und Delinquenz (externale Störungen). Die Aufteilung in vier Gruppen unterschiedlich ausgeprägter Morbidität gibt einerseits Hinweise zur Notwendigkeit einer differenzierten Intervention je nach Störungsbild und andererseits ermöglicht sie die Beschreibung des Verlaufs der vier Gruppen über die Zeit.

Abb. 1 zeigt zusammengefasst, dass sich rund $\frac{2}{3}$ der *supra-f*-Jugendlichen hinsichtlich der allgemeinen Befindlichkeit im normalen Bereich dieser Altersgruppe befinden. Das restliche Drittel hingegen weist stark erhöhte Belastungen auf und muss als klinische Population bezeichnet werden. Besonders hervorgehoben sei die hohe Suizidalität (79%) in der Gruppe mit hoher Depressivität und Ängstlichkeit.

Wie wirksam ist *supra-f*? Diese Frage kann auf verschiedenen Ebenen gestellt und beantwortet werden. Ein erster Vergleich der Verläufe über 3 Messpunkte (t0, t1, t2) bei rund 200 Jugendlichen zeigt keine wesentlichen Unterschiede in den psychosozialen und Verhaltensvariablen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. In beiden Gruppen sind wenig Veränderungen zu beobachten, was nicht erstaunt, ist doch die Beobachtungszeit von rund

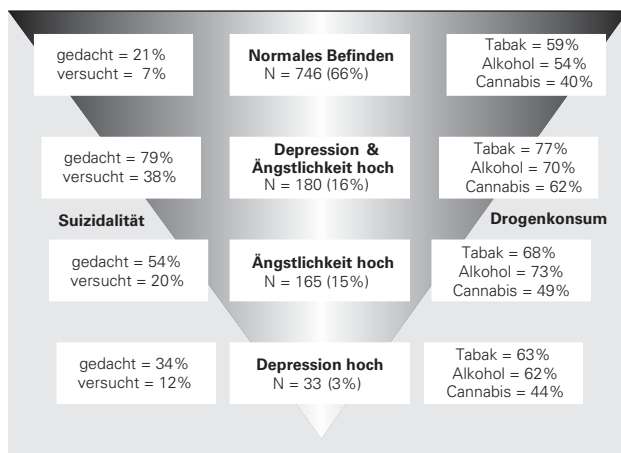


Abb. 1 Die supra-f-Stichprobe gegliedert nach 4 Gefährdungsgruppen (N = 1124)

18 Monaten eher kurz. Für die Frage nach dem Nutzen von *supra-f*-Einrichtungen sind andere Ergebnisse von grösserer Bedeutung. So ist die hohe Zufriedenheit der Jugendlichen wie auch der Zuweiser ein Hinweis darauf, dass das Angebot offenbar einem Bedürfnis entspricht und zumindest kurzfristig für das Umfeld eine Entlastung bringt. Auf der politischen Ebene hat das Programm bewirkt, dass alle Zentren auch ab 2004 und ohne Bundesförderung von den Kantonen und Gemeinden weitergeführt werden. Auf der fachlichen Ebene schliesslich führten das Programm und seine Ergebnisse zu einer Menge von Erkenntnissen, die in einem zweiten Impulsprogramm des BAG zur Sekundärprävention umgesetzt werden sollen.

Die bisherigen Erfahrungen und Auswertungen des sekundärpräventiven Programms *supra-f* haben für die Praxis der Prävention einige wichtige Erkenntnisse ergeben, die hier abschliessend und stichwortartig genannt werden:

- Es gibt *keine* homogene Gruppe von «Risiko-Jugendlichen».
- Sekundärprävention beginnt deshalb mit einer *Diagnostik* oder «Eintrittsbeurteilung» jedes einzelnen Jugendlichen. Es muss insbesondere geklärt werden, ob ein Jugendlicher «hinter» seiner Verhaltensproblematik (z.B. in der Schule, Berufslehre oder zu Hause) tiefer liegende psychische und soziale Belastungen aufweist. In unserer Stichprobe war dies bei immerhin 34% der Fall.
- Aufgrund der Diagnose wird ein Interventionsplan erstellt. Je nach Diagnose sind andere Schwerpunkte der Intervention angebracht; deshalb wird auch von «indizierter Prävention» gesprochen. Wer in der Sekundärprävention arbeiten will, muss wissen, mit welchen Gefährdungen er arbeiten will (und kann) und seine fachlichen und finanziellen Mittel entsprechend planen.
- Eine zeitliche Begrenzung des Programms macht insofern Sinn, als Plätze für neue Jugendliche frei

werden. Allerdings muss in jedem einzelnen Fall geklärt werden, ob nicht ein Anschlussprogramm nötig ist, um eine längerfristige Stabilisierung zu erreichen.

- Die positive Beeinflussung des Substanzkonsums geschieht am ehesten durch die Verbesserung der allgemeinen Befindlichkeit, des Selbstwertes und der Familienbeziehungen.
- Für die Gemeinden und insbesondere die Schulen scheint *supra-f* eine praktikable Form der Sekundärprävention zu sein. Das System der präventiven Versorgung wird mit einem Angebot ergänzt, das zumindest kurzfristig sichtbare und entlastende Effekte zeigt.

4. Literatur

1. Hüsler G. Zweiter Zwischenbericht der *supra-f*-Forschung. Nicht veröffentlichter Bericht z.Hd. des BAG, 2003.

5. Dank

Der Herausgeber dankt dem Georg Thieme Verlag Stuttgart/New York für die Genehmigung zum Abdruck dieses Artikels (© 2004), der erstmals in der Zeitschrift Suchttherapie erschienen ist (Suchttherapie 2003; 4: 211–3).

Korrespondenzadresse:
 Bernhard Meili
 Bundesamt für Gesundheit
 Leiter der Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention
 CH-3003 Bern
 E-mail: bernhard.meili@bag.admin.ch

supra-f: Wirksamkeit der Interventionen – erste Trends*

Gebhard Hüsler, Zentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie, Universität Fribourg

Pierre André Michaud, Unité multidisciplinaire de santé des adolescents, CHUV – Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Jürgen Rehm, Institut für Suchtforschung, Zürich

Zusammenfassung

«*supra-f*» ist eine dezentral an 12 Standorten implementierte, teils ambulant, teils halbstationär auf 6 Monate (4–9 Monate) befristete Intervention für Jugendliche im Alter von 11 bis 20 Jahren (Schülerinnen und Schüler, Stellenlose und Lehrlinge), die hinsichtlich Suchtentwicklung und selbstschädigendem Verhalten ein spezifisches Risikoprofil aufweisen. Das Forschungsdesign sieht eine Beobachtungszeit von 30 Monaten mit vier Messzeitpunkten vor: Vor bzw. zu Beginn der Intervention (T0), nach Ende der Intervention, d.h. in der Regel nach 6 Monaten (T1), ein erstes Follow up nach 18 Monaten (T2) und ein zweites Follow up nach 30 Monaten (T3). Die mitgeführte Vergleichsgruppe besteht ebenfalls aus Jugendlichen mit Risikoverhalten, aber einer anders gelagerten oder keiner Intervention (3). Die ersten prä-post Vergleiche (N=188) nach 2 Jahren zeigen widersprüchliche Ergebnisse. Ein genereller Trend besteht in der Zunahme des Substanzkonsums für Interventions- wie Vergleichsgruppe. Ansonsten zeigen sich moderate Verbesserungen auf der Wohlbefindenseite (Depression, Angst) und eine Abnahme des delinquenten Verhaltens. Diese Resultate gelten tendenziell für beide Altersgruppen (11–15-jährige und 16–20-jährige Teilnehmende). Differentielle Effekte in dem Sinn, dass unterschiedliche Interventionsansätze sich effektiver erweisen als andere, lassen sich bisher nicht nachweisen (2).

1. Einleitung

Prävention für Jugendliche im Suchtbereich hat viele Gesichter. Wir bewegen uns in einem Lernfeld von Theorie und Praxis. Das Wissen über die Suchtentstehung ist lückenhaft und reicht von biologischen, soziologischen bis zu sozialpsychologischen Erklärungsansätzen (5). Monokausale Erklärungsansätze greifen angesichts der vielen unterschiedlichen Einflüsse zu kurz. Sie sind als Gedankenmodelle von Nutzen, taugen aber wenig für die Praxis.

Suchtkrankheiten werden gerade im Hinblick auf Interventionen besser als Interaktion zwischen spezifischen Individuum-bedingten und Umweltfaktoren verstanden. Diese spezifischen Faktoren sind aber in Bezug auf jede konkrete Abhängigkeit und auf jedes Suchtverhalten zu bestimmen. Die ätiologische Forschung kann diese Bestimmung derzeit nicht leisten. Aus der epidemiologischen Forschung hingegen liegen eine Reihe von Vorschlägen zu Risiko- und Schutzfaktoren vor, welche die Entstehung und den Verlauf verschiedener Suchtkrankheiten beeinflussen. Ohne Wissen über Ursachen und Verlaufsbedingungen ist Prävention vom zufälligen Entdecken erfolgreicher Strategien abhängig. Das gegenwärtige Handeln in der primären wie der sekundären Prävention widerspiegelt diese Situation, indem vorab nach pragmatischen Gesichtspunkten Präventionsaktivitäten entworfen und angewendet werden (5).

In diese theoretische und praktische Landschaft fällt das Präventions- und Forschungsprogramm *supra-f* (*Suchtprävention-Forschung*) des Bundesamtes für Gesundheit, das im Sommer 1999 nach einer einjährigen Machbarkeitsphase anlief, nunmehr seit zwei Jahren durchgeführt wird und weitere zwei Jahre dauern soll.

Das Interesse der Praxis und vorab der politischen Entscheidungsträger betrifft die Frage: was wirkt? Für Therapieformen und pädagogische Programme ist diese Frage bis auf einzelne klar umrissene Techniken nicht beantwortet. Bezogen auf Primär- und Sekundärprävention gehen die Hinweise in die Richtung, dass ganze Programmpakete effektiver seien als isolierte Einzelinterventionen. Für PraktikerInnen, die im Alltag handeln, stellt sich die Frage auf eine andere Weise, nämlich: Was muss in einer gegebenen Situation getan werden? Sie handeln in einem Rahmen, der heuristisches Vorgehen verlangt. Ziel der Heuristik ist es, Modelle für das Erfinden von Lösungen in sehr komplexen Realitätsbereichen zu entwickeln. Diese Heuristiken sind Such- und Entscheidungsregeln, die zwar keine Garantie für eine

Key Words

Adolescent Risk Behaviour,
Substance Use,
Secondary Prevention of

* Dieses Forschungsprojekt wird vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 01.000848 unterstützt.

Lösung (Erfolg) geben, die aber geeignet sind, sehr komplexe Problemräume relativ schnell zu reduzieren, so dass sie für ProblemlöserInnen handhabbar werden und Entscheidungsregeln an die Hand geben, was getan werden soll (4). Dabei kann man davon ausgehen, dass es eine Anzahl von Heuristiken (Such- und Entscheidungsregeln) gibt, die je nach Vorliegen einer Problemsituation zum Einsatz kommen. Es ist davon auszugehen, dass die Projektleitungen und ProjektmitarbeiterInnen der *supra-f*-Projekte ihre Interventionsentscheidungen aufgrund solcher Heuristiken (individuelle oder Teamheuristik) treffen.

Die Halbzeit von *supra-f* erlaubt eine Standortbestimmung und den Rückfluss der Erkenntnisse aus der Forschung in die Praxis, um a) die bisher erzielten Effekte zu beschreiben und b) diese allenfalls gezielt zu verbessern. Umgekehrt stellt die Praxis kritische Fragen an die Forschung bezogen auf die Angemessenheit der Erfassung verschiedener Parameter bzw. von deren Nichterfassen. Die *supra-f*-Forschung hat bis zum jetzigen Zeitpunkt 753 Jugendliche befragt. 188 Jugendliche haben bis anhin die Intervention abgeschlossen.

2. Vorgehen/Methodik

Um die unterschiedlichen Programmstrukturen 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*-Projekten gleichermaßen eingesetzt, um alle programmbezogenen 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, Freizeitaktivitäten. Zu Beratungsaktivitäten gehört 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 Projekts, Schulunterricht, Stoffaufarbeitung mit konkreter Zielsetzung (z.B. Sprachkurse) für Schulentlassene zuordnen. Zu Projektarbeiten zählen zeitlich begrenzte Arbeitseinsätze in städtischen oder privaten Institutionen, interne Werkstattarbeiten sowie Einrichtungsarbeiten. Zu Freizeitaktivitäten gehören Lager und der Aufenthalt in *supra-f*-Lokalitäten ohne ein spezifisches Angebot.

supra-f-Programme können nach Struktur, Inhalt und Intensität verglichen werden. Auf der Seite der Jugendlichen lassen sich Unterscheidungsmerkmale

nach Geschlecht, Alter, sozialen Ausgangsbedingungen (Nationalität, Familienstruktur etc.) und den Problembereichen der Jugendlichen treffen. Auf der Effektseite besteht die Erwartung, dass sich diese Programme 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. Weiter ist davon auszugehen, dass sich nicht alle Parameter gleichzeitig verändern. So ist – zumindest in Analogie zur Therapieforschung – davon auszugehen, dass sich Befindensparameter zuerst und Verhaltensparameter nachgelagert verändern.

2.1 Beobachtungsebenen

Die Beobachtungsebenen sind Individuen und Projekte. Effekte werden auf der Ebene des Individuums, des Projekts und der Kosten und Nutzen analysiert.

Tabelle 1: Datenquellen und Analyseebenen

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

Veränderungen durch Interventionen 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 Interventionen und Stützung des familiären bzw. schulischen Umfeldes gefragt. Unter dem Blickwinkel eines individuellen Ansatzes stehen Ressourcen bzw. Defizite des Jugendlichen im Zentrum und Interventionen zielen darauf ab, eben diese Ressourcen zu verbessern bzw. die Defizite abzubauen. Für die Entscheidung, welche Interventionen angezeigt sind, spielt unter anderem das Alter und die Verfestigung des Problemverhaltens eine Rolle (vgl. heuristische Regeln). Der Aktionsplan ermöglicht, sowohl Interventionsmuster als auch Teilbereiche davon mit Effektmassen zu verbinden. Damit lässt sich zeigen, ob eine bestimmte Intervention oder eine Kombination verschiedener Interventionen die Zielvariablen beeinflussen.

3. Resultate

Zur Beschreibung der Profile der Jugendlichen wurde eine Clusteranalyse durchgeführt, die drei unterschiedliche Risikoprofile (tief, mittel, hoch) erbrachte. Jugendliche mit tiefem Risiko sind nicht depressiv, nicht ängstlich, haben eine gute Beziehung zu den Eltern und kein erhöhtes delinquentes Verhalten. Jugendliche mit mittlerem Risiko haben depressive und ängstliche Züge, eine beeinträchtigte Beziehung zu den Eltern und ein etwas erhöhtes delinquentes Verhalten. Jugendliche mit einem hohen Risiko sind manifest depressiv und ängstlich, haben eine schwierige Beziehung zu den Eltern und vor allem eine ausgeprägte suizidale Tendenz. Dabei ist wichtig festzuhalten, dass sich die drei Gruppen hinsichtlich der Einweisungsgründe (gesundheitliche, schulische, berufliche) nicht unterscheiden. Die Jugendlichen zeigen, bezogen auf die jeweilige Risikogruppe, keine Unterschiede im Substanzkonsum (Alkohol, Zigaretten, Cannabis). Mit der Schwere des Risikoprofils (tief, mittel, hoch) nimmt jedoch auch der Substanzkonsum zu. Vor allem ist der Mehrfachkonsum bei der Risikogruppe «hoch» deutlich ausgeprägter als in den beiden anderen Gruppen.

Tabelle 2: Risikoprofil (tief, mittel, hoch)

Altersgruppe	Risikoprofil	Geschlecht			
		männlich		weiblich	
11–15 Jahre	tief	112	51%	22	28%
	mittel	90	41%	36	45%
	hoch	19	8%	21	27%
16–20 Jahre	tief	150	49%	33	23%
	mittel	115	37%	53	37%
	hoch	43	14%	58	40%

Die Vergleichsgruppe entspricht in allen bedeutsamen Parametern (psychische Parameter, Substanzkonsum) der Interventionsgruppe. Damit sind zwei für die *supra-f*-Forschung wichtige Punkte erfüllt: Die Zielgruppen werden erreicht und die Vergleichsgruppe ist tatsächlich für den Vergleich geeignet.

Die vorläufigen Ergebnisse zum Aktionsplan zeigen vier unterschiedliche Interventionsmuster bzw.

-gruppen. Diese Muster lassen sich anhand von fünf unterschiedlichen Aktivitäten bestimmen: 1. Individuelle Beratung, 2. Gruppengespräche, 3. Schulische und berufliche Aktivitäten, 4. Praktika und 5. Freizeitaktivitäten.

3.1 Zuweisungsgründe und Problembereiche

Bei den Zuweisungsgründen handelt es sich um Angaben der einweisenden Instanzen (Schulbehörden, Justiz etc.). Schulprobleme und Problemverhalten dominieren bei den Einweisungsgründen. Bei den Problembereichen hingegen handelt es sich um Angaben der jeweiligen Projekte. Hier dominieren als Hauptprobleme «fehlende Arbeit» bei den Jugendlichen der Alterskategorie 16–20, Schulprobleme bei der Alterskategorie 11–15.

3.2 Typologie der Interventionen

Über die Prozentanteile der durchgeführten Aktionen bzw. Interventionen konnten vier Projekttypen herauskristallisiert werden: (1) Schule/berufliche Aktivitäten, (2) Praktika, (3) Schule/berufliche Aktivität und Freizeitverhalten, (4) alle Interventionen.

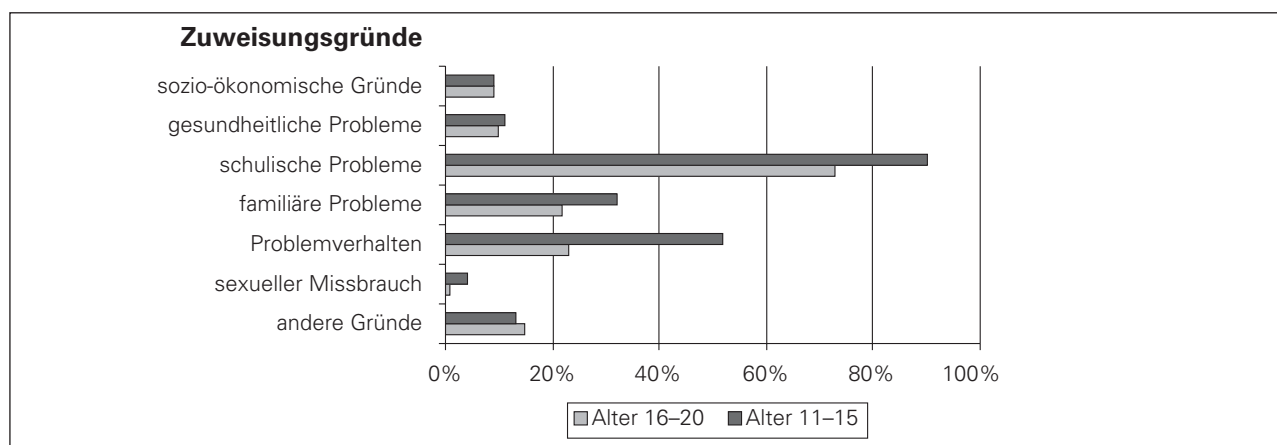
Tabelle 3: Art und Häufigkeit der Interventionen

Aktivitäten bzw. Interventionen	Schule/berufliche Aktivitäten	Praktika	Schule/berufliche Aktivitäten/Praktika/Freizeit	Alle Interventionen
Gesamtzeit*	14.4 Std.	13.9 Std.	14.5 Std.	3.4 Std.
Individuelle Beratung	4.26 %	7.54 %	8.99 %	25.25 %
Gruppengespräche	3.72 %	22.41 %	9.32 %	18.83 %
Schul./berufl. Aktivitäten	53.70 %	12.59 %	32.55 %	22.96 %
Praktika	6.04 %	49.96 %	29.80 %	13.50 %
Freizeitaktivitäten	32.28 %	7.50 %	19.34 %	19.46 %

* die Zeit, die ein Jugendlicher pro Woche an Interventionen erhält.

3.3 Effekte der Interventionen

Zwei unterschiedliche Auswertungsmodelle (Varianz-analytisches Modell und Einzelfallauswertung, die



alle Veränderungsparameter gleichzeitig berücksichtigt) kommen zu einem sehr ähnlichen Ergebnis: Die Effekte sind für die drei Risikogruppen unterschiedlich. Während sich bei der tiefen Risikogruppe negative und positive Effekte die Waage halten, sind bei Jugendlichen mit einem mittleren bis hohem Risiko deutlich positive Veränderungen festzustellen. Diese Effekte sind für alle *supra-f*-Projekte und für alle Projekttypen in etwa gleich.

Tabelle 4: Gesamtveränderungen der Jugendlichen mit tiefem, mittlerem und hohem Risiko

Risikoprofil	verschlechtert	unverändert	verbessert	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	N
Tiefes Risiko	24 (31.58%)	28 (36.84%)	24 (31.58%)	76
Mittleres Risiko	15 (18.99%)	30 (37.97%)	34 (43.04%)	79
Hohes Risiko	11 (30.56%)	4 (11.11%)	21 (58.33%)	36

Es kann ein allgemeiner Trend zur Abnahme delinquenten Verhaltens festgestellt werden, unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit. Eine eher gegenläufige Tendenz zeigt sich jedoch im Substanzkonsum. Ein Gruppenvergleich zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe lässt die zuvor erwähnten positiven Effekte deutlich schrumpfen.

3.4 Veränderungen unter Berücksichtigung des Projekttyps und der Risikogruppe (Effektstärken)

Die Effektstärken berücksichtigen sowohl den Projekttypus als auch die Zugehörigkeit zur Risikogruppe. Was sich schon im Gruppenvergleich zeigte, ist bei den Effektstärken ebenfalls sichtbar. Substanzielle Effektstärken zeigen sich bei den Befindensvariablen in der Gruppe mit hohem Risiko, den Kontrast bilden die Jugendlichen mit tiefem Risiko. Hier sind negative Effekte zu verzeichnen. Da es sich aber um eine Gruppe handelt, die bezüglich der Befindensva-

riablen in der Norm ist und bleibt, ist diese Effektstärke inhaltlich nicht bedeutsam. Bezogen auf den Projekttyp zeigen sich kaum Unterschiede.

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Resultate sind sowohl für die Altersgruppen als auch für die jeweilige Risikogruppe unterschiedlich. Angesichts der Länge und der Intensität der Interventionen (im Mittel >7 Monate) wäre, gemessen an Erkenntnissen der Psychotherapieforschung, eine Verbesserung des Befindens zu erwarten gewesen. Dies trifft zu – allerdings nur für Jugendliche mit hohem Risiko.

Bezogen auf den Substanzkonsum gibt es einen Trend nach einem höheren Konsum. Hier sind wir mit dem grossen Teil der Forschung im Einklang. Fast alle Forschungsberichte sprechen in einer ersten Phase von einer Zunahme des Substanzkonsums. Die wird allerdings oft unterschiedlich interpretiert. Zwei gängige Argumentationen sind die Zunahme der Ehrlichkeit der Jugendlichen, die bezogen auf die Eingangsmessung zu tiefe Werte angeben, oder der negative Effekt, wenn Jugendliche mit gleichen Problemlagen zusammenkommen. Für *supra-f* muss differenziert werden. Die Zunahme betrifft vorwiegend Jugendliche mit einem mittleren Konsum. Bezogen auf das delinquente Verhalten lässt sich eine signifikante Abnahme feststellen.

Weitere Aspekte, die ebenfalls als Effektmasse einbezogen werden sollten, sind Masse, welche die mittlere Verweildauer, die Abbruchquote und die Nachbetreuung beinhalten. Hier lässt sich feststellen, dass >70% der Jugendlichen regulär aus dem Projekt ausschieden – also nach abgeschlossener Interventionsphase. Abbrüche gab es lediglich in 15% der Fälle. Die Nachbetreuung liegt bei 52%. Hier sind grosse Schwankungen bezogen auf die einzel-

Tabelle 5: Projekttypus, Risikogruppe und Veränderungen

	Alter (Mw) und Risiko(gruppe)		N	BEF*	BEZ*	COP*	SEL*	NBS*	SUB*
(1) Schule/berufliche Aktivitäten	14,36	tief	22	-1.07					
		mittel	27			.26	.32		
		hoch	9	.63			.44	.97	
(2) Praktika	16,59	tief	25	-1.07	-.42				.38
		mittel	36	.20		.32			.44
		hoch	15	.89	.23				.40
(3) Schule/berufl. Aktivitäten/Praktika/Freizeit	16,66	tief	16	-.35					.22
		mittel	21			.20			
		hoch	13	.41	-.31		.45		-.22
(4) Alle Interventionen	15,53	tief	22	-.70					
		mittel	17			.23			
		hoch	8	.49			.24	.48	

* Legende: Mw = Mittelwert, BEF = Befindlichkeit (Depression, Ängstlichkeit), BEZ = Beziehung zu den Eltern, COP = Bewältigung (Coping), SEL = Selbstkonzept, NBS = Normbrechendes Verhalten, SUB = Substanzkonsum (Zigaretten, Alkohol, Cannabis).

Die Resultate werden als Effektstärken (ES) dargestellt (ES = Mw der Vergleichsgruppe minus Mw der Interventionsgruppe geteilt durch die gepoolte Standardabweichung beider Gruppen).

nen Projekte festzustellen. Die Nachbetreuung wird i.d.R. nicht mehr als Bestandteil der Interventionsphase betrachtet. Jene 52% aller Jugendlichen, die eine Nachbetreuung erhalten, erhalten diese zu 25% im Bedarfsfall und 27% in regelmässigen Abständen.

Zufriedenheit der Jugendlichen und der Zuweiser
Die Zufriedenheit der Jugendlichen bezogen auf Infrastruktur und Betreuung liegt im mittleren Bereich (Skala: sehr schlecht=1, sehr gut=4). Sie liegt jedoch im unteren Bereich («eher schlecht») bezogen auf das Ansprechen von Problemen, die Weiterempfehlung des Projektes an andere Jugendliche oder das Gefühl, am richtigen Ort zu sein. Der Gesamtwert liegt bei 3.19, was einer mittleren bis hohen Zufriedenheit entspricht.

Die Umfrage bei den einweisenden Instanzen ergab eine sehr hohe Zufriedenheit (Mittelwert 4.52; Skala 1–5) bei praktisch allen Projekten.

Belegungsziffer

Die mittlere Belegungsziffer liegt bei 16 Jugendlichen pro Jahr. Dieser eher tiefe Wert ist durch zwei Projekte mit deutlich unterdurchschnittlicher Belegung bedingt. Die anderen Projekte liegen bei der anvisierten Zahl von 20 Jugendlichen pro Jahr.

4. Diskussion

Um diese vorläufigen Resultate würdigen zu können, müssen sie a) unter dem Aspekt der Effektivität der Intervention auf der individuellen Ebene und b) unter dem Aspekt der Projektebene betrachtet werden.

Auf der Ebene des Jugendlichen sind nur unter Berücksichtigung des Risikoprofils Effekte festzustellen. So teilweise auf der Befindensebene, bei den Bewältigungstendenzen (mehr aktive Bewältigung), auf der Ebene des Selbstkonzepts und des delinquenten Verhaltens. Inkonsistent verhält sich die Variable Beziehung zu den Eltern. Hier zeigen sich gegenläufige Tendenzen. Eine Befindensverbesserung geht mit einer Verschlechterung der Beziehung einher.

Wie bereits erwähnt, ist der Substanzkonsum eher steigend. Allerdings, was aus den Effektstärken nicht ersichtlich ist, ist die Zunahme des Konsums durch jene Gruppe von Jugendlichen bedingt, die bereits zu Beginn einen mittleren Konsum aufweisen (Cannabis, Zigaretten). Jugendliche, die bei Eintritt in ein Projekt keine Substanzen konsumiert haben, sind auch nach Austritt bezogen auf Zigaretten noch zu 86% und bezogen auf Cannabis zu 78% abstinent. Dies gilt für die Altersgruppe 11–15. Bei der Altersgruppe 16–20 sind es für Zigaretten 72% und für Cannabis 83%.

Auf der Ebene der Projekte lässt sich, was die Zufriedenheit der betreuten Jugendlichen betrifft, eine relativ hohe Zufriedenheit nachweisen. Bezogen auf die Zuweiserzufriedenheit scheinen die *supra-f*-Projekte einem Bedürfnis zu entsprechen, da die Zuweiser eine hohe Zufriedenheit und eine Entlastung angeben. Die Abbruchquote, die vor allem zu Beginn teilweise hoch war, hat sich bei 13% stabilisiert. Das heisst aber auch, dass für alle Jugendliche, die ein Programm durchlaufen haben, entweder die Weiterführung der Schule oder der Lehre möglich wurde. Was im Hinblick auf eine Integration als Erfolg zu werten ist.

Es sind vorab zwei Resultate, die zur Befürchtung Anlass geben, dass die Integrationsbemühungen von eher kurzer Dauer sein werden. Unter der Optik der Ressourcenmodelle liesse sich argumentieren, dass die Effekte hinsichtlich Ressourcenverbesserung (Befinden, Bewältigung, Selbstwert) viel zu schwach sind, um langfristig zu wirken. Ausserdem ist es den Projekten nicht gelungen, den Substanzkonsum gerade bei jener Gruppe zu stabilisieren, die langfristig als gefährdet gilt. Dies führt zur Frage, was verändert werden muss, um bessere individuelle Resultate zu erzielen. U.E. gibt der eingangs erwähnte Aktionsplan eine mögliche Antwort. Daraus wird ersichtlich, dass *supra-f*-Projekte sich durch ein breites Interventionsangebot und einen tiefen Strukturierungsgrad auszeichnen. Diese Verbindung zeigt offensichtlich wenig kurz- bis mittelfristige Wirkung. Teilweise werden sogar negative Effekte erzielt. Eine Metaanalyse von Durlak und Wells (1998) untersuchte die Wirksamkeit von Programmen bei Risikojugendlichen zu folgenden Veränderungsmassen: Offenes Verhalten, Angst, Depression, Selbstwert, schulische Leistungen und interpersonale Problemlösung. Drei unterschiedliche Interventionsformen (behavioral, kognitiv-behavioral und nicht behaviorale) konnten mit drei unterschiedlichen Altersgruppen (Kinder, Adoleszente und junge Erwachsene) verglichen werden. Die Autoren errechneten einen mittleren Effekt für behaviorale Programme von 0.51, für kognitiv-behaviorale von 0.80 und für nicht behaviorale von 0.09. Damit zeigen Formen von Interventionen, die einen hohen Strukturierungsgrad haben, weitaus bessere Effekte als unstrukturierte, wie sie hauptsächlich in *supra-f*-Projekten zur Anwendung kommen.

5. Empfehlungen

Da sich *supra-f* als interaktives Lernfeld für Theorie und Praxis versteht, sind Forschung und Projekte derzeit mit der Analyse der Daten beschäftigt, um die Individual- und Teamheuristiken zu verstehen, die zu den Interventionen geführt haben. Weiter sollen die günstigen wie die mangelnden oder ungünstigen Effekte analysiert werden, um Veränderungen

bzw. Korrekturen sowohl im Bereich der Handlungsregeln wie der Programmeinheiten vorzunehmen, damit die erwünschten Effekte erzielt werden. Vorgeschlagen wird, den individuell ausgestalteten Interventionen und dem Überprüfen von Teilzielen bzw. Teilerfolgen bedeutend mehr Gewicht zukommen zu lassen als bis anhin.

6. Referenzen

1. Durlak J, Wells A. Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *American Journal of Community Psychology* 1998;26(5):775–802.
2. Hüsler G, Michaud PA, Rehm J. Zwei Jahre *supra-f* – eine vorläufige Bilanz mit positiven Trends. *Suchtmagazin* 2001;27(6):38–41.
3. Hüsler G, Pfister T, Werlen E, Sigrist M. *supra-f*: Ein Sucht-Präventions-Forschungsprogramm für Jugendliche. Jahresbericht 2001 des VeSAD (Verein zur Förderung der Sozialen Arbeit als akademische Disziplin). Zürich: Edition Soziothek, 2001.
4. Grawe K. Heuristische Psychotherapie. Eine schematheoretisch fundierte Konzeption des Psychotherapieprozesses. *Intergrative Therapie* 1998;4:309–24.
5. Wicki W, Stübi B, Alsaker F, Hüsler G, Michaud PA, Steffen T. Präventionsforschung bei Jugendlichen im Suchtbereich. Erkenntnisse für die Praxis. In: *Suchtforschung des BAG/Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1996–98, Band II, 2000:2–21* (www.bag.admin.ch).

Korrespondenzadresse:
Dr. Gebhard Hüsler
Zentrum für Rehabilitations- und
Gesundheitspsychologie
Universität Fribourg
Rte Englisberg 7
CH-1763 Granges-Paccot
Tél: ++41 (0)26 300 76 54 oder
Fax: ++41 (0)26 300 97 12
E-Mail: gebhard.huesler@unifr.ch

Secondary prevention targeting adolescents: a Swiss case*

Karen Klaue, Institute for Social and Preventive Medicine, University of Lausanne, Switzerland

Summary

The aim of this paper is to review prevention methods and programs for substance abuse among adolescents. A new, more integrative and comprehensive approach, launched recently in Switzerland (*supra-f*) is then presented and discussed against this background. While this prevention program seems very promising and ambitious in its scope and scale, it also faces difficulties and limitations. The paper tries to evaluate some of these, in the hope that they can be avoided by similar endeavors in the future.

1. Introduction

Five years ago, the Swiss Federal Office of Public Health launched a comprehensive national secondary prevention program targeting youth at risk¹. The program was called *supra-f*, which stands for '**S**ucht **P**raevention **F**orschung'. It focuses on the prevention of substance abuse and more globally aims at limiting the negative effects of adolescents' deviant conduct on a larger scale, for instance in the realms of school/work, family, networks of peer, and lifestyle. *supra-f* comprises a dozen projects across the whole country, which cover 'at-risk' children and young people aged between 7 and 20 on a non-residential basis. In parallel, *supra-f* also includes a multi-centric research program aiming at establishing a profile of the projects' clients as well as an assessment of the design and effectiveness of the interventions. The objectives of this paper are to review the design and effectiveness of various interventions in the field of secondary prevention of substance use and to highlight some of the benefits and pitfalls of the *supra-f* program.

2. Concepts, approaches and models of prevention

The literature in the domain has been described as 'extensive, diverse, uneven and difficult to summarize'¹. Terminology and definitions remain unclear, bearing implicit meanings which have consequences on the level of interventions and practices. The crucial question in fact is *what to prevent*. The options are multiple and need to be scaled according to individual (personal/environmental) or societal approaches as well as specific or generic approaches. One basic distinction describing prevention strategies at large is between *categorical* prevention targeting single domains like violence, suicide, teenage pregnancy and of course substance abuse, and *comprehensive* health education, targeting patterns of problems encompassing physical and psychological dimensions. Another distinction as regards the objectives of prevention is between aiming at a single domain such as substance use or at more general problem behaviors. As elaborated by Jessor's problem-behavior theory², substance use is embedded in a more general category of deviant and/or risk conduct originating in the personality system, the perceived environment system and the behavior system. Clearly this outlook calls for prevention strategies different from those aiming at specific drug-alcohol-cigarette consumption.

Key Words

Adolescent Risk Behavior,
Substance Use,
Substance Abuse,
Secondary Prevention of,
Resilience of

* This research was conducted with the support of the Swiss Federal Office for Public Health, contract numbers 99.000781 and 00.000699.

In fact comprehensive approaches are partially built on etiological models comprising a series of *risk factors* in the individual/peer, community, family, school domains held responsible for general problem behaviors or more specific drug-related difficulties. Research on counteracting negative influences has identified *protective factors* which are supposed to compensate for the former^{3,4}. Within this framework, preventive interventions aim to reduce risk factors and in parallel enhance protective factors. This paradigm, widely used in the literature, has a number of shortcomings. First, it insists too strongly on unidirectional causalities. A number of risk factors can equally be conceived of as consequences: for instance, academic failure may be proposed as a factor causing initiation and later drug abuse, although it can also be viewed as a consequence of the first substance consumption. Second, the paradigm is based on a fragmented picture of the subject, taking separate variables as units of analysis while ignoring the person's whole life situation and outlook as well as his/her psychologically relevant dimensions of contexts. Aspects such as the meanings of substance taking within the persons' social environment and cultural settings deserve close attention in order to renew efficient interventions and heuristic research questions⁵. Risk/protective factor approaches imply binary situations. Empirical questions remain unanswered: are people merely exposed to these factors or can they also be acquired? Is their influence constant or does it change? If there is some change, is it quantitative or qualitative?

The best overview of strategies of prevention remains the meta-analyses of Nancy Tobler⁶. A large number of existing programs are classified into categories as follows: those targeting the *persons' knowledge*, or *affective system* (feelings, values, self-esteem), those targeting *skills*, (general, so-called refusal, and safety skills), and *alternative* approaches including extracurricular activities and programs involving peers, family and the community. Finally there are *comprehensive programs* which combine several of the above mentioned designs.

Knowledge-based strategies rest partially on the assumption that accurate information will have an impact on drug-related attitudes and use. In most reviews, this approach is dismissed as being inefficient without further elaboration. It seems obvious that the content of the message can make a difference, as can who it is directed to, and the way in which it is passed (in a non interactive way to passive subjects or through interactive discussions elaborated by active participants). Some have expressed their opposition to this strategy, fearing that talking about drugs might stimulate the person's curiosity and be an incentive for experimentation. In addition, fear arousal and scare tactics aiming at to-

tal abstinence often have notable counter-effects (anguish frequently prevents thinking and responsible behavior). However, as part of a comprehensive prevention approach targeting specific groups, harm reduction information can be efficient⁷.

Affectively-based strategies aim to compensate for individual deficiencies such as lack of self-esteem, general feelings of inadequacy and an overall weak personality structure. Apart from the fact that such approaches incur the danger of becoming moralistic, research has never established the existence of an addictive personality bearing the traits mentioned above. Despite the recurrent assertion that substance users/abusers lack self-esteem, its causal role as a precursor or separated risk factor for substance use has not been confirmed by scientific research.

Refusal, generic and safety skills can be grouped under a single *life-skill approach*. Within the 'refusal' framework, the focus is essentially on peer groups who function as negative role models. Their potential harmful actions have an impact in so far as the subject lacks adequate assertiveness, coping, decision-making and social skills to resist this pressure.

Training in protective life skills is thought to act as an antidote capable of immunizing fragile young people against incentives to smoke, drink or try other drugs. While this model is more interactive than the affective one by situating the person within a social network, it fails to acknowledge the fact that peers do not unilaterally impose themselves on others but are chosen as friends on the basis of a number of criteria which are relevant to the person.

Prevention strategies based on extracurricular activities, *alternative programs*, are designed to find exciting and interesting substitutes for the satisfaction and pleasure that can be drawn from substances. They do this by proposing activities which combat boredom and other frustrations. The rationale for this model is the hypothesis that unstructured free time leads to substance abuse; thus the focus on lifestyle, attitudes and the furthering of positive experiences. However, although the full involvement of youth in the planning and implementation of these interventions is highly desirable, it is often neglected. It seems that this model would be optimal in combination with others, and could serve to facilitate the access of adolescents with high-risk behavior to other prevention services.

The last category of strategies identified by Tobler includes programs involving peers, family and community and thus can be labeled *comprehensive*. This approach differentiates itself less on content than on targets, actors of prevention and settings, thus it is difficult to characterize it on the same

dimensions as the strategies reviewed above. Acknowledging the complexity of the etiologies of substance use and other problem behavior, it encompasses the main domains of socialization of adolescents: family, school, peer network and the wider community. Prevention programs within this framework might target representatives of these environments as the sources of difficulties young people encounter and/or make them into key figures in the process of implementation of the intervention.

The *targets* of prevention is another crucial and difficult issue in the domain of prevention: who is meant to be reached by the planned intervention(s)? The best conceived program loses its potential impact if its public is not clearly defined. A threefold classification using mainly a criterion of targets⁸ differentiates between: a *universal* strategy, designed for the benefit of an entire population without any specific screening; a *selective* strategy, aimed at reaching at-risk subgroups identified by biological, psychological, social or environmental risk factors; and an *indicated* strategy, targeting individuals who are already showing danger signs that could expose them to serious health hazards.

In accordance with the prevailing *universal* prevention strategy, the bulk of existing programs are school-based. Apart from the belief in the importance of the transmission of accurate information and the learning of life skills, access to the relevant audience for primary universal prevention in youth is easiest in schools; furthermore the advantage of this population is that it is fairly representative. It is also captive, ensuring durability in contacts and far less attrition than in other settings. A fruitful collaboration with teachers as hosts or actors of prevention can also be negotiated easily within school space. For secondary or indicated prevention strategies, the school setting also offers the possibility to reach the right adolescents. It is known that a number of established risk factors originate and/or are particularly visible in the classroom. The drawbacks of school settings comprise the fact that by definition drop-outs cannot be reached while they present a particular endangered profile in matters of substance abuse. Also it is highly likely that most substance consumption takes place out of schools in other life spaces which are excluded by most school-based programs. Meaningful contexts like family and community thus remain peripheral, despite the fact that their involvement would be extremely fruitful for prevention efficiency.

Shifting from universal to selective or indicated models means focusing on certain groups or individuals by using *a priori* criteria to assess their risk status. Such labeling might induce problems of stigmatization. Furthermore, resilience factors are not taken

into account in these characterizations. Whether someone is 'at-risk' (as well as being considered from the outside as at risk) remains an empirical question which deserves special attention from research on prevention programs. Better research results can improve the identification of vulnerable groups and individuals amenable to efficient prevention strategies.

3. Problems with the evaluation of models of prevention

The importance of sound evaluation of prevention programs needs no special advocacy. Valid investigations capable of measuring the effectiveness of different prevention strategies and designating good practices would solve many open problems in the field. Most studies investigating the effectiveness of prevention programs face serious methodological flaws and their results may show that the impact of the interventions evaluated is either small, with short-term effects, ineffective or even counter-effective^{6,9,10}. The question of 'what works?' has been tackled essentially by classical experimental designs comparing a randomly assigned experimental group to a control group on pre-test and post-test for the treatment in question. This dominant research paradigm has so far been the yardstick for valid 'scientific' evaluations and may prove to be unimpeachable in many domains. However, while the experimental logic designates programs as failures or successes, it does not uncover why they are effective or not. If lessons are to be learnt from the past for improving strategies of intervention by establishing good practices, more qualitative understanding is needed besides the results obtained by the traditional quantitative research practice^{5,11}.

Outcomes and *processes* are equally important in evaluation research. Outcomes are most often captured and measured by quantitative experimental procedures indicating stabilization, increase or decrease of a given dimension (attitude and/or self-reported behavior). The question of processes implies examination of the way the program's objectives are implemented in the field. Thus process evaluation typically takes into account the specific settings, circumstances and functioning of field workers. To discover whether and to what extent the objectives of a program have been achieved requires access to the context which the strictly experimental paradigm does not allow for. In national programs the main stakeholders are professional political decision-makers who allocate funding to project managers, local boards, field workers, community, and other participants. Decision-makers want to know the effects and impact of an intervention funded by taxpayer money in terms of their own accountability. Project managers and staff are more

interested in information regarding targeting and implementation. Adolescents have their own understanding of the interventions and research conducted with the objective of 'studying' them. Finally, in an intermediate position, evaluators/researchers are important stakeholders who determine the value of a program and produce and disseminate knowledge.

4. Discussion: the case of *supra-f*

supra-f is a comprehensive program with the objective of secondary prevention. Besides substance use, projects seek to prevent social exclusion – mainly dropping out from school/work. Interventions aim at furthering personal and social competencies, general health behavior, and educational or vocational training in a comprehensive approach. In terms of the different prevention strategies described above, *supra-f* is closest to a comprehensive approach. The different *supra-f* projects share a three-fold approach in their interventions (psychological, educational and socio-cultural). These include practices of counseling sessions (individual, including family members and/or meaningful others); informal (help with homework) or formal educational support, assistance in job-finding and other procedures, and socio-cultural and leisure activities (common meals, camps, conferences, sport, movie, theater visits).

The *supra-f* research program was launched by the Swiss Federal Office of Public Health to demonstrate, at a generic level, that a secondary prevention strategy is effective for adolescents at risk. *supra-f*'s research methodology was originally designed by the federal authorities as a quasi-experimental survey, testing subjects at a baseline assessment (T0), six months later (T1), that is roughly at the end of the *supra-f* intervention) and twelve months later (T2) for a follow-up. In parallel, young persons with supposedly similar risk profiles but not benefiting from a *supra-f* project had to be recruited and tested at the same three time points.

The main outcome variables that are measured are drawn from a risk and protective factors model. They comprise indicators in the domains of health, psycho-social functioning (peers, family, relational network), school/work, substance use and other deviant behavior, using instruments such as a computerized self-administered questionnaire, a personal interview and a collection of socio-demographic data. During the *supra-f* intake period, individualized 'action plans' are established which record precisely the nature and intensity of each intervention for each client. The experimental subjects concerned are 'at-risk' children and adolescents aged between 12 and 19, the distribution of boys and girls being uneven (overrepresentation of males). Their referral to a *supra-f* project is of different kinds: (1) manda-

tory as judiciary placements, (2) by a well-established referral network anchored in the school or work environment, or (3) at the young persons' own initiative. The control subjects are also recruited in quite diverse settings: schools, drop-in centers, or vocational programs.

The fact that a Federal Public Health Office funds both practice and research constitutes an original option. It creates tremendous novel opportunities, in parallel to the large scale analysis of data, to grasp processes and much finer ways of capturing and understanding what and why interventions work with any particular adolescent. It also permits the narrowing of unfortunate gaps between research and practice by identifying useful knowledge to be constructed for fieldworkers. The ambitious research design has however been fraught with several methodological and strategic concerns:

- While project managers and their teams (four different teams which had no experience of working together) have been granted quite a lot of autonomy, the research design suffers from a too rigid framework for vague objectives established by the SFOPH. From the start, the choice of relevant means to answer precisely defined research questions has never been totally clear.
- Mechanisms to supervise and certify the quality of research by recognized external experts were only put in place two years after the beginning of the research, which limited their impact on the quality of the study; moreover, the reference group met only once and has not been invited to follow the process of the survey over time.
- Researchers' interests and motivations in the *supra-f* process varied greatly as did their conception of the research, resulting in a lack of coordinated effort. Bringing together four research teams which had not had previous experience of collaboration is a risky enterprise. In fact, two teams abandoned the study.
- As the design imposed by the SFOPH is quasi-experimental, the comparison groups should exhibit the same profile as the experimental group. This has barely been the case. In fact, the recruitment of control subjects was difficult in many of the regions where the programs were implemented.
- In order to grasp the wider social context concerning prevention at a local level and ultimately the visibility and accessibility of *supra-f* projects, a clearly identified inquiry targeting school authorities, local political leaders and other actors would have been useful.
- The fact that most of the research data focuses on individual characteristics and thus leaves out important factors such as family functioning and peer environment may have weakened the significance of the results.

Notwithstanding these problems, *supra-f* has too many assets as a fresh approach to secondary prevention for youth in momentarily difficult situations to remain constrained by its present limitations. The best possible characterization of the planned and applied interventions was developed and the carefully documented *action plan* remains one of the strengths of the research project. As the different projects are quite heterogeneous, it is important to work on comparable components of the projects. In this way a range of valid intervention profiles best fitting the needs of young people at risk will be available, along with the type and intensity of the intervention.

At the level of the interventions themselves, the *supra-f* program is ambitious both in scale and scope. Presently it supports projects in 12–14 sites throughout Switzerland some of which take in around 15–20 young persons per six month period. The aim of marketing nationally a concept of secondary prevention that goes beyond narrow substance abuse themes is original in comparison with previous approaches. The program succeeded in setting up very interesting local projects, leaving them enough space to define and develop their own strategies instead of imposing strict guidelines to be routinely implemented. In most cases the projects built up efficient networks anchoring them in their ecological niche and thus ensuring optimal conditions for efficient courses of action aiming at social (re)integration. The majority function as low threshold open safe spaces of easy access without threatening conditions which would discourage adolescents in difficult situations from seeking help. The *supra-f* framework has facilitated fruitful inter-project encounters where field workers share experiences and reflection on their practices. The relatively brief interventions also offer an interesting time window which fosters initiative, active search for solutions and change.

6. References

1. Dryfoos J. Prevalence and prevention. In: Dryfoos J, editor. *Adolescents at Risk*. New York: Oxford University Press, 1990:150–74.
2. Jessor R, Jessor S. *Problem Behavior and Psychosocial Development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press, 1977.
3. Lloyd C. Risk factors for problem drug use: identifying vulnerable groups. *Drugs education, prevention and policy* 1998;5:217–32.
4. Hawkins J, Catalano R, Miller J. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 1992;112:64–105.
5. Cook T, Shadish W. Social experiments: some developments over the past fifteen years. *Annual Review of Psychology* 1994;45:545–80.
6. Tobler N, Stratton H. Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention* 1997;18:71–128.
7. O'Connor J, Saunders B. Drug education: An appraisal of a popular preventive. *The International Journal of the Addictions* 1992;27:165–85.
8. Mrazek P, Haggerty R. *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington DC: National Academy Press, 1994.
9. White D, Pitts M. Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction* 1998;93:1475–87.
10. Catalano R, Haggerty K, Gainey R, Hoppe M, Brewer D. Effectiveness of prevention interventions with youth at high risk of drug abuse. In: Bukoski R, Evans I, editors. *Cost-benefit/cost-effectiveness research on drug abuse prevention: implications for programming and policy*. Rockville, MD: NIDA Research Monograph, 1998.
11. Lipsey M, Cordray D. Evaluation methods for social intervention. *Annual Review of Psychology* 2000;51:345–75.

Correspondence to:
Prof. Pierre-André Michaud
Médecin chef
Unité multidisciplinaire de santé des adolescents
CHUV – Centre hospitalier universitaire vaudois
1011 Lausanne, Switzerland
TEL.: 0041 (0)21 314 37 60
FAX: 0041 (0)21 314 37 69
E-mail: Pierre-Andre.Michaud@inst.hospvd.ch

Entwicklungsschritte im *supra-f*-Programm*

Gebhard Hüsler, Zentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie, Universität Fribourg
Jürgen Rehm, Institut für Suchtforschung, Zürich

Zusammenfassung

Präventionsmassnahmen für Jugendliche mit einem Risikoprofil bzw. einem Risikoverhalten verlangen andere Vorgehensweisen und Strategien als wir sie aus der Primärprävention kennen. Dabei sind wir jedoch hinsichtlich der Wirksamkeit noch weitgehend auf Spekulationen angewiesen. *supra-f*, ein Präventionsprogramm für Jugendliche mit einem Risikoprofil, bietet eine breite Palette von Einflussnahmen an. Diese reichen von Beratung und Unterricht bis zu rein strukturellen Massnahmen. Das Präventionsprogramm ist so angelegt, dass auch differentielle Wirksamkeitsindikatoren abgeleitet werden können. Dabei zeigen sich etliche Hürden. Verschiedene Interventionen stehen in Konkurrenz zueinander. Auch existieren verschiedene Behandlungsansätze. Darüber hinaus sind Fragen der adäquaten Diagnostik und ein darauf abgestütztes Behandlungsprogramm, das individuell oder in einer Gruppe angewendet werden könnte, erst noch zu entwerfen. Prävention ist keine eigenständige wissenschaftliche Disziplin, sondern sie bedient sich aus dem Wissensfundus Public Health, der Entwicklungspsychologie, der Pädiatrie, der Entwicklungspsychopathologie und der Klinischen Psychologie. Die Integration dieser Disziplinen ist nur in Ansätzen gelungen und es liegt noch kein kohärentes, wissenschaftlich fundiertes Wirksamkeitsmodell vor. Es wird Aufgabe der nächsten Jahre sein, ein solches zu entwickeln.

Key Words

Adolescents at Risk,
Substance Use of Adolescents,
Interventions and Methods for Secondary
Prevention of,
Theoretical Implications for

1. Einleitung

In den letzten Jahrzehnten wurden in der Prävention immer mehr Angebote geschaffen, die Risikoverhalten allgemein ins Auge fassten und nicht mehr nur Teilbereiche wie Sucht. Diesem breiten Verständnis von Risiko ist das Programm *supra-f* verpflichtet. Da es keine für die Schweiz validierten Modelle für die sekundäre Prävention gibt, verstand sich *supra-f* von vorneherein als Lernfeld zwischen Forschung und Praxis. Nach nunmehr einer Laufzeit des Programmes von über 30 Monaten zeichnen sich Entwicklungsschritte ab, die Veränderungen auf der Seite der Forschung wie der Praxis nach sich ziehen. Dies betrifft Fragen der adäquaten Diagnostik, der differentiellen Indikation und schlussendlich der individuumsangepassten Intervention. Hinsichtlich Eingangsdagnostik ist das familiäre-, schulische- und berufliche Umfeld einzubeziehen.

2. Vorgehen/Methodik

2.1 Theoretische und methodische Überlegungen zur sekundären Prävention

Belastungen von Jugendlichen ergeben sich dann, wenn subjektive Ressourcen beansprucht werden. Psychologische Belastungen ergeben sich, wenn Anforderungen die vorhandenen Ressourcen stark beanspruchen oder übersteigen. Als Ordnungsschema definieren Flammer, Grob & Alsaker (1997) Belastungsgrade (keine, geringe, mittlere, hohe Belastung) in Abhängigkeit von bestimmten Situationen. Belastungen oder Anforderungen können als Alltagsereignisse (kurzfristig) oder als Entwicklungsaufgaben (langfristig) auftreten. Viele dieser Anforderungen können auch als Herausforderungen erlebt werden. Schule und Gesellschaft stellen im Verlauf des Heranwachsens des Kindes bzw. Jugendlichen mehr und komplexere Anforderungen. Diese Anforderungen führen zu selektiven Qualifikationen. Da gesellschaftliche oder individuelle Anforderungen nicht immer mit den Ressourcen in Einklang stehen, sind Auswirkungen auf das Individuum und das System, in dem die/der Jugendliche sich befindet, nicht zu vermeiden. Mit dysfunktionalem Verhalten des Individuums oder des Systems ist zu rechnen. Anforderungen können nach Havighurst (1956) als Entwicklungsaufgaben beschrieben werden, als Aufgaben, die zu einem bestimmten Lebensabschnitt des Individuums gehören. Die erfolgreiche Bewältigung führt zu Erfolg und zur Wahrscheinlichkeit, spätere

* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 01.000848 unterstützt.

Aufgaben gut zu lösen, ein Misslingen hingegen erhöht das Risiko, spätere Aufgaben ungünstig zu bewältigen. Die Entwicklungsaufgaben werden durch drei Quellen gespeist: durch die körperliche Entwicklung, den kulturellen Druck bzw. Erwartungen der Gesellschaft und durch individuelle Wünsche und Werte.

Dreher & Dreher (1985) nennen 10 Entwicklungsbe-
reiche: Aufbau eines Freundeskreises; Akzeptanz
der eigenen körperlichen Erscheinung; Rollenüber-
nahme als Frau oder Mann; Aufnahme intimer Be-
ziehungen zu einem Partner/einer Partnerin; Unab-
hängigkeit von den Eltern; Wissen, was man wer-
den will und was man dafür tun muss; Entwicklung
von Vorstellungen über einen künftigen Ehepartner
und über eine eigene künftige Familie; Wissen, wer
man selber ist und was man kann; Entwicklung einer
eigenen Weltanschauung und die Entwicklung
von Zukunftsperspektiven. Sieber (1993) nennt wei-
ter als Entwicklungsbereich die Auseinandersetzung
mit Alkohol, Tabak und anderen Drogen. Bukstein
(1995) nennt vier Entwicklungsaufgaben, die den
Substanzkonsum mit bedingen: (1) die Unabhängig-
keit von den Eltern, (2) das Experimentieren mit al-
ternativen Einstellungen und Werten, (3) der Kontakt
mit der Peergruppe und (4) der Wunsch nach dem
Erwachsenenstatus.

Weitere Entwicklungsaufgaben, die sich in multikul-
turellen Gesellschaften ergeben, sind die Aufgabe
oder Übernahme alter bzw. neuer Werte und Ansich-
ten bzw. das Hineinwachsen in eine bis anhin eher
fremde Welt oder die Entwicklung der Fähigkeit,
zwischen zwei Kulturen hin- und her zu pendeln ohne
das Gleichgewicht zu verlieren.

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

Flammer et al. (1997) verstehen Funktionsfähigkeit
nicht als bloße Abwesenheit von pathologischen
Verhaltens- und Erlebensweisen, sondern auch als
subjektives Wohlbefinden, als Lern-, Leistungs- und
Genussfähigkeit, als physische und psychische Ge-
sundheit und als Freude an familiärer und institutio-
neller Einbettung.

Die Entwicklung von Systemen führt zur Suche nach
inneren und äusseren Faktoren, die auf das betref-
fende System stabilisierend oder destabilisierend
wirken. Die Entwicklungspsychopathologie konzen-
triert sich dabei auf die Vergangenheit bzw. auf die
individuellen Entwicklungsbedingungen. Die Klini-
sche Psychologie interessiert sich für Faktoren, die
im Laufe der Intervention auf ein System stabilisie-
rend bzw. destabilisierend wirken. Die Entwicklungs-
psychopathologie benennt als stabilisierende Fakto-

ren Schutzfaktoren und Widerstandsfähigkeit (Resi-
lienz) sowie als destabilisierende Bedingungen
Risikofaktoren und Verletzlichkeit (Vulnerabilität). Die
beiden letztgenannten Begriffe sind methodisch
schwer einzugrenzen (Oerter et al., 1999). Risikofak-
toren setzen sich aus sehr heterogenen Variablen
zusammen. Unter Risikofaktoren versteht man äus-
sere Rahmenbedingungen wie Armut, ungünstige
Wohnbedingungen, Zugehörigkeit zu einer Randgrup-
pe. Weiter werden als Risikofaktoren Beziehungen
und Eigenschaften von Bezugspersonen untersucht.
Untersuchungsfelder sind Aggressionen und Gewalt
in der Familie. Zu den Risikofaktoren zählen aber
auch internale Bedingungen wie Temperament, bio-
logische Faktoren, Lebensstil, Problemlöse- und Be-
wältigungsstrategien. Der Stellenwert dieser unter-
schiedlichen Faktoren ist sicher sehr verschieden.
Zumeist geht man von einer additiven Wirkung von
Risikofaktoren aus. Trotz scheinbarer Additivität
dieser Faktoren hat man jedoch den einfachen Wir-
kungszusammenhang zwischen Risikofaktoren und
Störung aufgegeben.

Vulnerabilität (Verletzlichkeit) ist auch ein Begriff, der
beim Individuum ansetzt. Er bezieht sich auf das
Ausmass der Wirksamkeit von Risikofaktoren. Je
ausgeprägter die Vulnerabilität, desto eher können
Risikofaktoren wirksam werden. Dabei lassen sich
biologische und psychologische Bedingungen unter-
scheiden. Biologische Bedingungen sind beispiels-
weise Veranlagung, Temperament oder körperliche
Gesundheit. Psychologische Bedingungen umfassen
die bisherigen Entwicklungserfahrungen oder Ein-
flussnahme bzw. Gestaltungswillen hinsichtlich der
eigenen Entwicklung. Das Gegenstück zu den Risi-
kofaktoren – die protektiven Faktoren – lassen sich
ebenfalls in distale Randbedingungen, proximale Be-
ziehungseinflüsse und internale Schutzfaktoren auf-
schlüsseln.

In Längsschnittstudien hat sich immer wieder ge-
zeigt, dass Kinder und Jugendliche trotz vieler
Risikofaktoren eine günstige Entwicklung nehmen
können (Egle, Hoffmann & Stelfens, 1997). Diese
Beobachtung wird mit Widerstandsfähigkeit (Resi-
lienz) in Verbindung gebracht und definiert als Fähig-
keit, internale und externale Ressourcen erfolgreich
zu nutzen (Waters & Sroufe, 1983). Dennoch wird
Resilienz nicht als stabiles Persönlichkeitsmerkmal,
sondern als variierend über Zeit und Situationen
verstanden. Noam (1997) hat deshalb die Unter-
scheidung zwischen konstitutioneller Resilienz und
Resilienzentwicklung eingeführt. Resilienz kann
deshalb auch als bereichsspezifisch angesehen wer-
den. Resilienz würde sich unter dieser Perspektive
analog zur Vulnerabilität aus biologischen und psy-
chologischen Bedingungen zusammensetzen. Die
Resilienzforschung bemüht sich demnach um die
Isolierung von Umweltfaktoren, die zum Phänomen
der Resilienz beitragen.

2.3 Multifinalität und Äquifinalität

Viele Bedingungen und viele Entwicklungswege können zum gleichen Erscheinungsbild führen. Dies meint der Begriff Äquifinalität (Cicchetti & Cohen, 1995; Kusch & Petermann, 1998). Umgekehrt können ein und derselbe Entwicklungsweg bzw. die dabei auftretende Kombination von Bedingungen unterschiedliche Krankheitsbilder oder Störungen (Multifinalität) zur Folge haben, je nachdem, wie das System die Bedingungen verarbeitet.

2.4 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 ihre Interesse hauptsächlich auf die Untersuchung von Risikogruppen oder psychopathologisch auffälliger Bevölkerungskreise. Ein verwandter Aspekt ist das Interesse an den Mechanismen und Prozessen, die die schlimmsten Folgen von Risikofaktoren mildern (Cicchetti & Lynch, 1993; Rutter, 1988). Der Ansatz, den ein entwicklungspsychopathologischer Zugang erfordert, verlangt nach einer umfassenden Beurteilung der psychischen Funktionsfähigkeit unter Einbezug multidisziplinärer, multikontextueller und bereichsspezifischer Erfassungsstrategien.

3. Resultate

3.1 Umsetzungshinweise für *supra-f*

Das Interventionsprogramm *supra-f* des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) wurde mit der Absicht ins Leben gerufen, in der Suchtprävention für gefährdete Jugendliche theoretisch und praktisch relevanten Wissenszuwachs zu erzielen. Der Mangel an theoretischem Wissen betrifft den Zusammenhang zwischen Formen von Interventionen und deren Wirksamkeit bezogen auf ein bestimmtes Risiko oder eine Palette von Risiken. Während die Literatur für die primäre Prävention immer weniger von einer Wirksamkeit breit angelegter Interventionen ausgeht, besteht in der sekundären Prävention Unklarheit darüber, was wirksam ist.

Unter einem Anforderungs-Ressourcenmodell lassen sich verschiedene Ebenen (persönlich, sozial, kulturell) unterscheiden. Bronfenbrenners Entwicklungsmodell (1977) unterscheidet verschiedene Ebenen (mikro, meso, exo, makro), in dem sich ein Individuum befindet. Die Mikroebene umfasst die sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen, Familie, Lehrpersonen, die Mesoebene die Verbindungen des Mikrosystems, die Exoebene Institutionen im weiteren Sinne und die Makroebene die gesellschaftlichen Verhältnisse.

Wir unterscheiden in *supra-f* verschiedene Beobachtungsebenen. Die jeweils mit unterschiedlichen Messinstrumenten längsschnittlich erfasst werden. Die individuelle Ebene ist im Sinne einer Eingangsdiagnostik zu verstehen, die zum Zweck hat, die Ressourcen und Risiken jedes Jugendlichen möglichst adäquat zu erfassen. Berücksichtigt werden Befindlichkeitsparameter (Angst, Depression), Bewältigungsstrategien, Zukunftsperspektiven, Selbstwert und Selbstbehauptung sowie das schulische Selbst. Ebenso werden delinquentes Verhalten und Substanzkonsum längsschnittlich erhoben, sowie die Einweisungsgründe zu Beginn der Intervention.

3.2 Zuweisungsgründe und Problematik

Zuweisungsgründe sind sozio-ökonomische und gesundheitliche Probleme in der Schule, Arbeit oder Lehre, familiäre Problemsituationen, Verhaltensauffälligkeiten und -störungen, Misshandlung und andere Probleme. Diese werden mit der Problematik (psychische Probleme, Probleme in der Schule, abgebrochene Lehre etc), die ein Jugendlicher mitbringt, verbunden. Es handelt sich dabei um zwei unterschiedliche Datenquellen. Zuweisungsgründe werden von den einweisenden Instanzen (Schule, Justiz etc.) genannt, die Problematik wird vom Projekt angegeben. Diese beiden Datenquellen können teilweise zu ein und demselben Ergebnis kommen, sie können sich aber auch unterscheiden.

Auf der Ebene der Projekte wird erfasst, welche Interventionen ein Jugendlicher wie oft und wie lange erhält.

Auf der Ebene der Interventionseffekte werden die Veränderungen der Ressourcen und Risiken abgeschätzt, dabei wird wiederum die individuelle Veränderungseinschätzung des Jugendlichen selbst, der Projekte und neuerdings des Umfeldes (Lehrer, Familie) erhoben.

Tabelle 1: Die Beobachtungsebenen

Individuum	Projekt	Effekte	
	Struktur	Individuum	Projekt
Alter	Handlungsebene:	Veränderungen:	Belegungsnummer
Geschlecht	– Individuum	– Kurzfristig	Abbruchquote
Nationalität	– Team	– Mittelfristig	Kosten
Umfeld	– Umfeld	– Langfristig	Stunden pro Woche
(Risiko-Ressource):	(Risiko-Ressource):	Verhaltensänderungen:	Zufriedenheit:
– Familie	– Familie	– Integration	– Jugendliche
– Schule/Beruf	– Schule/Beruf	– Schulisch	– Zuweiser
– Freizeit	– Freizeit	– Beruflich	
– Problemtyp (wenig – viel)	– Interventionstyp	– Sozial	

Neuere Metaanalysen (Durlak & Wells, 1998; Tobler & Straton, 1997; Greenberg et al., 2001) legen beeindruckende Ergebnisse vor, die mit jeweils klar eingegrenzten (behavioralen oder kognitiv-behavioralen) Interventionen erzielt wurden. Diese zeichneten sich durch eine relativ kurze Dauer (10–12 Sitzungen), hohe Strukturierung und die Arbeit in Kleingruppen (4–6 Personen) aus.

3.3 Interventionstypen

Das Programm *supra-f*, das auf 12 über die gesamte Schweiz verteilten Projekten basiert und Jugendliche mit Risikoverhalten betreut, vertraut demgegenüber vorwiegend auf vier Kategorien von Massnahmen: 1. Beratung/Betreuung, 2. Hilfestellung für die Schule, Schulnachhilfe, 3. Projektarbeit und 4. Freizeit und Beisammensein. Die Inhalte werden im folgenden nochmals kurz zusammengefasst.

- Inhalte der Kategorie Beratung/Betreuung: Individuelle Beratung, Standortbestimmung, Wochenplanung, Familie, Sozialbeziehungen, Gruppengespräche mit pädagogischem Hintergrund, Gespräche mit involvierten Helfer/innen, Therapien.
- Inhalte der Kategorie Schule und Schulnachhilfe: Schulunterricht, Hausaufgabenhilfe/Nachhilfe, Lehrstellensuche/Bewerbungen, Kurse und Gesundheit.

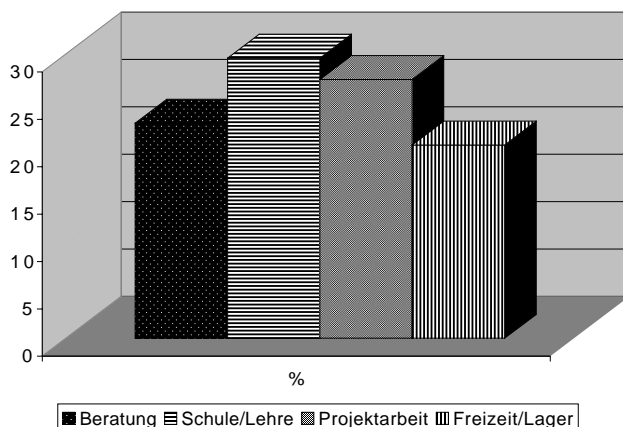


Abbildung 1: Anteile der Massnahmen in verschiedenen Bereichen

- Inhalte der Kategorie Projektarbeit: Einsatz in einem Arbeitsprogramm, Projektarbeit in der Gruppe, Erlebnispädagogik, vom Projekt initiiert, aber nicht im Projekt durchgeführt.
- Inhalte der Kategorie Freizeit und Beisammensein: Lager, Aufenthalt in *supra-f* Lokalität ohne spezifisches Angebot, gemeinsames Essen, andere Freizeitbeschäftigungen.

3.4 *supra-f*-Jugendliche (nach Risikoeinschätzung)

Die Jugendlichen lassen sich aufgrund ihrer Befindlichkeit (psychologische Variablen) in drei Gruppen mit unterschiedlicher psychischer Beeinträchtigung einteilen:

- Jugendliche, die psychisch nicht beeinträchtigt sind (alle Werte in der Norm) repräsentieren 44% der jüngeren Altersgruppe (11–15jährige) und 40% der älteren Gruppe (16–20jährige).
- Jugendliche mit geringen psychischen Beeinträchtigungen (Werte nicht mehr im Normbereich) repräsentieren 42% der jüngeren Altersgruppe (11–15jährige) und 37% der älteren Gruppe (16–20jährige).
- Jugendliche mit deutlichen psychischen Belastungen (Werte im pathologischen Bereich) repräsentieren 14% der jüngeren Altersgruppe (11–15jährige) und 23% der älteren Gruppe (16–20jährige).

Vergleicht man die Massnahmen mit den Risikogruppen (Tabelle 2) so fällt auf, dass diese in ihrer Verteilung nicht mit den Risikogruppen übereinstimmen. Die Projekte orientieren sich anscheinend eher nach festgelegten Programmen als aufgrund der spezifischen Bedürfnisse der Jugendlichen.

3.5 Risikogruppe und Projekttypus

Über die Prozentanteile der durchgeführten Aktionen bzw. Interventionen konnten unter Einbezug aller Projekte, die Aktionspläne ausgefüllt hatten, vier Projekttypen herauskristallisiert werden: (1) Schule/Arbeit, (2) Praktika/Aktivitäten, (3) Schule/Aktivitäten und Freizeit und (4) alle Interventionen. Dies ist im

Tabelle 2: Aktionen und Risikogruppen

Massnahmen	Risikogruppen	Anzahl Jugendliche (N)	Mittelwerte der Interventionen (sd) in %*	F-Wert	Signifikanz
Beratung	Tiefes Risiko	85	24.10 (20.46)	.362	.697
	Mittleres Risiko	99	21.41 (21.27)		
	Hohes Risiko	43	22.77 (23.38)		
Schule/Lehre	Tiefes Risiko	85	28.97 (23.08)	.712	.492
	Mittleres Risiko	99	31.42 (23.90)		
	Hohes Risiko	43	26.32 (26.28)		
Projektarbeiten	Tiefes Risiko	85	24.93 (26.10)	1.456	.235
	Mittleres Risiko	99	26.63 (26.57)		
	Hohes Risiko	43	33.49 (30.89)		
Freizeit/Lager	Tiefes Risiko	85	21.84 (21.36)	.710	.493
	Mittleres Risiko	99	20.50 (21.00)		
	Hohes Risiko	43	17.21 (19.16)		

* Mittelwerte und Standardabweichungen (sd) der durchgeführten Interventionstypen (Beratung, Schule/Lehre etc.) in Prozent.

Tabelle 3: Prozentanteile der Interventionen

Aktivitäten bzw. Interventionen	Schule/berufl. Aktivitäten	Praktika	Schule/berufl. Aktivitäten/Praktika/Freizeit	Alle Interventionen
Gesamtzeit*	14.4 Std.	13.9 Std.	14.5 Std.	3.4 Std.
Individuelle Beratung	4.26%	7.54%	8.99%	25.25%
Gruppengespräche	3.72%	22.41%	9.32%	18.83%
Schul./berufl. Aktivitäten	53.70%	12.59%	32.55%	22.96%
Praktika	6.04%	49.96%	29.80%	13.50%
Freizeitaktivitäten	32.28%	7.50%	19.34%	19.46%
Typische Projekte mit diesem Mix an Massnahmen	CAT L'appart	Take Off Année Choice	Hängebrücke UTT Ventil Vert.Igo	Arcades Jump

* Die Zeit, die ein Jugendlicher pro Woche an Interventionen erhält.

Hinblick auf mögliche differentielle Effekte bedeutsam. Stellt sich doch hier die Frage, ob im Endergebnis alle Aktivitäten, in welcher Grössenordnung auch immer angeboten, gleich oder unterschiedlich zu bewerten sind.

4. Diskussion

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Einweisungsgrund Schule bzw. Beruf zentral ist. Die Projekte gehen diese Themen je nach Konzept unterschiedlich an, nehmen dabei aber kaum Rücksicht auf die Risikogruppe. Ein Eingehen auf die individuelle Problematik bleibt nicht nur marginal – sie findet nicht statt. Sie ist auch nicht möglich, weil die Projekte ihre Stärken in strukturgebenden Massnahmen sehen, und nicht in einem individuums- oder subgruppenspezifischen Interventionsangebot. Es bleibt die Frage, ob strukturgebende Massnahmen, wie sie zum grossen Teil im *supra-f*-Programm realisiert werden, die gewünschten Wirkungen erzielen. Die ersten Resultate sprechen eher gegen diese Annahme. Zwar zeigen sich in der prä-post Messung tatsächlich erwünschte Auswirkungen. Da die Vergleichsgruppe jedoch in etwa dieselben positiven Veränderungen aufweist, lassen sich diese kaum als Folge der Projektarbeit interpretieren. Selbst wenn sich die Veränderungen zugunsten der Projekte interpretieren liessen, gäbe es keinerlei Hinweise, worauf diese zurückzuführen sind. Die Aktionspläne weisen auf keine oder lediglich eine marginale unterschiedliche Behandlung der Jugendlichen hin.

Man müsste von der Annahme der Projekte ausgehen, dass strukturgebende Massnahmen einen förderlichen Einfluss auf das Befinden haben (Depression, Angst), was tatsächlich nicht auszuschliessen ist. Allfällige Bedenken stellen sich jedoch dann hinsichtlich der Dauer dieser Veränderungen ein. Nach Erkenntnissen der Verhaltensmodifikation dürften diese deshalb nicht stabil bleiben, weil die notwendigen Veränderungen im Bewältigungsverhalten, in der Stabilisierung des Selbstwertes etc. nicht nachzuweisen sind. Es ist nicht auszuschliessen, dass es sich um zeitlich verzögerte Veränderungen handeln könnte, die erst lange nach der Intervention sichtbar werden.

5. Empfehlungen

Selbst wenn die oben genannte Argumentation zutreffen sollte, sind die Auswirkungen der durchgeführten Massnahmen so gering, dass sich bezogen auf die *supra-f*-Projekte Modifikationen in mehrerer Hinsicht aufdrängen. So im Bereich der besseren Berücksichtigung des Umfeldes der Jugendlichen, hinsichtlich Diagnostik und der zielgruppenspezifischen Anpassung der Interventionen.

5.1 Berücksichtigung des Umfeldes

Die *supra-f*-Projekte wirken mittelbar auf Familie, Schule und Beruf. Derzeit haben wir weder ein Mass zur familiären Einbindung bzw. zum Familienklima und der Veränderungen dieses Klimas über die Projektzeit. Hinsichtlich Schule und Beruf bestehen ebenfalls Lücken. So gibt es zwar die Information, dass der Jugendliche aufgrund schulischer oder beruflicher Integrationsprobleme in einem Projekt ist. Wir haben aber keine Kenntnis davon, welches Teilproblem dahinter steht. Dies erschwert auch die Effektivitätsmessung, da keine prä-post Masse für diesen spezifischen Bereich vorliegen. Deshalb ist ein erster wichtiger Schritt der Einbezug dieser weiteren Instanzen und die Einholung des Urteils bezogen auf mögliche günstige projektbezogene Interventionseffekte.

5.2 Keine Intervention ohne Diagnostik

Bis anhin war die genaue Kenntnis der inneren und äusseren Situation eines Jugendlichen für die Intervention wenig relevant. Wie in der primären Prävention ging man von der unbegründeten Annahme aus, dass eine Intervention keinen Schaden anrichten kann. Dabei wurde zum Beispiel übersehen, dass Jugendliche mit unterschiedlichem Konsumverhalten in den Projekten sind. Dies ist vermutlich einer der Gründe, weshalb die Evaluation primär präventiver Wirkungen so enttäuschende Resultate gezeigt hat. Wenn man über den Adressaten einer Intervention wenig weiss, lässt sich auch nicht vorhersagen, was mit den Interventionsinhalten geschieht. Deshalb muss eine Forderung für den Bereich der sekundären Prävention sein, dass der Intervention eine Diagnostik zumindest für den Bereich vorausgeht, der beeinflusst werden soll. Diese Diagnostik (vgl. Hüsler et al., 2001) führt zu klar umgrenzten Risikogruppen, wie wir sie weiter oben beschrieben haben:

- Jugendliche ohne psychische Beeinträchtigungen, die aber Probleme in den Bereichen schulische- oder berufliche Eingliederung haben.
- Jugendliche mit einem moderaten Risiko (Vulnerable), das sich durch leichte bis mittlere psychische Beeinträchtigungen, geringen bis

moderaten Substanzkonsum und schulische oder berufliche Probleme charakterisieren lässt.

- Jugendliche mit einem hohen Risiko haben deutliche psychische Beeinträchtigungen im Sinne einer Depressions- oder Angststörung und weisen häufig einen Mehrfachkonsum von Substanzen auf. Dazu kommen Schwierigkeiten in der Schule oder im Beruf.

5.3 Intervention für eine klar umrissene Zielgruppe

Interventionen sollten sich an die Zielpopulation richten. Wir haben es in diesem Falle mit drei deutlich unterschiedlichen Zielgruppen (tiefes, mittleres, hohes Risiko) zu tun. Nach den Regeln der Psychotherapie wäre es falsch, allen drei Gruppen ein- und dieselbe Behandlung anzubieten.

5.4 Interventionen nur dann, wenn die Ziele klar formuliert sind

Dies bedeutet, dass für jeden Jugendlichen aufgrund der Eingangsdagnostik individuelle Ziele zu formulieren sind. So würde es beispielsweise keinen Sinn machen, wenn jene Gruppe von Jugendlichen, die weder psychische Beeinträchtigungen noch einen Substanzkonsum aufweisen, Interventionen erhalten, die auf Substanzkonsum einwirken sollen.

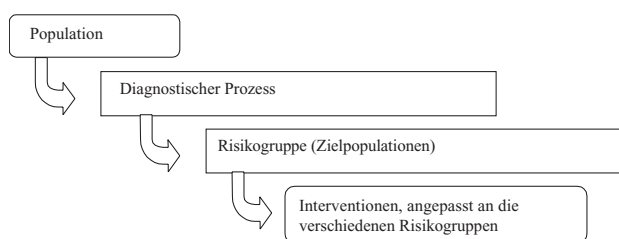


Abbildung 2: Regelsystem

Dies führt zu ausformulierten programmatischen Hinweisen im Sinne eines Regelsystems.

Eine mögliche einfache Regel, im Sinne einer technologischen Regel, welche die die *supra-f*-Projekte begleitende Forschung vorschlägt und auf ihre Brauchbarkeit überprüfen wird, könnte sein:

- Wenn der zugewiesene Jugendliche keine psychischen Auffälligkeiten aufweist, so soll lediglich an der Einweisungsproblematik gearbeitet werden (Gruppe mit tiefem Risiko).
- Wenn der zugewiesene Jugendliche psychisch leicht beeinträchtigt ist (vgl. Vulnerabilität), so soll stabilisierend an der Befindlichkeit und dem

Selbstwert des Jugendlichen gearbeitet werden sowie an der Zuweisungsproblematik, die meistens die schulische- oder berufliche Integration betreffen dürfte (Gruppe mit mittlerem Risiko).

3. Wenn der Jugendliche Symptomträger ist (Angst, Depression), dann soll vorerst an dieser Problematik gearbeitet werden, weil wir davon ausgehen, dass die Arbeit an der Zuweisungs- thematik wegen des psychischen Zustandes des betroffenen Jugendlichen wenig ergiebig wäre (Gruppe mit hohem Risiko).

5.5 Die Interventionen

Ein bisher vernachlässigter, aus der Psychotherapie hinlänglich bekannter Sachverhalt ist die unterschiedliche Darbietung von Interventionen. In Psychotherapien geht man in der Regel davon aus, dass die Ausbildung die Darbietung der Interventionen gleichförmig macht, – alle Therapeuten tun dasselbe zumindest bezogen auf eine bestimmte Interventionsform, was nicht heisst, dass Einigkeit hinsichtlich gleicher Behandlung bezogen auf ein Störungsbild herrscht. Die *supra-f*-Projekte nutzen einen Aktionplan, der zwar Zeit und inhaltliche Kategorien erfasst, aber weder die Güte noch die Uniformität (alle Projekte tun bezogen auf einen Inhalt, beispielsweise die individuelle Beratung, dasselbe) berücksichtigen kann. Deshalb ist als weiterer Entwicklungsschritt dringend geboten, sich Klarheit über die Inhalte und deren Darbietung zu verschaffen. Dies ist nur über ein Weiterbildungsmodul zu erreichen, das a) bezogen auf einen Inhalt Standards schafft und b) diese Standards überprüft.

5.6 Schlussfolgerungen

Um nicht den Fehler zu begehen, allfällige günstige Effekte der Projekte zu übersehen oder zu unterschätzen, ist die Beobachtungsebene auf Familie, Schule und Beruf auszudehnen. Neben dem Jugendlichen als Hauptadressaten der Intervention sollte das Umfeld nicht vergessen werden. So ist nicht auszuschliessen, dass sich Interventionen förderlich auf das Familienklima auswirken oder sich positive schulische und berufliche Auswirkungen ergeben, die wir nicht berücksichtigen konnten, weil keine entsprechenden Erhebungen stattgefunden haben.

Eine wichtige, relativ rasch umsetzbare Erkenntnis betrifft die Diagnostik und zielgruppenspezifische Intervention bzw. die Anpassung der Intervention an die Problematik des einzelnen Jugendlichen. Die Eintrittserhebung bei den Jugendlichen erlaubt eine Rückmeldung an die Projekte, die im Sinne zielspezifischer Interventionen mit den Jugendlichen auf diese Ziele hinarbeiten können.

6. Referenzen

1. Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist* 1977;32:513–31.
2. Bukstein O. Adolescent substance abuse: Assessment, prevention and treatment. New York, Wiley, 1995.
3. Cicchetti D, Cohen D (Eds.). *Developmental Psychopathology: Theory and Methods*, Vol. 1. New York, Wiley, 1995.
4. Cicchetti D, Lynch M. Toward an ecological/ transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry* 1993;56:96–118.
5. Dreher E, Dreher M. Wahrnehmung und Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Jugendalter. In: Oerter R (Hrsg.). *Lebensbewältigung im Jugendalter*. Weinheim, CH Verlagsgesellschaft, 1985:30–61.
6. Durlak J, Wells A. Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *American Journal of Community Psychology* 1998;26(5):775–802.
7. Egle T, Hoffmann S, Stelffens M. Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In: Egle T, Hoffmann S, Joraschky P (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früherer Traumatisierungen*. Stuttgart, Schattauer, 1997.
8. Flammer A, Grob A, Alsaker F. Belastung von Schülerinnen und Schülern: Das Zusammenwirken von Anforderungen, Ressourcen und Funktionsfähigkeit. In: Grob A (Hrsg.). *Kinder und Jugendliche heute: belastet – überlastet?* Chur, Verlag Rüegger, 1997:11–30.
9. Greenberg T, Domitrovich C, Bumbarger B. The Prevention of Mental Disorders in School-Aged Children. Current State of the Field. *Prevention and Treatment, Volume 4*. *American Psychologist*, 2001.
10. Havighurst R. Research on the developmental-task concept. *The School Review* 1956; 64:215–23.
11. Hüsler G, Michaud P-A, Rehm J. Zwei Jahre *supra-f* – eine vorläufige Bilanz mit positiven Trends. *Suchtmagazin* 2001;27(6):38–41.
12. Kusch M, Petermann F. Konzepte und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In: Petermann F (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen, Hogrefe, 1998:53–93.
13. Noam G. Clinical-Developmental Psychology: toward developmentally differentiated interventions. In: Damon W, Siegel I, Renninger K (Hrsg.). *Handbook of Child Psychology*. New York, Wiley, 1997:585–634.

14. Oerter R, von Hagen C, Röper G, Noam G. Klinische Entwicklungspsychologie. Weinheim, PVU, 1999.
15. Rutter M. Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
16. Sieber M. Drogenkonsum: Einstieg und Konsequenzen. Ergebnisse von Längsschnittuntersuchungen und deren Bedeutung für die Prävention. Bern, Huber, 1993.
17. Sroufe L, Rutter M. The domain of developmental psychopathology. Child Development 1984;55:17–29.
18. Tobler N, Stratton H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. The Journal of Primary Prevention 1997;18(1):71–128.
19. Waters E, Sroufe A. Social competence as a developmental construct. Developmental Review 1983;3:79–97.

Korrespondenzadresse:
Dr. Gebhard Hüsler
Zentrum für Rehabilitations- und
Gesundheitspsychologie
Universität Fribourg
Rte Englisberg 7
CH-1763 Granges-Paccot
Tél: 026/300 76 54
Fax: 026/300 97 12
E Mail: gebhard.huesler@unifr.ch

Adolescents consommateurs de substances psychoactives: quels parcours de prise en charge?*

Léonie Chinet, Monique Bolognini, Bernard Plancherel, Valérie Rossier, Philippe Stéphan, Jacques Laget, Olivier Halfon, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Lausanne

Résumé

Dans le cadre d'une étude longitudinale portant sur des adolescents consommateurs de substances psychoactives, nous avons répertorié les contacts qu'ils ont eus avec les structures d'aide depuis qu'ils consomment, de façon à étudier leur parcours au sein du réseau de prise en charge. Le recours des adolescents consommateurs de substances à ces structures est très variable. Le nombre des contacts tout comme leur nature (recours à des professionnels/services du domaine médical, social, scolaire, etc.; nature et durée du traitement) varient considérablement d'un adolescent à un autre sans que cela soit lié à la gravité de la consommation ni à son ancienneté. De manière générale, les contacts apparaissent peu liés au problème de consommation, ou du moins pas de façon directe. Les filles ont eu en moyenne plus de contacts que les garçons et le nombre de contacts de celles-ci est lié à la gravité des problèmes médicaux, scolaires, psychologiques ou légaux qu'elles rencontrent. Les médecins généralistes et les travailleurs sociaux en milieu ouvert constituent les contacts les plus fréquents. Les uns comme les autres tendent à réorienter les jeunes vers des structures du même domaine, c'est-à-dire médicales dans le cas des médecins et sociales dans le cas des travailleurs sociaux. A cet égard, on peut relever un certain cloisonnement dans le fonctionnement du réseau entre les champs d'intervention des structures qui le composent.

Une étude de suivi d'adolescents consommateurs de substances psychoactives a été réalisée entre 1998 et 2002 en Suisse romande. Au total, 102 adolescents âgés entre 14 et 19 ans (dont 36 filles et 66 garçons) ont été vus en entretien individuel à trois reprises avec un intervalle de 9 mois. Un des objectifs de cette étude était de décrire les relations que ces adolescents entretenaient avec les diverses structures d'aide à disposition, ainsi que l'accès de cette population particulière au réseau de soins. Dans cette perspective, un questionnaire a été développé par l'équipe de recherche du SUPEA en vue de répertorier les contacts que les adolescents avaient eus avec les divers intervenants et structures du réseau de prise en charge (cf. Tableau 1).

Tableau 1: Liste des types de contacts évalués des adolescents consommateurs de substances psychoactives avec les structures d'aide

Professionnels du milieu scolaire (infirmières, médiateurs, psychologues, etc.)	Hôpitaux (hormis psychiatrie)
Médecins généralistes	Urgences (hôpital général)
Consultations médicales, unités multidisciplinaires (PMU, UMSA, etc.)	Foyers éducatifs
Travailleurs sociaux en milieu ouvert, services sociaux (AEMO, SPJ, SEMO, etc.)	Centres de détention, maisons d'éducation au travail (Pramont, Valmont, etc.)
Psychothérapeutes (psychologues, psychiatres)	Structures spécialisées en toxicomanie, consultations médicalisées, non médicalisées et résidentielles (Centre St-Martin, UAS, CAP ACT, Zone Bleue, La Calypso, Métairie, Levant, etc.)
Consultations psychiatriques (PPU, SUPEA, SPEA, CTA/CTJA, etc.)	
Hôpitaux psychiatriques, unités psychiatriques résidentielles	

Ce questionnaire vise à explorer le parcours des adolescents au sein du réseau de soins, les modes de prise en charge, les demandes et les ruptures, ainsi que les orientations d'un service à l'autre.

Les contacts que les adolescents ont eus avec les divers professionnels et structures du réseau de prise en charge depuis qu'ils consomment régulièrement¹ ont été répertoriés lors de chacun des trois entretiens. L'investigation a été réalisée de manière systématique pour chaque type de contact (médical, social, éducatif, etc.). *Les résultats présentés ci-après se réfèrent au premier entretien réalisé avec l'adolescent.*

Lors du premier entretien, la période prise en compte varie pour chaque jeune étant donné qu'elle porte sur le laps de temps qui commence au début de sa consommation régulière de substances et va jus-

Key Words

Drug Consumption of Adolescents,
Consumption of Cannabis,
Acces to the Therapeutic Network

¹ Le critère définissant le début de la consommation régulière correspond à «au moins une fois par semaine pendant trois mois».

* Ce projet a été soutenu par le contrat de recherche n° 98.000661 de l'Office fédéral de la santé publique.

qu'au moment du premier entretien. La durée de la période investiguée s'échelonne sur un temps maximum de six ans et demi, avec une moyenne de 2,7 ans et un écart-type de 1,4 an. Le nombre de contacts varie selon les sujets, entre 0 et 13 au maximum. La moyenne est de 4,9 contacts avec un écart-type de 2,9. On observe des différences selon le sexe: les contacts sont une fois et demi plus nombreux chez les filles que chez les garçons. Par ailleurs, chez les filles, le nombre de contacts est corrélé à la gravité des problèmes rencontrés dans les domaines médical, scolaire, psychologique ou légal, ce qui n'est pas le cas pour les garçons. Finalement, que ce soit chez les filles ou chez les garçons, le nombre de contacts n'est lié ni à la gravité de la consommation ni à sa précocité.

Tableau 2: Types de contacts des adolescents consommateurs de substances psychoactives avec les structures d'aide depuis le début de leur consommation, selon le sexe

Contacts	Filles N _{total} =36		Garçons N _{total} =66		TOTAL N _{total} =102	
	N	%	N	%	N	%
Médecin généraliste	28	77,8	44	66,7	72	70,6
Travailleur social	25	69,4	34	51,5	59	57,8
Professionnel du milieu scolaire	19	52,8	24	36,4	43	42,2
Foyer éducatif	21	58,3	17	25,8	38	37,3
Psychothérapeute	15	41,7	21	31,8	36	35,3
Urgence de l'hôpital général	14	38,9	19	28,8	33	32,4
Centre de détention	13	36,1	15	22,7	28	27,5
Consultation psychiatrique/psychosociale	14	38,9	13	19,7	27	26,5
Hôpital psychiatrique	9	25,0	14	21,2	23	22,6
Consultation médicale	9	25,0	7	10,6	16	15,7
Hôpital général	8	22,2	4	6,1	12	11,8
Structures spécialisées en toxicomanie	5	13,9	5	7,6	10	9,8

Le tableau 2 présente les différents types de contacts en les distinguant selon le sexe. On observe que les types de contacts les plus fréquents sont établis avec les médecins généralistes et les travailleurs sociaux en milieu ouvert, suivis par les professionnels du milieu scolaire et les foyers éducatifs. Les contacts sont plus fréquents chez les filles pour tous les types de contacts. Cette différence est significative en ce qui concerne les foyers éducatifs, les consultations psychiatriques, les professionnels du milieu scolaire, les travailleurs sociaux en milieu ouvert et les consultations médicales – contacts auxquels les filles recourent significativement plus que les garçons.

Les contacts avec des consultations spécialisées dans le domaine de la consommation de substances sont très peu fréquents (8% pour les garçons, 14% pour les filles). En revanche, la plupart des adolescents (71%) ont eu un ou plusieurs contacts avec un médecin et dans une moindre mesure avec un travailleur social (58%). Les médecins de premier recours apparaissent donc comme la voie d'accès privilégiée des adolescents consom-

mateurs de substances au réseau de soins. Cependant, cet aspect de leur situation reste souvent dans l'ombre puisque seule une moitié des sujets ont parlé de leur problème de consommation de substances lors de ces contacts (cf. Figure 1).

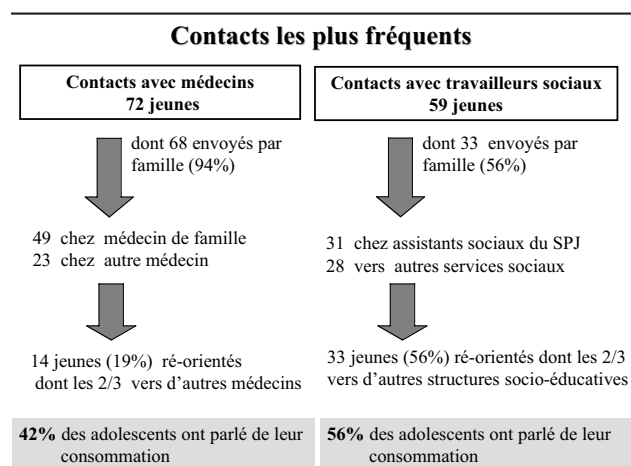


Figure 1: Contacts les plus fréquents des adolescents consommateurs de substances psychoactives avec les structures d'aide

Ces contacts se font par ailleurs le plus souvent à l'initiative de la famille, ce qui n'est peut-être pas étranger à l'omission des problèmes de consommation, notamment dans le cas des consultations médicales.

Par ailleurs, en ce qui concerne le parcours de prise en charge, on constate que ces contacts débouchent sur des consultations médicales et sociales avec un clivage entre ces deux types d'intervenants, la réorientation par les médecins aboutissant dans les $\frac{2}{3}$ des cas vers d'autres médecins ou structures médicales, et, celle par les professionnels du social dans les $\frac{2}{3}$ des cas vers d'autres structures socio-éducatives.

Deux exemples d'itinéraires à travers les structures de prise en charge ont été choisis: le premier exemple (cf. figure 2) illustre le parcours particulièrement complexe d'une jeune fille qui a commencé à consommer à l'âge de quatorze ans et qui a eu, en parallèle, des contacts très nombreux, initialement avec son médecin de famille, puis avec un médiateur, qui l'a adressée ensuite au Service de Protection de la Jeunesse (SPJ), instance qui a suivi l'adolescente jusqu'au moment de l'entretien dans le cadre de la recherche. Dans l'intermède, l'adolescente a été adressée par le SPJ à un foyer puis à une institution de semi-détention (Valmont) qui l'a réadressée à un autre foyer d'où elle a été placée une nouvelle fois dans l'institution de semi-détention. Elle est ensuite retournée dans un foyer, avec, en parallèle, une nouvelle prise en charge par le

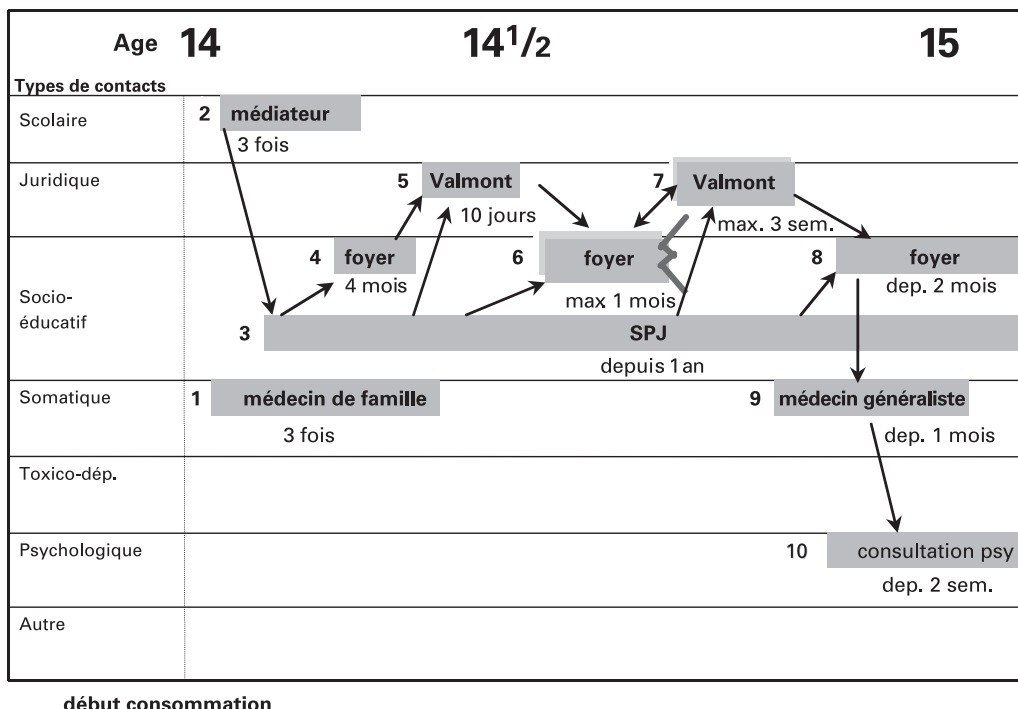


Figure 2: Exemple de schéma de parcours d'une adolescente

médecin généraliste et une consultation spécialisée en psychiatrie. La seule référence constante de ce parcours est le SPJ, qui intervient le plus souvent d'office ou sur mandat.

Ce parcours complexe se distingue de celui d'un autre adolescent qui a commencé à consommer du

cannabis dès l'âge de treize ans, qui a consulté son médecin de famille, lequel l'a adressé à un médecin ORL (cf. figure 3). Le médecin scolaire est également intervenu durant cette même période. Ce n'est qu'un an et demi plus tard que l'adolescent a été suivi par un psychologue, avec qui il poursuit un traitement depuis dix mois.

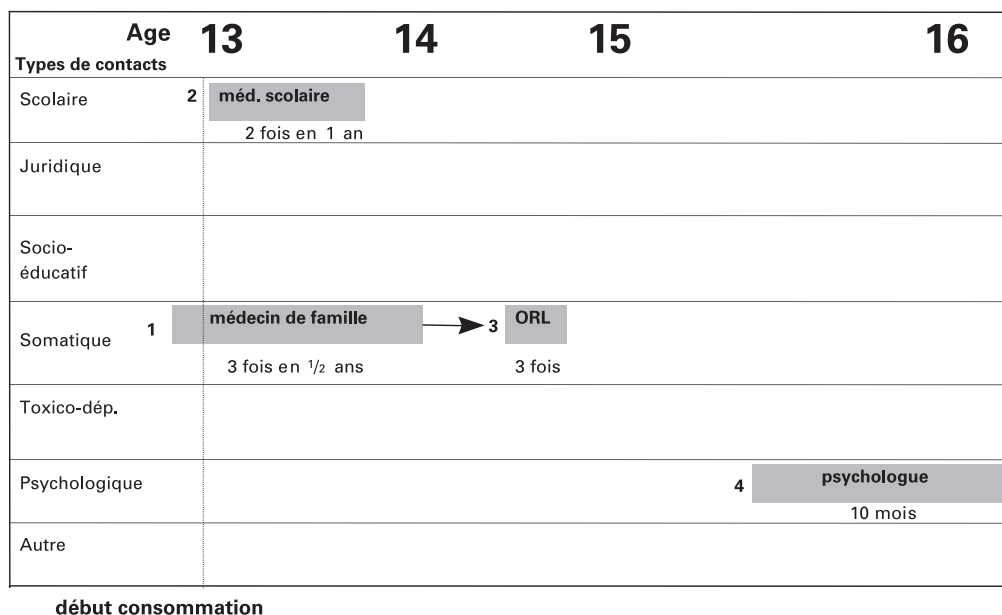


Figure 3: Exemple de schéma de parcours d'un adolescent

Outre une description des différentes filières auxquelles l'adolescent a recouru à partir du moment où il a consommé des substances, une question a été posée pour obtenir une évaluation de la part de l'adolescent sur la personne ou l'institution qui, de son point de vue, lui avait donné une aide majeure par rapport à son problème de consommation. Dans la majorité des cas, l'adolescent n'a pas véritablement trouvé de lien ou de personne qui a pu l'aider dans ses problèmes de consommation. En effet, 58% des adolescents disent qu'aucun contact ne leur a fourni d'aide particulière concernant leur consommation, bien qu'elle ne soit pas moins importante que celle des autres jeunes. Autrement dit, leur insatisfaction ne peut pas s'expliquer par le fait qu'ils auraient moins de problèmes de consommation que les autres. Par ailleurs, les contacts qui aident le plus par rapport aux problèmes de consommation concernent les institutions spécialisées en toxicomanie, auxquelles relativement peu d'adolescents ont eu accès (cf. Tableau 3).

Les résultats présentés ici montrent que les adolescents consommateurs de substances psychoactives ont de nombreux contacts avec les diverses structures du réseau de prise en charge, et que les médecins généralistes et les travailleurs sociaux en sont la voie d'accès privilégiée. Bien que les contacts ne soient pas forcément motivés par des problèmes de consommation, il faut tout de même relever que ce sujet n'est souvent pas abordé dans ces occasions. Par ailleurs, les parcours de prises en charge observés mettent en évidence un certain cloisonnement entre les domaines d'activité, plus particulièrement en ce qui concerne le médical et le social.

Tableau 3: Contact qui a le plus aidé concernant la consommation

Contact	N	Proportion par rapport au type de contact*
Médecin généraliste	3	4 %
Travailleur social	3	5 %
Professionnel du milieu scolaire	1	2 %
Foyer éducatif	5	13 %
Psychothérapeute	4	11 %
Centre de détention	7	25 %
Consultation / hôpital psychiatrique	4	8 %
Consultation médicale	2	13 %
Structure spécialisée en toxicomanie	8	80 %
Autre (entourage, autres contacts)	5	
Aucun	58	
TOTAL	100	

* cf. aussi le tableau 2 (types de contacts).

Adresse pour correspondance:
 Léonie Chinet
 SUPEA
 Bugnon 25 A
 CH-1005 Lausanne
 E-mail: leonie.chinet@inst.hospvd.ch

Risks and Problems of Apprentice Drop-Outs – Results of Empirical Studies*

Markus P. Neuenschwander, Department of Educational Psychology, Institute of Education, University of Bern, Switzerland

Daniel Süss, School of Applied Psychology, University of Applied Sciences, Zurich, Switzerland

Abstract

The current study examines premature termination of apprenticeships in Switzerland and their impact on drug dependence.

We planned three groups: (1) those having broken off an apprenticeship, (2) drop-outs from apprenticeship reentering a new apprenticeship and (3) regular apprentices. The third group was a control group. These adolescents regularly attended their classes and did not change or drop out of their apprenticeship training program. Questionnaires were completed by 1,219 adolescents aged from 16 to 22 (mean age=19.1), 562 females and 657 males.

The questionnaire includes items about apprenticeship and career, deviant behaviour, self-concept, family and social support in apprenticeship. An in-depth follow up through personal interviews was completed on 35 apprentices (not presented here).

Results indicate that adolescents without a new training opportunity 6 months after dropping-out or without a future perspective in their professional life domain are more likely to consume illicit drugs and to behave deviantly than other adolescents.

The results allow the recommendation of strategies of secondary prevention of deviant behaviours.

1. Introduction

The premature termination of an apprenticeship (dropping out and cancelling the contract) is frequent, but there is very little research about types, conditions and consequences (Allidi, 1992; Laszlo, Menk, & Schiemann, 1997; Amos, 1997). Could there be any correlations between these terminations and deviant behaviour such as illicit drug consumption and delinquency?

First, we proceed from the assumption that an imbalance of stressors compared with social and personal resources can explain deviant behaviour (Udris, Rimann & Thalman, 1994). These stressors can be normative events like developmental tasks or non-normative events such as significant individual life-events. Both developmental tasks and significant life-events can evoke stressful reactions. Deviant behaviour provides us with examples of such stressful behaviour.

Secondly, we would like to characterize adolescence as a stage of psycho-social experimentation. Age-specific demands are coped with by trying out new roles and behaviours with peers. These experiments aim at the development of commitments and a differentiated identity (Marcia, 1993; Neuenschwander, 1996). Non-normative adolescent behaviour is interpreted as experimentation that loses the character of single experiments and leads to chronic health problems. This may happen if social resources are lacking or subjective significant events are overwhelming (Neuenschwander & Böni, 2001).

Our aim has not been to identify conditions of drug consumption but to define a target group for secondary drug prevention. There is little empirical data about stressors in the professional training of adolescents. Can a target group for secondary drug prevention be defined by the structural variable, apprenticeship status?

The published data were collected in the state apprenticeship training offices in the German speaking part of Switzerland (*Kantonale Ämter für Berufsbildung*). Additionally, in Zürich we gathered cancellation rates prospectively for apprentices beginning their training in 1993. The results showed that while in Zürich as many as 25% of the apprentices terminated their training, in Berne the rate varied between 14% and 16% (1993 and 1997). At around 30%, the Canton of Baselland had the highest rate

Key Words

Drugs,
Apprenticeship,
Drop-Out,
Health,
Deviance,
Resource,
Leisure Time,
Media Use,
Adolescence

* This project was supported by the Swiss Federal Office of Public Health, grant numbers 8046 and 98.000686 (8086) to August Flammer, Markus P. Neuenschwander and Daniel Süss.

of cancelled apprenticeships, while Obwalden and Appenzell Innerrhoden had the lowest rates; they were around 6% in the years 1993 to 1997. Professional groups with rates above 30% in Zürich are painting, body care, art, and hotellery. Foreigners are more likely to terminate their contracts compared with Swiss citizens in the same age group. We consider these rates to be high and that it is therefore worth inquiring more closely into the phenomenon. These high rates are the more surprising because adolescents who have cancelled their apprenticeships may lose some social prestige and may be penalized in a number of ways.

2. Method

From the population of adolescents who had cancelled an apprenticeship in the Cantons of Bern and Zürich we chose two groups: one group had reentered, taking up a new apprenticeship, while the other group had quit permanently. A third group of adolescents undergoing training normally was used as controls. The final sample consisted of 562 female and 657 male adolescents aged from 16 to 23 (mean age 19.1). Of these 498 apprentices were in regular training, 512 had entered a new apprenticeship and 209 had abandoned apprenticeship entirely. Compared with the overall population, the number of foreigners was low in our sample. However, the prevalence of drug consumption and delinquent behaviour is comparable with representative samples (Swiss Health Study – 'Schweizerische Gesundheitsbefragung', 1992, undertaken by the Federal Office of Statistics).

Our standardized questionnaire focused on the topics of training, breaking apprenticeships, deviant behaviour in adolescence, resources and family. It consisted of reliable and newly constructed items for this study (for methodological details see Süss, Neuenschwander & Dumont, 1996).

3. Results

3.1 Reasons for terminating apprenticeships

What are the factors contributing to the termination of an apprenticeship? According to the official data in the Canton of Zürich the most frequent reason for cancellations is 'conflicts between apprentices and their masters' – a very unspecific reason. The next most frequent reason is 'wrong choice of occupation'. If professional support in the choice of occupation and of the specific apprenticeship is improved we can combat contract cancellation. Of particular use may be brief try-out periods for different apprenticeships in advance of a commitment to full training (*Schnupperlehren*).

According to data from the questionnaire, schools help to support the choice of a profession but not of the specific apprenticeship. But the choice of a suitable apprenticeship and of a 'master' with whom good collaboration is possible is of critical importance for the success of the training. From the point of view of the adolescents the main reason for cancellations lies in the apprenticeships. This is, however, not the view taken by the 'masters'. Because free apprenticeships have become scarce, the available possibilities are more restricted for adolescents, and much less so for 'masters'.

In the official data unsatisfactory scholastic achievement is also very frequently cited as the reason for cancellation. In contrast, lack of academic challenge is rarely reported. Adolescents prefer demanding professions that tend to be above their potential. Unsatisfactory achievement seems to play a greater role than social conflicts in terminated apprenticeships.

There are many reasons for cancellation: internal reorganization of an apprenticeship, bankruptcy or even a change in the name of the apprenticeship will lead to a cancellation. For this reason it is important to establish a typology of cancellations.

3.2 Types of training

We differentiate between apprentices who continue normally with their (first) apprenticeship, those who switch to a new one after a cancellation (changers) and those who quit altogether (quitters). Apprentices 'without a change' are therefore those following their training normally. Changers (about 19% of the apprentices) have cancelled their apprenticeship and begun new training. Quitters (about 6%) did not begin new training after cancelling their apprenticeship. Quitters thus form a subcategory of adolescents who have cancelled their apprenticeship.

The group of changers can be divided into four subgroups: (1) Direct change: time of interruption is less than 1 month. (2) short-term interruption: one month < interruption of 6 months. (3) medium-term interruption: 6 months < interruption of 12 months. (4) Long-term interruption: the interruption is longer than 12 months. The quitters are subdivided into two groups: the descenders continue their training in a more basic apprenticeship while the drop-outs (with or without a perspective in the professional domain) are no longer in any kind of apprenticeship programme (figure 1).

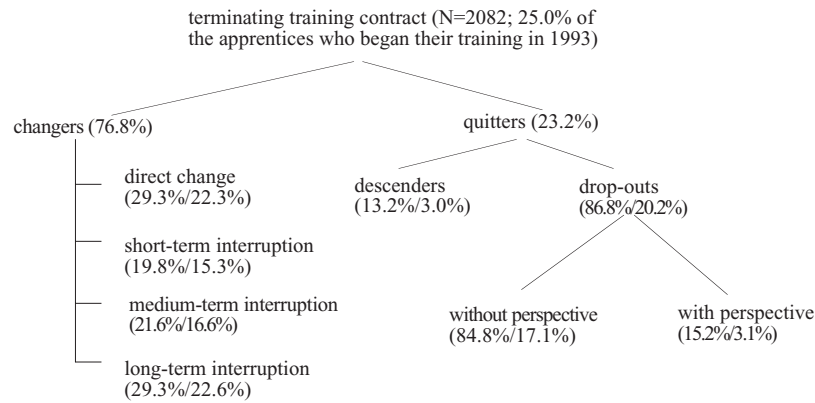


Figure 1: Typology of apprentices terminating training contracts (in parenthesis: percentages related to the next higher category/percentages related to the total number of cancellations). The numbers refer to the 9331 apprentices in the Canton of Zürich who began their training in 1993 and terminated their training before July 1998 (prospective approach, data analysis of official and questionnaire data of the whole population; Neuenschwander, 1999).

3.3 Problems in terminating training contracts

Terminating training contracts can stress adolescents in psychosocial and professional terms. A termination can be interpreted as a risk factor for addiction and deviance and can endanger the professional progress of adolescents.

3.4 Drug dependence

On the basis of our questionnaire we examined the risks to adolescents after the termination of apprenticeship training contracts. Generally, we did not find differences between our types in terms of alcohol or nicotine consumption. As can be seen in table 1, significant correlations with illicit drugs were found. Compared with apprentices, adolescents in the groups with medium-term and long-term interruptions are especially at risk. In all, only 6% of the apprentices without a change report consuming heroin often or regularly. In contrast, about 30% of the adolescents with a long-term interruption report heroin consumption. The drop-outs with no professional perspective are at risk of heroin consumption, too. Significant differences were also found for cocaine, hallucinogenics, and hashish.

Although we had expected the drop-outs to be at special risk, we were somewhat surprised by this result. We assume that the changers find themselves caught balanced between two perspectives: reentry with a new programme or not being able to find a new apprenticeship. This unclear perspective could be a condition for drug consumption. In contrast, drop-outs with a professional perspective are usually involved in an enterprise as untrained workers. They have a structured daily routine and rarely consume illicit substances. An alternative and complementary interpretation could be that deviant adolescents in homes are encouraged or forced to begin a new education. For these adolescents reentering training is mandatory and a means of resocialisation.

It must be admitted that not all adolescents are at risk of illegal drugs after terminating a training contract. In particular, fewer adolescents of the type direct change report consuming illicit drugs than apprentices without a change. They may be able to cope with problems more effectively. They may be highly resilient too, and can thus avoid consuming illicit drugs. These differences demonstrate that adolescents are of significantly higher risk of drug consumption after terminating a training contract with a long-term interruption.

Table 1: Consumption of illicit substances differentiated by types of professional training

	changers				quitters			apprentices			
	direct change (N=161)	s.t. interr. (N=130)	m.t. interr. (N=110)	l.t. interr. (N=44)	descenders (N=27)	drop-outs with perspective (N=75)	drop-outs without perspective (N=55)	(N=498)	N	Chi ²	p
medicines	1.9%	3.1%	5.7%	7.1%	4.2%	1.4%	3.9%	5.3%	47		n.s.
cocaine	5.1%	7.0%	14.0%	20.9%	8.3%	1.4%	7.8%	6.5%	82	24.0	**
opiates: heroine, morphium	1.3%	4.7%	10.6%	30.2%	4.2%	.0%	10.0%	5.9%	68	59.0	***
hallucinogenics, LSD	5.1%	15.6%	17.9%	18.6%	4.2%	2.7%	17.3%	10.0%	117	25.4	***
amphetamines, stimulants	5.2%	3.3%	8.6%	4.9%	4.6%	1.4%	7.8%	6.0%	59		n.s.
hashish	24.7%	41.9%	42.1%	50.0%	29.2%	35.6%	38.5%	30.9%	370	20.7	**

N: Number of adolescents.

*: p < .05; **: p < .01; ***: p < .001; n.s.: non significant; df=7.

Table 2: Types of training and frequency of deviant behaviour: percentages per type

	changers				quitters			apprentices		
	direct change (N=161)	s.t. interr. (N=130)	m.t. interr. (N=110)	l.t. interr. (N=44)	descenders (N=27)	drop-outs with perspective (N=75)	drop-outs without perspective (N=55)	(N=498)	Chi ²	p
run away	13.9%	31.5%	40.7%	52.3%	37.0%	62.7%	47.3%	17.9%	39.1	***
driving without licence	59.8%	74.4%	70.4%	75.0%	48.2%	62.7%	66.4%	65.9%	13.6	n.s.
graffiti, vandalism	17.0%	28.5%	23.2%	30.0%	12.0%	9.3%	35.9%	20.9%	21.9	**
shoplifting	45.9%	63.8%	59.3%	75.0%	55.6%	38.7%	61.1%	51.5%	27.4	***
thefts of cars	19.5%	41.9%	38.9%	60.5%	29.6%	18.7%	37.7%	24.1%	54.8	***
disorderly behaviour, riot	15.1%	33.3%	28.7%	31.8%	26.9%	12.0%	27.5%	24.0%	22.2	**
thefts at workplace	13.2%	24.0%	20.4%	41.9%	29.6%	24.0%	26.4%	15.8%	28.3	***
thefts from parents	23.3%	34.4%	44.0%	59.1%	18.5%	22.7%	30.2%	27.4%	37.2	***
threats robbery	2.5%	9.3%	13.0%	20.5%	7.7%	2.7%	11.3%	9.3%	21.9	**
weapon	14.2%	25.2%	17.3%	32.6%	20.0%	10.7%	17.3%	18.1%	14.7	*
intentional destruction	22.1%	37.3%	32.0%	52.3%	22.2%	13.9%	26.0%	27.6%	29.3	***
previous convictions and existing criminal record	6.9%	20.9%	20.8%	34.1%	18.5%	12.2%	17.3%	10.8%	36.0	***
conviction before terminating contract	23.4%	36.7%	39.8%	14.8%	14.8%	24.7%	29.6%	9%	93.1	***
conviction after terminating contract	15.3%	30.5%	26.9%	47.4%	18.5%	15.3%	27.8%	-	97.5	***

N: Number of adolescents.

*: p < .05; **: p < .01; ***: p < .001; n.s.: non significant; df=7.

3.5 Juvenile deviance

A similar picture was found for deviant and delinquent behaviour (table 2). About 11% of the apprentices without a change report previous criminal offences. This contrasts with about 30% of the adolescents with a long-term interruption. Adolescents of the type 'direct change' report less delinquency than the apprentices without change.

Do offences happen more frequently before or after breaking training contracts? On average 22% of the adolescents report committing offences before cancelling the contract, 16% report them after terminating. There is, therefore, a tendency to commit more offences before breaking contracts. But we are very careful in interpreting these results causally because the data is retrospective and the differences are not that strong in absolute terms. Moreover, the number of offences after termination is relatively small.

4. Discussion

Adolescents without a perspective in professional fields are at risk of drug consumption, delinquency and health problems. It is principally adolescents with a medium- or long-term interruption after terminating their training contracts who are at risk, together with drop-outs without a perspective in professional life. Prevention and support of adolescents confronted with the breaking off of training contracts will always signify in prevention of addiction and delinquency. We suggest that professional training can play a great role in health promotion. The termination of a training contract can be a warning signal indicating a crisis for an adolescent. Adolescents who have broken a contract are officially

registered and can easily be identified. Cancelled contracts allow us to identify a target group for secondary prevention of addiction and delinquency. This is a main result of our study.

5. Recommendations

We do not want to abandon our previous differentiation: any change of apprenticeship can be an advantage for the adolescent. If the relationship between apprentice and 'master' is poor, a new start is welcomed by both parties and will often succeed. Direct change is a good example of how to secure an advantage when terminating a training contract. Adolescents who moved did not exhibit any crisis symptoms or health problems. Here, difficulties have become a chance to learn and profit for one's own development. For this reason breaking training contracts is not a general risk indicator.

We do not wish to discuss here how concretely to work with and counsel these adolescents. However, we end with some suggestions for prevention. These conclusions result from the experience of our project and cannot be derived in every detail from the results presented in this article.

1. Support courses

Low achievements in school are often the reason for terminating training contracts; in the Canton of Zürich they are the third most frequently given reason. Additional support of apprentices through the existing system of help may reduce the risk of terminating contracts. However, these courses attempt to compensate for the wrong choice of occupation. Their effectiveness varies from individual to individual.

2. Training for 'masters' and teachers in identifying adolescents at risk

Indicators for a crisis are: social conflicts and aggression, health problems, petty crime, low achievement in school (low marks), absenteeism, low motivation. If the adolescents cannot identify with their apprenticeship, and if they do not have specific future perspectives in their professional field when breaking their training contract, they should receive special attention and help. Adolescents are at high risk of deviance if they are not integrated into a training program or enterprise, and if they have low support from their parents. If adolescents have already committed offences, have a criminal record during their apprenticeship, and if they are repeatedly checked by the police and consume legal or illegal drugs regularly, they are at very high risk and should be referred to professional counselors (vocational counselor, school psychologist, school medicine).

3. Training for apprentices and masters in handling conflicts and frustrations

We suggest a mediated system. Suitable adolescents might be trained in courses to act sensitively to assist in crises undergone by their colleagues. They cannot be professional counselors but they could refer adolescents at risk to responsible persons in the apprenticeship or school. The trained adolescents could profit from this work and earn a relevant qualification. Working models exist in Neuchâtel (Switzerland) and in the USA. A system with teachers in schools as mediators and a reference group could offer the help they need to adolescents at risk (cf for instance the system in Zürich). If 'masters', teachers and apprentices have greater social skills, the apprentices' motivation to achieve will be increased. We would assume that 'masters' often feel insecure about dealing with educational problems in apprenticeships and would be interested in further training.

4. Conceptualization and implementation of new institutions for adolescents at risk during and after apprenticeships

There are many possibilities for the provision of counseling for adolescents. Adolescents in a medium- or long-term interruption typically ask for help at institutions with professionals (vocational counseling, socio-medico services) or from their peers. Adolescents of the types 'direct change' or 'descender' may use the support of adults who are close to them (parents, 'masters', teachers).

Special support for adolescents after terminating contracts exists in few places in Switzerland. Once a contract is cancelled the professional training organisation is no longer responsible and most institu-

tions offer no specific services for adolescents. Professional inspectors could refer adolescents at risk to special services and phone the adolescents again 3 months after termination to ascertain whether they have received the necessary help.

5. Flexible solutions

Flexible solutions after terminating contracts should be promoted. The period between terminating contracts and continuation of education should be shortened. Some vocational training schools already offer flexible transitional solutions that can be optimized. Training institutions should be encouraged to develop such possibilities, too, perhaps with federal financial support. Promotion of alternative training models (part-time apprenticeship for young mothers, simplified reentry into a training program after withdrawal from drug addiction) could contribute to the reintegration of adolescents at risk into a social network.

6. References

1. Amos J. Drogue et apprentis en rupture. *Panorama* 1997;4:29–31.
2. Allidi O. L'abbandono del tirocinio. Capo dell' Ufficio della formazione commerciale (del cantone Ticino), Breganzona, 1992.
3. Laszlo A, Menk A, Schiemann M. Vorzeitige Lösung von Ausbildungsverträgen. *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* 1997;26:36–9.
4. Marcia JE. The status of the statuses: Research review. In: Marcia JE, Waterman AS, Matteson DR, Archer SL, Orlofsky JL (Eds.): *Ego Identity*. New York, Springer, 1993.
5. Neuenschwander MP. *Entwicklung und Identität im Jugendalter*. Bern, Haupt, 1996.
6. Neuenschwander MP. *Lehrvertragsauflösungen im Kanton Zürich III. Abschlussbericht*. Zürich, Verlag impulse, 1999.
7. Neuenschwander MP, Böni E. Schule, Selbstkonzept und abweichendes Verhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Soziologie der Sozialisation und Erziehung* 2001;21:116–32.
8. Süss D, Neuenschwander MP, Dumont J. Lehrabbruch, Gesundheitsprobleme und deviantes Verhalten im Jugendalter. *Forschungsbericht Nr. 1996–4*. Institut für Psychologie der Universität Bern, 1996.
9. Udris I, Rimann M, Thalmann K. Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen: Zur Funktion salutogenetischer Ressourcen. In: Bergmann B und Richter P (Hrsg.): *Die Handlungsregulations-theorie*. Göttingen, Hogrefe 1994:198–215.

7. Dissemination of research findings

In a project financed by the Swiss Federal Office of Public Health a brochure has been produced for 'masters' and teachers in vocational training schools. This brochure was discussed with representatives in each canton. A total of 10,000 brochures were distributed within German-speaking Switzerland, Germany and Austria. They have started a broad discussion within Cantonal governments and larger companies.

7.1 Published articles, books and reports about these projects

1. Neuenschwander MP. Jeder fünfte Lehrvertrag wird vorzeitig aufgelöst. Forum für Berufsschulen des Kantons Zürich 1996;33:7–8.
2. Neuenschwander MP. Lehrvertragsauflösung und ihre Folgen. Panorama 1997;4:25–6.
3. Neuenschwander MP. Problemlagen und Risiken beim Lehrabbruch. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Verein zur Förderung der Sozialen Arbeit als akademische Disziplin (Ed.): Symposium Soziale Arbeit, Soziale Arbeit mit Jugendlichen in problematischen Lebenslagen. Köniz, Soziothek, 1998:11–29.
4. Neuenschwander MP. Lehrvertragsauflösungen im Kanton Zürich III. Abschlussbericht. Zürich, Verlag impulse, und Aarau/Frankfurt am Main/Salzburg, Verlag Sauerländer, 1999.
5. Neuenschwander MP, Dumont J. Statistische Daten zu Lehrvertragsauflösungen im Kanton Zürich. Institut für Psychologie der Universität Bern, 1996; Forschungsbericht Nr. 1996-3.
6. Neuenschwander MP, Oegerli T. Lehrvertragsauflösungen im Kanton Zürich – Teil II. Institut für Pädagogik, Abteilung Pädagogische Psychologie der Universität Bern, 1997; Forschungsbericht Nr. 15.
7. Neuenschwander MP, Stalder B. Lehrvertragsauflösungen aus der Sicht von Jugendlichen. Ergebnisse einer Deutschschweizer Studie. Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 1998;27:42–7.
8. Neuenschwander MP, Stalder BE, Süss D. Berufswahl und Lehrvertragsauflösungen im Kanton Bern. Institut für Psychologie der Universität Bern und Amt für Bildungsforschung der Erziehungsdirektion des Kantons Bern, 1996; Forschungsbericht Nr. 1996-2.
9. Neuenschwander MP, Süss D. Alltagshandeln bei problembelasteten Jugendlichen. In: Rihs Middel M (Ed.). Suchtforschung des Bundesamtes für Gesundheit, Bern, EDMZ, 2000:44–54.
10. Süss D, Neuenschwander MP. Jugendliche Ausbildungsabbrecher und selbstgefährdendes

Verhalten. In: Rihs-Middel M, Lotti H (Eds.): Suchtforschung des BAG/Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993–96, Bern, EDMZ, 1997:127–34.

11. Süss D, Neuenschwander MP, Dumont J. Lehrabbruch, Gesundheitsprobleme und deviantes Verhalten im Jugendalter. Institut für Psychologie der Universität Bern, 1996; Forschungsbericht Nr. 1996-4.

7.2 Contribution to an international conference

1. Neuenschwander MP. Apprenticeship Status and Drug Abuse. Paper presented at the conference of the International Society of Social and Behavioral Development ISSBD, Bern, Switzerland, 1998, 1st–4th of July.

7.3 Selected presentations about the project (since 1997)

1. Neuenschwander MP. Lehrabbruch und deviantes Verhalten. Referat vor den Delegierten der deutschschweizer Berufsbildungsämterkonferenz, Abt. Lehraufsicht, in Zürich-Kloten, 1997.
2. Neuenschwander MP. Lehrabbruch und Delinquenz als Risikobedingungen für Suchtmittelkonsum im Jugendalter. Vortrag vor der Schweizerischen Gesellschaft für Psychologie, 18.–20.9.1997, Basel.
3. Neuenschwander MP. Lehrabbruch, Gesundheitsprobleme und deviantes Verhalten im Jugendalter. Vortrag gehalten im Amt für Berufsbildung Zürich, 1997.
4. Neuenschwander MP. Lehrabbruch, Gesundheitsprobleme und deviantes Verhalten im Jugendalter. Vortrag gehalten im Contact Bern, 1998.
5. Neuenschwander MP. Lehrabbruch und Gesundheitsprobleme im Jugendalter. Vortrag organisiert von der Beratungsstelle für Lehrlinge in Aarau, 1999.

7.4 Teacher training

1. A course on drug addiction was offered to students in high-school teacher training at the University of Bern in the summer semester of 1998.
2. Teacher training courses for vocational school teachers in January 2001 and 2002 included relevant input.

7.5 Radio

1. Radio Spatz: In the context of a project carried out by Contact Bern a forum was conducted on Radio Spatz (9/14, 1998) discussing the problems of broken apprenticeships and their health endangering consequences.
2. DRS-3-Input: The project was presented and discussed in DRS-3-Input (10/18, 1998).

8. Impact

In Switzerland and Germany there have been a great number of activities discussing the problems of terminating training contracts on the basis of the results of our project. The printed media in a number of cities and regions repeatedly address the topics and contribute to the sensitivity of the project. The central service for vocational counseling has presented the project and helped to sensitize vocational counselors. Only the most important effects of the project are listed below. There is no space here to list all the many more activities in cantons and local communities.

8.1 The conference of Swiss German offices of professional training organisations (Deutschschweizer Berufsbildungsämterkonferenz DBK)

1. The conference of Swiss German offices of professional training developed a system for categorizing reasons for terminating training contracts and followed some of our recommendations. The new categorisation makes it possible to obtain more precise information about terminations.

8.2 Canton Zürich

2. Three cantonal projects were carried out to obtain more precise statistical information concerning the frequency and background of terminations.
3. Initiated by the Catholic church of Zürich and Winterthur, groups of apprentices were organized to discuss problems in apprenticeships. Group discussions helped to prevent terminations or to find alternative solutions quickly.
4. The canton organized a number of presentations and courses about terminations and addiction.

8.3 Cantons Basel Stadt and Grisons

1. In the Canton of Basel Stadt a diploma research project was written on apprenticeship termination in the Canton of Basel.
2. A student from the University of St. Gallen completed a diploma research project on apprenticeship termination in Graubünden. The report discusses suitable preventive action.

8.4 Canton Bern

1. Courses for 'masters': on the basis of the results of our project a successful course for 'masters' was held which focussed specifically on the breaking off of apprenticeships.
2. A state commission in Bern ('Geschäftsprüfungskommission') discussed the special situation of termination of an apprenticeship and its consequences. This resulted in a review of the law and of the support and control system for apprentices.

8.5 Canton St. Gallen

1. The project 'Massnahmen zur Verhinderung des Anlehr- und Lehrabbruchs und zur Verhinderung des Nichtbestehens der Lehrabschlussprüfung' was initiated by the professional school St. Gallen.

Correspondence to:
PD Dr. Markus P. Neuenschwander
Abteilung Pädagogische Psychologie
Institut für Pädagogik und Schulpädagogik der
Universität Bern
Muesmattstrasse 27
CH-3012 Bern
Tel.: ++41 (0)31 631 82 75
Fax: ++41 (0)31 631 82 33
E-mail: neuensch@sis.unibe.ch

Entwicklungschancen fördern: Prävention zugunsten gefährdeter Kinder und Jugendlicher. Empfehlungen einer kollektiven Expertise*

Ambros Uchtenhagen, Institut für Suchtforschung, Zürich, Leiter der Kollektiven Expertise (Text)

Expertinnen und Experten:

Modul 1: Alexander Grob, Institut für Psychologie der Universität Bern (Leiter Modul 1); **Katrin Feller**, Frauenklinik, Inselspital Bern; **Christoph Käppler**, Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich; **Heidi Simoni**, Marie Meierhofer-Institut, Zürich.

Modul 2: Pasqualina Perrig-Chiello, Institut für Psychologie der Universität Bern (Leiterin Modul 2);

Gebhard Hüsler, Departement für Psychologie der Universität Fribourg; **Beat Mohler**, Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich; **Crista Schlegel**, Stiftung Arbeitsgestaltung, Uster.

Modul 3: Meinrad Perrez, Departement für Psychologie der Universität Fribourg (Leiter Modul 3); **Urs Abt**, Praxis für Familientherapie, Maur; **Marcello Aragon**, *supra-f* Zentrum Choice, Fribourg; **Anette Cina**, Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Fribourg.

Modul 4: Rainer Hornung, Psychologisches Institut der Universität Zürich (Leiter Modul 4); **Barbara Broers**, Département de Médecine Communautaire, Hôpitaux Universitaires de Genève; **Ulrich Frick**, Institut für Suchtforschung, Zürich; **Pierre-André Michaud**, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV, Lausanne.

Modul 5: Carlo Fabian, Fachhochschule für Soziale Arbeit, Basel (Leiter Modul 5); **Anja Nowacki**, Fachstelle Prävention der Gemeinde Köniz; **Thomas Pfister**, Gesundheitsförderung des Kantons Zug; **Frank Zobel**, Institut universitaire de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne.

Der folgende Text fasst die Empfehlungen dieser kollektiven Expertise zusammen. Er soll als Information und Hinweis dienen auf dieses Projekt und auf den vom BAG als separate Broschüre herausgegebenen Synthesebericht.

1. Zusammenfassung der Empfehlungen

Nach einer Reihe von Vorarbeiten hat das Bundesamt für Gesundheit im Jahr 2001 unter dem Namen *supra-f* ein Interventionsforschungsprojekt lanciert, das in 12 verschiedenen Zentren der Schweiz sekundärpräventive Massnahmen für Kinder und Jugendliche mit hohen Belastungen dokumentiert und evaluiert. Eine Zwischenevaluation und eine internationale Konferenz zum Thema zeigten Interventions- und Forschungslücken auf und bildeten damit den Ausgangspunkt für ein Folgeprojekt.

Für die Vorbereitung des Folgeprojekts wurde die Methode einer Kollektiven Expertise gewählt. Fünf Expertengruppen mit Fachleuten aus Forschung und Praxis erhielten den Auftrag, in definierten Bereichen den einschlägigen Wissensstand zu sichten, empirisch gut abgestützte Verfahren und Methoden zu identifizieren und konkrete Empfehlungen für das weitere Vorgehen zu machen.

Die fünf Modulbereiche haben folgende Inhalte:

- Prävention bei Familiensystemen während der Schwangerschaft der Mutter und während des Säuglings- und Kleinkindesalters
- Diagnostik und positive Beeinflussung der Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen
- Verbesserung der Eltern-Kind Beziehung im Rahmen von *supra-f* und/oder *supra-f*-ähnlichen Strukturen
- Identifikation und Verminderung von problematischem und abhängigem Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen
- Planung der sekundärpräventiven Versorgung auf Gemeindeebene

Key Words

Babies,
Toddlers,
Children and Adolescents at Risk,
Interventions,
Research,
Primary and Secondary Prevention,
Collective Expertise

* Diese Kollektive Expertise wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit den Verträgen Nr. 03. 000 890/902/905/906/908 und aus dem Vertrag Nr. 2.001624 unterstützt.

Die Modulgruppen haben eigenes Fachwissen, Literaturdatenbanken und Internetadressen genutzt sowie Recherchen zur Praxis in der Schweiz angestellt, um einen Überblick über erfolgversprechende Verfahren und Methoden zu gewinnen und um daraus die zu empfehlenden auszuwählen. Als Auswahlkriterien galten die Vorgaben des BAG (wissenschaftlich evaluiert, praktikabel und in der Schweiz anwendbar) sowie weitere, je nach Gruppe spezifische Anforderungen. Die Darstellung der ausgewählten Verfahren folgte einem vom BAG vorgegebenen, detaillierten Raster.

Der Synthesebericht fasst die Vorschläge und Empfehlungen aus den einzelnen Berichten zusammen und enthält eine tabellarische Übersicht dazu. Jedes Modul hat zusätzlich einen eigenen Bericht erstellt. Die Einzelberichte mit Beschreibung der empfohlenen Programme und Literaturangaben sind als separate Anhänge beim BAG kostenlos auf Deutsch zu beziehen (Bezugsadresse am Schluss dieser Zusammenfassung).

Modulgruppe 1 empfiehlt

- die Evaluation bestehender Konzepte zur Identifizierung von belasteten jungen Familien und zur Koordination von Unterstützungsangeboten zu fördern,
- Kurzinterventionen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens während der Schwangerschaft (Verminderung von Substanzkonsum) und
- Interventionen zur Verbesserung von elterlichen Erziehungskompetenzen.

Die Empfehlungen ergänzen sich und berücksichtigen die relevanten Altersgruppen ebenso wie alle von den Massnahmen betroffenen Bevölkerungsgruppen (Eltern, andere Erziehungspersonen, Fachleute, Versorgungsverantwortliche).

Modulgruppe 2 empfiehlt

- drei Interventionsprogramme für vorwiegend 14–18-jährige Schülerinnen und Schüler mit Störungen auf der individuellen Befindlichkeitsebene (Angst, Depression, Stress), auf der individuellen Verhaltensebene (Absentismus, ungenügende Leistungen, auffälliges Verhalten) oder auf der Ebene familiärer und sozialer Risikofaktoren (Belastungen der Eltern, Migration).

Die im schulischen Setting durchgeführten Gruppeninterventionen basieren auf kognitiv verhaltenstherapeutischen Methoden oder auf dem Erlernen sozialer Kompetenzen. Sie werden von Fachkräften in Zusammenarbeit mit Lehrpersonen und Eltern praktiziert. Überarbeitungen und Anpassungen der Interventionen werden empfohlen.

Modulgruppe 3 empfiehlt sechs Elternprogramme, davon

- drei face-to-face Trainings zur Unterstützung der Eltern durch Wissensvermittlung und praktische Vermittlung von Fähigkeiten zur Stärkung der Erziehungskompetenz,
- drei Trainingsprogramme auf CD-Rom bzw. Internet zur Selbstschulung für Eltern von verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen oder in Stresssituationen, zum Teil mit Möglichkeiten zum interaktiven Austausch mit anderen Eltern oder Fachpersonen.

Im Weiteren wird die Einbettung in eine eigentliche Präventionskultur und eine kontinuierliche Evaluierung empfohlen, anstelle nur episodischer Interventionen.

Modulgruppe 4 empfiehlt

- eine Integration sekundärpräventiver Zielsetzungen in bestehende Dienste und Angebote durch eine Qualifizierung von Fachpersonen (z.B. diagnostische Schulung und Motivational Interviewing),
- Entwicklung eines kriterienkonformen Projektes (es liegt kein direkt adaptierbares Projekt vor) und
- Berücksichtigung der vorhandenen Kenntnisse bei der Beurteilungs- und Finanzierungspraxis des BAG für sekundärpräventive Projekte.

Modulgruppe 5 empfiehlt

- die Weiterentwicklung, Förderung und Evaluierung von vier Projekten zur Erarbeitung und Implementierung von Sekundärprävention auf Gemeindeebene, sowie
- die Erstellung von Richtlinien und Instrumenten für deren Multiplikation. Die Projekte umfassen Früherkennung, Bedarfserhebung und Frühintervention.

Die fünf Modulgruppen ergänzen sich durch die vorgeschlagenen Einzelmassnahmen und -projekte. Die wichtigsten Schwerpunkte sind ein konzentriertes und wirkungsorientiertes Vorgehen sowie eine Förderung erprobter und erlernbarer Programme. Allen Empfehlungen liegt ein Grundkonsens der Modulgruppen in zentralen begrifflichen und konzeptionellen Belangen zugrunde. Risikominderung und Förderung von Schutzfaktoren stehen im Zentrum der Vorschläge. Unabhängige Begleitforschung soll die vorgeschlagenen Massnahmen begleiten, um einen optimalen Nutzen für Betroffene und Allgemeinheit zu erreichen.

Bei der Einführung neuer Ansätze sollen bestehende Strukturen optimal genutzt und Anpassungen an regionale Verhältnisse geprüft werden. Besonderes Augenmerk ist auf die Vermeidung von Stigmatisierungseffekten, auf die Wahrung der Persönlichkeits-

rechte und auf den Schutz der Kinder im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention zu legen.

Insgesamt sind die Vorschläge ein gut dokumentierter und wissenschaftlich fundierter Ausgangspunkt für ein Anschlussprogramm von *supra-f*.

2. Bezugsquelle des Syntheseberichts und weitere Informationen

Der Synthesebericht zu dieser kollektiven Expertise wurde vom Bundesamt für Gesundheit BAG in deutscher und französischer Sprache als separate Broschüre herausgegeben (Publikationszeitpunkt: Juni 2004). Bezugsquelle und weitere Informationen: siehe untenstehende Adresse. Abgabe gratis.

Ausserdem hat jede Modulgruppe einen separaten Bericht erstellt. Diese Einzelberichte mit Beschrieb der empfohlenen Programme und Literaturangaben sind als separate Anhänge (in deutscher Sprache) ebenfalls beim BAG unter untenstehender Adresse kostenlos zu beziehen.

Bundesamt für Gesundheit BAG
Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention
CH-3003 Bern
Telefon +41 (0)31 323 11 76
E-mail: cornelia.stromsky@bag.admin.ch
Internet: www.bag.admin.ch

Pour un bon développement chez les jeunes: prévention en faveur d'enfants et d'adolescents à risque. Recommandations d'une expertise collective*

Ambros Uchtenhagen, Institut für Suchtforschung, Zürich, responsable de l'expertise collective (texte)

Experts et expertes

Module 1: Alexander Grob, Institut für Psychologie der Universität Bern (responsable du module 1); **Katrin Feller**, Frauenklinik, Inselspital, Berne; **Christoph Käppler**, Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich; **Heidi Simoni**, Institut Marie Meierhofer, Zürich.

Module 2: Pasqualina Perrig-Chiello, Institut für Psychologie der Universität Bern (responsable du module 2); **Gebhard Hüsler**, Département für Psychologie der Universität Fribourg; **Beat Mohler**, Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich; **Crista Schlegel**, Stiftung Arbeitsgestaltung, Uster.

Module 3: Meinrad Perrez, Département für Psychologie der Universität Fribourg (responsable du module 3); **Urs Abt**, cabinet de thérapie de famille, Maur; **Marcello Aragon**, *supra-f* Zentrum Choice, Fribourg; **Anette Cina**, Institut für Familienforschung und -beratung – Institut de recherche et de conseil dans le domaine de la famille, Université de Fribourg.

Module 4: Rainer Hornung, Institut für Psychologie der Universität Zürich (responsable du module 4); **Barbara Broers**, Département de Médecine Communautaire, Hôpitaux Universitaires de Genève; **Ulrich Frick**, Institut für Suchtforschung, Zürich; **Pierre-André Michaud**, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois – CHUV, Lausanne.

Module 5: Carlo Fabian, Fachhochschule für Soziale Arbeit, Bâle (responsable du module 5); **Anja Nowacki**, Fachstelle Prävention, commune de Köniz; **Thomas Pfister**, Gesundheitsförderung des Kantons Zug; **Frank Zobel**, Institut universitaire de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne.

Le texte ci-dessous résume les recommandations d'une expertise collective. Son intention est d'informer aussi bien que de renvoyer au projet lui-même et au rapport de synthèse publié par l'OFSP.

1. Résumé des recommandations

En 1999, après avoir effectué une série de travaux préliminaires, l'Office fédéral de la santé publique a lancé un projet de recherche sur les interventions dans le domaine des dépendances sous le nom de *supra-f* (sigle en all. pour: prévention et recherche en matière de dépendances). Douze centres situés dans sept cantons en Suisse participent à ce projet. Ils évaluent et documentent des mesures de prévention secondaire élaborées pour des enfants et des adolescents présentant des risques élevés. Une évaluation intermédiaire et une conférence internationale ont mis en évidence des lacunes aussi bien dans les interventions que dans la recherche. Suite à cette constatation, l'OFSP a décidé de développer un second projet.

Pour préparer ce deuxième projet, la méthode de l'expertise collective a été choisie. Cinq groupes d'experts en recherche et en intervention pratique ont reçu le mandat d'examiner les connaissances acquises dans certains domaines définis, d'identifier des méthodes et des procédés empiriquement bien étayés et de proposer concrètement des mesures à prendre.

Les cinq modules mentionnés couvrent les domaines suivantes:

- Prévention au niveau des systèmes familiaux pendant la grossesse de la mère et la petite enfance
- Diagnostic et actions à influence positive sur le bien-être des enfants et des adolescents

Key Words

Babies,
Toddlers,
Children and Adolescents at Risk,
Interventions,
Research,
Primary and Secondary Prevention,
Collective Expertise

* Ce projet a été soutenu par les contrats n° 03. 000 890/902/905/906/908 et n° 2.001624 de l'Office fédéral de la santé publique.

- Amélioration des relations parents-enfants dans le cadre de *supra-f* et/ou de structures semblables à *supra-f*
- Identification et réduction de la consommation de substances psychoactives
- Planification de la prévention secondaire au niveau communal

Pour obtenir une vue d'ensemble des méthodes et des procédés et choisir ceux qui ont les meilleures chances de succès, les participants des modules ont utilisé leurs connaissances, les banques de données sur la littérature ainsi que des adresses diffusées par Internet et ont effectué des recherches sur la pratique en Suisse. Les critères de sélection étaient essentiellement ceux élaborés par l'OFSP (méthodes et procédés évalués scientifiquement et praticables, adaptés aux conditions en Suisse). Les procédés choisis sont présentés sur une grille détaillée, élaborée par l'OFSP.

Le rapport de synthèse résume les propositions et recommandations des différents modules et en donne une vue d'ensemble sous forme de tableau. De plus, le groupe chargé de chacun des modules a dressé son propre bilan. Les différents rapports, incluant la description des programmes recommandés ainsi que les informations bibliographiques, peuvent être commandés séparément et gratuitement auprès de l'OFSP (voir adresse à la fin de ce résumé).

Le **module 1** recommande

- de soutenir l'évaluation des concepts existants qui permettent d'identifier les jeunes familles à risque; de soutenir la coordination des offres d'aide
- des interventions à court terme visant une amélioration du comportement sanitaire pendant la grossesse (diminution de la consommation de substances psychoactives)
- des interventions visant l'amélioration des compétences des parents

Les recommandations sont complémentaires et s'adressent aux groupes d'âge concernés et à tous les groupes de population touchés par les mesures (parents, éducateurs, professionnels, responsables de la prise en charge).

Le **module 2** recommande

- trois programmes d'intervention auprès d'élèves de 14 à 18 ans confrontés à des difficultés d'ordre psychique (peur, dépression, stress), présentant des troubles du comportement (absentéisme, résultats scolaires insuffisants, comportement déviant) ou confrontés à des difficultés liées à des facteurs de risque dans la famille ou l'environnement social (problèmes des parents, migration).

Le **module 3** recommande six programmes de soutien aux parents, dont

- 3 programmes d'entraînement «face à face» ayant pour objectif de soutenir les parents en leur transmettant des connaissances et, au niveau pratique, de les aider à améliorer leurs compétences pédagogiques.
- 3 programmes d'auto-formation sur CD-Rom ou Internet destinés aux parents d'enfants et d'adolescents à comportement déviant ou en situation de stress. Dans certains cas, ces supports facilitent également un échange interactif avec d'autres parents dans la même situation ou avec du personnel qualifié.

Par ailleurs, ce module recommande de remplacer les interventions épisodiques par une culture de prévention proprement dite et un système d'évaluation continue.

Le **module 4** recommande

- la formation de personnel qualifié (p. ex. en diagnostic et en «motivational interviewing») en vue de promouvoir l'intégration des objectifs de prévention secondaire dans les offres et les services existants
- le développement d'un projet conforme aux critères (il n'existe pas de projet directement adaptable)
- la prise en considération des connaissances existantes lors de la mise en pratique des critères d'analyse et de financement de l'OFSP pour les projets de prévention secondaire.

Le **module 5** recommande

- de développer, promouvoir et évaluer quatre projets ayant pour objectif d'implanter la prévention secondaire dans les communes
- de donner des directives et de mettre à disposition des instruments pour la multiplication de ces projets, qui doivent comprendre le dépistage, l'intervention précoce et un inventaire des besoins.

Les cinq modules sont complémentaires en proposant des mesures individuelles et des projets. Ils doivent reposer tous sur des procédés concertés et efficaces ainsi que sur la promotion de programmes éprouvés et transmissibles. Les recommandations de conception reposent sur un consensus de base des groupes chargés des modules. Les propositions sont centrées sur la diminution des risques et la promotion de facteurs de protection. Pour que les personnes impliquées et le public en général puissent en tirer le plus grand profit, les mesures proposées doivent être accompagnées de recherches sur la conception indépendantes.

Lors de l'introduction de nouvelles approches, les structures existantes sont à exploiter au mieux, tout en examinant les modalités d'adaptation aux conditions régionales. Il s'agit tout particulièrement d'éviter la stigmatisation, de respecter les droits de la personne et de protéger les intérêts des jeunes, conformément à la convention relative aux droits de l'enfant de l'ONU.

Dans leur ensemble, les recommandations forment un point de départ bien documenté et scientifiquement consolidé pour un deuxième projet *supra-f*.

2. Diffusion du rapport de synthèse et autres informations

Le rapport de synthèse de cette expertise collective a été publié par l'Office fédéral de la santé publique sous forme de brochure séparée, en français et en allemand (juin 2004). Diffusion et autres informations à l'adresse ci-dessous. Edition gratuite.

De plus, le groupe chargé de chacun des modules a dressé son propre bilan. Ces rapports, disponibles en langue allemande, incluant la description des programmes recommandés ainsi que les informations bibliographiques, peuvent être commandés séparément et gratuitement auprès de l'OFSP également. L'adresse est la suivante:

Office fédéral de la santé publique
Service Prévention et promotion de la santé
CH-3003 Berne
Téléphone: +41 (0)31 323 11 76
Courriel: cornelia.stromsky@bag.admin.ch
Internet: www.bag.admin.ch

Defining useful science: An evaluation of the SFOPH Collective Expertise in Secondary Prevention, 2003–04*

Ronnie F. Blakeney, Charles D. Blakeney, Department of Educational Sciences, University of Fribourg/Switzerland, Institute for Clinical Developmental Psychology, Los Angeles, California/USA

Introduction: The Swiss Federal Office of Public Health SFOPH Main Unit Dependency and AIDS prevention unit is at a transition point with its *supra-f* secondary prevention projects. As *supra-f* enters phase II, the SFOPH is committed to learning from and building on the experiences of phase I. In phase I much was learned about the structure of the various programs and the risk and protective factors of participating youth (1). More needs to be learned about the specific program components, their theoretical assumptions about change and growth, and who and how they help (2). The SFOPH seeks to enhance effectiveness, accountability, replication and dissemination in *supra-f II* by addressing these uncertainties. In order to meet this need, the SFOPH commissioned a Collective Expertise to recommend scientifically-evaluated, practicable, evidence-based interventions for use with at risk youth and families across Switzerland.

The Mandate: The following report examines the product outcome of the Collective Expertise in Secondary Prevention. The Mandate asked the following five questions: Does the Collective Expertise correspond to the state of the art in the field? Do the proposed interventions bear the reasonable promise of effectiveness? Are the proposed tools and instruments for evaluation the best available options? Are there promising interventions that are missing? What type of research is missing or inadequately treated for the respective topics?

Individually, the five modules present a wealth of state of the art suggestions for secondary prevention in particular problem areas. Further, by looking at the five modules as a whole, two controversies in the evolving field of evidence-based approaches to secondary prevention become apparent: How do we know when a model is worth testing? And how do we know who to help and thus, how to target resources? Significantly, each module approached these two issues in different ways, so that the inherent controversies are not obvious in examining any individual module. This is the rationale for a Collective Expertise. As in the old tale of the researchers and the elephant, expertise on ears, knees, tusks and trunks can be brought together to effectively, accountably, and replicably define the size, scope and nature of Secondary Prevention programs. In this report, we first describe the two cross-module issues, then summarize the reports of each individual module, and finally make recommendations for how the ongoing work of the collective expertise can address the two identified controversies in the field and improve secondary prevention practice in Swiss contexts.

1. Controversies in the field of evidence-based secondary prevention: What programs? For whom?

1.1 How do we know when a model is worth testing? The state of the art in evidence-based secondary prevention

1.1.1 What is scientific evidence and why is it good?

The Collective Expertise in Secondary Prevention was asked to recommend evidence-based programs. Most of the modules defined their understanding and criteria for 'scientific evidence' and most found the standard difficult to meet. Scientifically evidence-based research is called the 'gold standard'. The gold standard requires that experimental research controls as many variables as possible in order to be able to conclude that a particular treatment was the necessary and sufficient cause of the observed outcome. In order to conclude that the intervention caused the outcome, scientists use a randomized control group with pre- and post-intervention testing. Without a randomly assigned control group, and pre- and post-testing, even if everyone improves in the predicted direction, one cannot be sure that something else did not cause the change (e.g. improvement in the job market). Good science isolates theoretically guided important factors which then, combined with other similarly isolated and tested factors, give a broad picture of how things work. Gold standard laboratory experiments are highly valued because they provide confidence that a given treatment will yield the same results when conducted in the prescribed way with a similar population. Laboratory research has yielded cures for cancer and taught us that reducing salt in the diet lowers the risk of stroke. However, the gold standard is acknowledged to be problematic in field research and in community treatment where it has

Key Words

At risk Youth,
Secondary Prevention,
Collective Expertise,
Integrity Program Rating Scale,
Learning Curve

* A report to the Prevention Unit of the Dependency and AIDS Division, Swiss Federal Office of Public Health, April 2004, Grant no 2.001624.

long been recognized that laboratory conditions do not apply (3, 4). In the real world where preventive interventions take place, we cannot control all the variables. All five modules acknowledged this dilemma, and each approached it in a different way.

1.1.2 The limitations of experimental research design in the context of secondary prevention

As has been amply demonstrated by all five collective expertise modules, the goals of secondary prevention and the goals of experimental research are infrequent companions on the journey to effective intervention. Paradoxically, almost nowhere more than in public health are the goals and means of good science and the goals and means of good government in conflict (5). One example of an aid project in central Africa stands out as an illustration (6).

Example: The Village Well

With a small budget from a development agency, a group of volunteers drilled a new well in the center of a village far from the capital, providing clean water for the village. Infant mortality dropped by 50% in one year. In another village, a public health nurse taught the villagers to boil water before drinking it. A year later, deaths from diarrhea were reduced by half. Did the new well cause the drop in infant mortality? Did boiling water cause a drop in diarrhea? Should the aid group do an experimental research project before they drill a well in another village? At what cost?

The limitations of experimental research have been well documented elsewhere (7). The following list is meant to be illustrative and not exhaustive of the conflicts and challenges between scientific evidence of causation and the public health need to find preventive interventions that work.

- Conflicting priorities between public health goals and research goals
- Broad target populations
- Attrition (e.g. through moving, dropping out)
- Professional qualifications and monitoring of implementing staff
- Cultural and other contextual differences in the target population
- Inability or unwillingness to assign identified at risk youth to a no-treatment control group
- Inability to control threats to external validity
- The practicality of dose/response considerations (how much, how often and for how long can the treatment be applied in the real world, with large samples?)
- Costs of pre- and post-testing, including testing the control group/s
- Population numbers and categories required for statistical significance

- Longitudinal post-testing to determine developmental vs. intervention related changes (8).

Broad target population. In community (as contrasted with laboratory) programs, one cannot control all the variables that one controls in laboratory experiments. In field (community) programs one might have a different or broader target population. For example, in the community, would a program that has been demonstrated to reduce anxiety in middle school students exclude youth who are anxious but who also are depressed or who also smoke or drink? Would a smoking reduction program exclude youth who are anxious or depressed?

Sample sizes necessary for data analysis and for determining statistical significance are sometimes at odds with the public health goal, or the project itself. For example, one may need 60 families in a sample (6 groups × 10 participants each) and 60 in a control group to demonstrate the effectiveness of a parent education program to increase school performance or reduce aggression. If we have to divide the sample for statistical purposes between the families of boys and the families of girls, parents of older and parents of younger children, single parent, single child, two working parents, extended family participants and immigration status or culture of origin, we may not be able to draw conclusions about the effectiveness of the program. So we have to choose between offering the program to, say, the single mothers of acting out pre-adolescent boys in order to increase the chances of statistically significant results, or opening the program to a range of families, but not having enough members of each category to evaluate the outcome scientifically.

1.1.3 What are alternative ways to rate evidence?

Because consumers, service providers, funders and the general public want to ensure that programs are effective in achieving their desired aims and cost effective, and because of the difficulties in applying laboratory standards to community programs, a number of alternate approaches to defining 'evidence-based' have been adopted. Alternate standards for scientific evidence have been applied in meta-analyses as well as in evaluating 'promising programs' both in medical research (9, 10) and in prevention (11, 12, 13)¹.

¹ In the USA, the profusion of criteria for adoption of prevention programs based on scientific evidence led the Center for Substance Abuse Prevention to develop a cross-agency, cross-disciplinary 'Comparison Matrix of Science-based Prevention Programs' (2001). The Comparison Matrix not only lists 150 scientifically *defensible* primary and secondary prevention programs, but also, more importantly for the current task, identifies the criteria used by six private and public agencies for determining a level of confidence that a given program is likely to have the described effects. For each criterion, a group of scientists award a rating of 1–5. This parallels and systematizes what has been provided by the five expert reports submitted to the SFOPH.

Most credible alternatives to the gold standard reviewed for this project take a 'Levels of Evidence' approach like that of the Substance Abuse and Mental Health Services Agency at the US National Institutes of Health (SAMHSA) (14, 15). They clearly articulate levels of supporting evidence for particular programs, and rank order programs based on the *confidence* that reported findings are reliable, replicable, and due to the intervention as described. The Levels of Evidence approach allows one to experiment with promising programs in particular contexts. The Levels of Evidence models that were reviewed for this project share certain criteria:

- **Theory** (16): Outcome was predicted from a specified theory of growth and/or change (unexpected outcomes were noted, but not considered evidence of effectiveness).
- **Sample**: Samples (including recruitment, attrition, cultural variables, etc.) were sufficiently specific as to be comparable to local need.
- **Control**: Selection of control or comparison groups were specified.
- **Outcome**: Outcome measures were directly relevant to the desired objective of the program, as well as being valid and reliable.
- **Implementation**: Implementation integrity was assessed and would be replicable in the context.

One of the most useful Levels of Evidence models is the Integrity Rating Scale (17). It is related to a construct which integrates scientific evidence, community needs and practices, and a collective expertise.

The Integrity Construct and Rating Scale

The Integrity Rating Scale developed for the Center for Substance Abuse and Prevention (CSAP) at the US National Institutes of Health is compatible with a range of other Levels of Evidence models; compatible with the idea of a collective expertise; compatible with the Swiss federal system and compatible with our own prior research on developmental integrity (18, 19). It allows individual scientists to rank the first three criteria (theory, sample, control group) and asks for collective expertise to assess and agree on ratings for the relevance and usefulness of outcome measures to meet local public health priorities, and the integrity of the implementation and its adaptability for the context. Each criterion is ranked separately on a scale of 1–3, which allows users and evaluators to make informed choices. In other words, the Integrity Rating Scale is both scientifically defensible and socially robust (20, 21). This is especially useful in that it would provide the opportunity for a collective expertise in a local community that included both academic researchers and, say, parents and providers of prevention services (teachers, social workers, public health nurses

es) (22) to agree on relevant outcomes and their measurement, and the fit or the necessary adaptation of a model for a particular population.

1.2 What is secondary prevention: How do we know who to help? How do we target resources?

Even when we agree on criteria for 'evidence based', isolating and identifying 'secondary prevention' programs remains problematic. In reviewing literature several modules noted that isolating secondary prevention programs from primary prevention on the one hand, and from treatment, or early intervention on the other, is not self evident. What are the negative public health outcomes for which children, youth and families across Switzerland who are most at risk? How are populations who are most at risk identified and targeted? Across the five modules different approaches were taken and different definitions adopted. No one would disagree, for example, that drug and alcohol abusing pregnant women put their babies at risk of 'negative developmental health outcomes' (NDHO). Nevertheless, the technical line between early intervention (e.g. with infants and their mothers; with the families of troubled youth; and with anxious 6–8 year olds) and prevention is not at all clear. While all the recommended programs are predicted to prevent NDHO in adolescence, on their own terms they may technically be interventions. Indeed, a major recent review of approaches to preventive family work (23) found that those projects that were strictly educational were the least effective at preventing or addressing NDHO in adolescence, while those that were more therapeutic and behavioral showed much better long term effects. The question of the target in secondary prevention is related to public health aims, priorities, needs identification, allocation of resources, and choice of outcome measures. There are two particular current controversies in the field which are addressed in different modules in different ways:

- Where are the boundaries of 'normal' in adolescence in general and in periods of developmental transition in particular?
- Where is the line between health promotion and disease prevention?

In addressing the 'state of the art' with respect to secondary prevention, as several modules indicated, there is increasing evidence that the approaches of positive psychology, positive youth development, salutogenesis, health promotion, developmental assets (24, 25, 26) etc. are proving as useful as the 'problem-focused' approaches that have characterized secondary prevention for the past 35 years. The health promotion models also offer guidance in ad-

dressing questions of targeting as well as defining criteria for scientific evidence.

The general findings of developmental researchers are that young people who meet locally defined criteria for the highest risk of specific NDHO benefit most from more generally targeted youth development projects. One specific example is that those girls most at risk of teen age pregnancy and those boys most at risk of dropping out of school benefited most from a social development project available to everyone in their schools (27). It must be noted here that in the US, where this program has been tested with 6000 young people over the past ten years, schools are regularly identified by the percentage of at risk youth as 'Title II Schools' (that is, high risk, and therefore eligible for additional funding). Programs that have a salutogenic effect, and give evidence of reducing substance use in adolescence, are not normally labeled 'secondary prevention' and therefore are unlikely to appear in a targeted search of the scientific literature. Such programs in the US are 'universally' applied in specific geographic areas where there are high concentrations of young people at risk (28, 29). The same is true for church-based programs in the US in low income neighborhoods, particularly African-American and Latino ones (30).

These conceptual and practical service delivery system dilemmas, which themselves reflect the state of the art, call for ongoing discussion and resolution through an ongoing Collective Expertise.

2. In what ways does each of the five expert reports reflect the state of the art?

Taken as a whole, the five modules of the Collective Expertise in the area of secondary prevention provide a reasonable list of evaluated programs or approaches that have the likelihood or the promise of bettering developmental outcomes for at risk children and youth in Switzerland.

2.1 Module 1

'Prevention in family systems during pregnancy and infancy' conformed to the State of the Art with respect to at risk pregnancy and mother-infant early intervention. The Expert Group identified a number of evaluated interventions which could well be integrated into the existing Mother-Infant Advice and Support System ('Mütterberatung') that is active across Switzerland. The recommended programs would need to be tested in the local context, and more specifically modified to identify, recruit and retain at risk parents who are not well integrated, for example, by reason of language, ethnic culture,

immigration or other outsider status. Although the criteria used for the literature search and for determining which studies can be considered scientifically evidence-based are not made explicit (transparent), the content of the conclusions is nevertheless useful. They reflect both the state of the art and the level of expertise in the expert group.

2.2 Module 2

'Diagnosis and positive influence on the well-being of children and youth' was given the complicated task of identifying and recommending secondary prevention programs that influence positive well-being. The Expert Group did a thorough and transparent job of defining their task (evidence-based secondary prevention programs) and their search strategy and criteria for inclusion (Gold Standard). The dilemma, which the Expert Group accurately identified, is that targeted secondary prevention implies intervening to prevent deterioration in a state or condition that is less than optimum to begin with, but which does not yet meet criteria for clinical relevance. With children and adolescents the relationship between risk factors (e.g. low sense of self efficacy, high levels of drug-using peers) and symptoms (high levels of anxiety, heavy tobacco use) is not clear. What is it we are trying to prevent: substance use? school failure? mental illness? suicide? Is anxiety/depression a risk for substance use or is it the other way round? The expert group appropriately noted that if our aim is general well-being for young people at risk, then interventions designed to strengthen the life skills and coping skills of the young people themselves (direct interventions) may not be the only, or the best locus of intervention. The recommended interventions (Coping Cat, Personal Growth Class and Coping with Stress) may well be useful in helping depressed, anxious and overwhelmed young people to manage more effectively. And, as described in this and other modules, risk factors may also need to be addressed in the family and community as well as with the child.

In addition to the range of recommended programs identified in Module 2, it is important, as the Expert Group mentioned, that the lessons of positive psychology and positive youth development be considered and tested in the Swiss context as well. To recommend a broader range of Promising, Adaptable and Testable (PAT) approaches we need to broaden the criteria for evidence-based as well as the locus of intervention. Module 2 proposed a useful multi-level system for identification of risk factors at various levels with a number of different methods.

2.3 Module 3

'Improving the parent-child relationship'. This module had the task of identifying interventions that effectively help strained families to reduce the likelihood of problematic substance use among teens by strengthening parenting skills. This is particularly challenging because good parenting is associated with lower rates of problematic substance use in adolescence. There is much less evidence that a change in parenting skills in the families of teens at risk will change the developmental trajectory. Given the challenging task, the Expert Group responsible for Module 3 did a thorough job of identifying parenting programs with a range of potential outcomes. The gaps in the literature identified by the experts are (1) that parent-education programs are more often measured by changes in reported parenting practice than by changes in adolescent behavior, (2) there is difficulty in attributing changes in adolescent behavior to changes in parenting style without longitudinal research and (3) there is a potential mismatch between parenting style as a protective factor and secondary prevention, in that young people who are identified as at risk (typically between 14 and 16 years old) are likely to be at the cusp of parental influence.

The important contribution from Module 3 is the list of promising, adaptable and testable (PAT) programs recommended, as well as the specific attention to such cross-study findings as attention to '*times of developmental transition*' and attention to '*development of parents*'. The challenges for the Module 3 recommendations, which they have duly noted, are recruitment of highly stressed families and formulation of a means of evaluating the effectiveness of the intervention, not only on the parents' experience of stress, level of confidence, sense of self efficacy, etc., but also on teenagers' emotional and behavioral risks. The proposal that strengthening parents' ability to help their children is effective as secondary prevention for young people and families at risk is certainly a testable hypothesis.

2.4 Module 4

'Identification and reduction of problematic and dependent use of substance among children and youth'. The task of Expert Group 4 was to identify evidence-based interventions that directly address problematic substance use among adolescents, including among others motivational interviewing. Motivational interviewing is one of the most widely tested and reviewed approaches to behavior change in the contemporary literature. Although the approach has been shown to be effective in such areas of application as pregnant drinkers, salt eaters with high blood pressure, and adult alcohol, drug and to-

bacco users, it has been less well tested among at risk adolescent early users. Motivational interviewing has also not been adequately tested, as far as we know, in the Swiss context. The Expert Group points out that with adolescent substance use, drawing a line between primary prevention, secondary prevention and treatment may create artificial distinctions. According to a recent SFOPH report substance use is endemic to adolescence. Identification of risky levels of use may rest more on identifying young people who are failing in a number of areas, not substance use alone. Research suggests that young people who have more than three risk factors are at risk, whereas those who have one or two risk factors are at much lower levels of risk.

Module 4 also bemoans the absence of well-tested salutogenic models for helping young people who are at risk of problematic substance use. We support the goal of locating adolescent substance use along a developmental continuum of health, and identifying and supporting the course of growth alternately known as positive youth development, adolescent assets, and salutogenesis. Several promising, adaptable and testable models in this area are available.

2.5 Module 5

'Planning secondary prevention in communities and regions' was given the task of examining likely candidates for systematic, planned supervision of young people and families at risk by local communities. In traditional small communities this supervision was built in to community living through such institutions as informal social service helpers, 'mother-advisors' and even church committees. Increasingly such informal connectivities have given way to individual rights and formal services (31). This institutional societal approach is not tied to the fabric of the community. The projects that Module 5 reports on, like the more formal, manualized projects reported in other modules, are 'parachuted' in to existing services piecemeal. There are very few published examples of the integration of community needs and resources with formal service delivery systems in Switzerland or elsewhere. As noted in Module 5, services that seem to meet the needs of communities are evaluated infrequently. In part this is due to the difficulty in isolating the effect of, for example, a school social worker, on the well-being of a large group of students. As module 5 points out, street workers have been used to prevent and reduce delinquency since the 1930s. This is a theory-guided approach, but there is yet to be a definitive controlled study of mentor qualifications, matching or dose/response.

In the past 35 years there have been efforts in the US to decentralize services in order to increase both effectiveness and accountability. These efforts attempt to replicate community level interpersonal care-taking, in the face of the increasing costs and decreasing benefits of societal-level services (32, 33).

One major effort in the USA was fostered through the Welfare Reform Act of 1988 (34). It created a set of principles, goals and criteria for evaluating program effectiveness, and set up a mechanism whereby community groups could apply to an established 'Expert Panel' to implement a particular program to meet a need defined in the local community. These programs were specifically designed as experiments, with evaluation criteria and methods developed jointly by the local community and the expert group. One important product of the Module 5 report is the identification of a wealth of program approaches and a dearth of program evaluations.

2.6 Systematic Evaluation of the 5 Modules using the Integrity Construct and Rating Scale

The following is a summary evaluation of the five expert group modules. Both the search criteria and the selection and recommendation criteria are evaluated. Four of the five criteria from the Integrity Rating Scale are used to evaluate recommended models².

Definitions of Criteria

- **Search and Selection. Transparency and thoroughness of search strategy.** We want to know how the expert group looked for intervention models and what criteria they used for selection. Many sets of selection criteria are scientifically defensible (35, 36) and yet would yield quite different pools of interventions from which one might choose.
- **Theory of growth and change. Clarity (transparency) of theoretical assumptions. Appropriateness of guiding theory.** With respect to the reviewed, promising and recommended interventions, we want to know the theoretical assumptions that give rise to the intervention, define its goals and that guide the outcome measures (37) used. In this respect the guidance of the mem-

bers of the Collective Expertise in recommending theoretical approaches relevant to the Swiss context is important.

- **Sampling. Explicitness of sampling strategy and criteria and transferability to the context.** We need to be clear about sampling, particularly, because many promising interventions are much more effective in some contexts than in others (38, 39, 40), and because often good quality university-based experimental research is not replicable in the 'messy real world' (41). A well designed and well executed experimental substance abuse prevention program that excluded dual diagnosis young people – e.g. those with both depression/anxiety and substance-use problems – may have limited usefulness in an at risk sample where 17% of the cannabis users are depressed/anxious at levels approaching clinical significance (42) – or 66% of the sub/clinical target population are alcohol and drug users. An effective parent training intervention that lowered the risk of aggression or drug use among adolescents in middle class two parent families may be inappropriate, ineffective or unappealing to a population of low-income single parent immigrant families.
- **Outcome Measures. Usefulness, meaningfulness and reliability of outcome measures.** We need to assess the effectiveness of the proposed models not only to achieve statistically significant outcomes compared to a control or comparison group, but also for our Expert Groups to judge the relevance of the outcome measures to local and National Public Health goals. *Evaluation should not mean measuring an irrelevant thing well.* Are higher levels of self efficacy or lower levels of anxiety accompanied by better school performance, lower levels of hazardous alcohol use and reduced risk of suicide, for example?
- **Integrity, adaptability and transformability of implementation.** Is there an open iterative process between program providers and researchers? How is program implementation monitored? Who is providing the service; who is doing the evaluating and what is their relationship to one another (and to third party funders)? Particularly in longitudinal or multi-site trials: how are decisions made about when and how program design or evaluation design should be modified? How do planners, providers and evaluators learn from their work? Does the research design allow for unexpected changes in the larger context (e.g. the appearance and rise in popularity of alcopops or ecstasy in the context of a cannabis prevention program; changes in personnel or professional training of providers)?

² The Integrity Construct and Rating Scale is used to calculate the level of confidence that a particular program, implemented appropriately with a particular population and at the right dose/response level will yield the predicted, desired results. We use four of its five criteria to summarize the programs recommended by the five modules. In addition, we evaluate the screening and selection criteria for transparency and thoroughness. The fifth Integrity Rating Scale criterion requires the discussion and consensus of a Collective Expertise to assess overall confidence level. The Integrity Rating Scale reflects criteria in use in various systems, different disciplines, different countries and different agencies for evaluating the usefulness of program recommendations.

In the following table these criteria are applied to each of the five modules.

Table 1: Systematic Evaluation of the 5 modules using the Integrity Construct and Rating Scale*

	Search and Selection	Theory of Change and Growth	Sample	Outcome Measures	Integrity
Module 1	Thorough. Not transparent (Literature review, individual expertise).	Criteria accomplished (Bio-psycho-social stress).	Explicit, appropriate (emphasizes substance abuse mothers).	Wide range, including lower Fetal Alcohol Syndrome, better communication, etc. Need more longitudinal.	Well evaluated for context. Adaptability and testability.
Module 2	Transparent, criteria and strategy empirically defined. Rating scale defined.	Criteria accomplished. Mostly cognitive behavioral.	Explicit, wide range (e.g. children of psych. patients, African-American youth in high-violence area). Testable.	Lower rates of clinically relevant symptoms, better school attendance. Insufficient long term follow-up.	Well documented for context. Adaptability and testability.
Module 3	Transparent. Flexible criteria (e.g. promising). Theory included in definition.	Criteria accomplished. Prefers plurality of theoretical approaches.	Explicit, testable (e.g. with low income, single parent, migrant, urban/rural families).	Range from consumer satisfaction to better outcomes for younger siblings – opportunity for context specific outcomes.	Explicit. Integrity evaluation.
Module 4	Transparent, gold standard + ‘pearling’.	Prefers salutogenic, cognitive-behavioral, motivational interviewing; and environmental, inc. peer and school based: developmental.	Early drug and alcohol misusers. Complements: explicit, comparable.	To be determined and specified by the SFOPH, and local program proposers and implementers.	Limitations of evaluations duly noted.
Module 5	Transparent, thorough, broad, + ‘pearling’. Evidence-based not operationally defined.	Not stated (implied theory: early identification and supervision by trained people: street workers, school social workers, psychologists, etc.)	Mixed, mostly drug using youth, and those at risk of violence and delinquency.	Process evaluations.	Contextualized, bottom up, not scientifically evaluated.

*Applied criteria: see text also.

3. How does the Collective Expertise correspond to the state of the art?

3.1 Value of Collective Expertise

The value of CE, as contrasted with single-source commissioned reports and special task forces, is that a collective expertise, through a process of cross fertilization, learns exponentially from working together in ways that benefit the product outcome – in this case recommendations for programs, policies and practices in secondary prevention. By bringing different opinions, conclusions and experiences together, the collective expertise has the opportunity to reconcile conflicts and differences, fill gaps, consensually validate recommendations and develop an adaptable system of services, as well as a data bank for cantons and communities. A group needs some time together to work through differences and to create systems of knowing. After an initial acclimatization period, a Collective Expertise has the potential to achieve exponential learning (43, 44, 45) and thus maximize its value. Exponential Learning has three phases: cross-fertilization, the learning curve and product outcome.

3.1.1 Cross-fertilization

The rationale for the CE in Secondary Prevention is to bring experts together from different disciplines,

different points of view and different ‘stakes’ to recommend promising programs, policies and processes that have the best likelihood of success in the Swiss context³. Input from CE participants is not simply collected, like a bouquet of flowers. Rather, bringing a range of expertise together from different sources creates a new environment for growth and transformation. A CE is particularly useful when knowledge is needed that crosses traditional disciplinary boundaries, as is the case in secondary prevention, where scientific knowledge from medicine, public health, social and behavioral psychology, education, social work and community service all inform policy decisions and priority setting (46, 47). For instance to mount a campaign against teenage anxiety, depression and suicide we need medical, psychiatric and psychological knowledge of mood disorders, knowledge about the social context in which they develop, and knowledge about how individuals, families and systems learn to recognize symptoms and adopt new (health) behaviors.

³The EU uses Collective Expertise teams that represent different member states as well as different disciplines to recommend guidelines for genetically-modified food, stem cell research, air pollution standards, policies on BSE etc. The Swiss National Fund has recognized the value of cross fertilization in its recent call for interdisciplinary research collectives. The US federal government used Collective Expertise groups to plan, implement and evaluate community-based welfare reform and community development projects.

3.1.2 Assessing mutually informative and transformative processes

One measure of cross-fertilization is the degree to which the CE process is mutually informative and transformative. The first step in the process of mutual information and transformation is identifying conceptual and operational differences, as well as gaps in knowledge. In other words, cross fertilization requires transparency and creates the opportunity for the development of new knowledge (or at least common agreement, in the face of uncertainty) (48).

There is evidence that the CE is beginning to be mutually informative and transformative in several areas that point the direction for further work, and the need for more cross-fertilization.

– **Agreement on the value of family-focused intervention.**

Across several modules there was consensus that family-focused interventions are both supported by previous research and consistent with public values and local custom in Switzerland, modified for culture and canton.

– **The gap between standards of scientific evidence of causation and evaluating the effectiveness of community initiatives is wide, but not unbridgeable.**

The CE made a good start in this very difficult area. Researchers have long since identified the constellation of risk and protective factors which we associate with healthy youth development (i.e. family, peers, social integration, positive self efficacy, good coping skills, faith in the future, developmental integrity and psychological balance) (49, 50) yet we are far from confident in our ability to translate that knowledge into replicable, measurably effective public health prevention practice. The current CE has taken a bold step in making this gap in knowledge and hence the need for practicable, consensual evaluation criteria transparent.

– **Defining and operationalizing what constitutes evidence-based for purposes of secondary prevention policy and practice in Switzerland.**

As was mentioned, there were explicit and implicit differences among the modules as to what level of scientific evidence would be appropriate for making program and system recommendations. These differences provide the perfect opportunity for the definitional work of a Collective Expertise. A mutually informative and transformative process would yield a broadly applicable, contextually relevant standard.

3.1.3 Collective Expertise as a Democratic Process

There is general agreement that one of the requirements and values of a CE is that it is a way of democratizing knowledge. It is designed not to sacrifice quality by ‘majority voting’, but rather to link science to communication (both between and among expert group members, and to policy makers and the general public). According to an EU Working Paper on Governance (2001) (51) one of the goals of CE is to ‘improve the interactions between expertise, policy making and public debate’. Democratizing scientific knowledge also implies the ability to respond rapidly to social and public policy concerns. A Collective Expertise with good participation thus has the potential for ‘improving civil society participation’ which in turn enhances the probability of successful implementation of policy recommendations. A broader based expertise has a greater level of legitimacy with both policy makers and program implementers. Democracy also demands a common level of communication. When a CE has to write and speak to others outside its own area of expertise it must use clear, understandable language. This too enhances the ability of a broader representation of society to understand and support the recommendations of the CE.

– **Democratic.** *The current CE includes both scientific and practical expertise, across a range of disciplines. While more could be done to broaden the base of the CE, the few evaluations of Collective Expertise that are available suggest that broader input is often imbalanced and cumbersome. Broadening the CE, however, is useful for cross-fertilization at the local, implementation phase, where collective planning for goals and outcome measures benefit both the intervention and the evaluation (bottom-up and top-down approaches).*

3.2 Exponential Learning Curve

One of the most lasting values of a collective expertise, and an important measure of its utility, is the degree to which the CE as a whole learns and grows both in its process of working together and in the content of its shared topics and goals. If the CE is mutually informative and transformative, its members learn and grow from their interchange, and if the CE creates shared aims, definitions and criteria for relevant areas of disagreement and priorities for addressing knowledge gaps, and if the base of knowledge expertise is adequately broad and the process of discussion, negotiation and agreement is

effectively managed, then the CE itself will establish increasingly effective methods for addressing new problems.

– **Learning Curve.** *The extent to which the CE on Secondary Prevention has met the criterion for Learning Curve depends, more than other criteria, on a longer view of the CE's time together. The process evaluation of the CE on secondary prevention that accompanies this report will provide evidence of the preparedness of the CE for Learning: they listened to each other, they voiced disagreements and they resolved or attempted to resolve differences by seeking consensus.*

3.3 Product Outcome

One of the more valuable product outcomes of a collective expertise is agreement on the criteria for evaluating levels of scientific evidence, relevant to a particular situation and setting (scientific integrity). This demands clear agreement on definitions of key terms and operational criteria for verifying their agreed on usage and their eventual measurement. In the case of air pollution, BSE and adolescent alcohol use, for example, this demands agreement on what constitutes a level of threat (priority needs) as well as criteria, mechanisms and methods for measurement. This is not as apparent as it seems. While reliance on scientific evidence has, for the past half century, increasingly informed public policy, the topics that are studied and the scientific evidence that is considered are a matter of ethics, politics and public concern as much as they are of science (52). That is, government determines priorities for scientific research both in the levels of funding it provides and in the use it makes of existing evidence.

One measure of Defining Criteria is to make the current criteria-in-use and their limitations explicit. Acknowledging the limits of individual expert knowledge is one way to identify areas in need of practicable, testable, operationalizable criteria. As noted in part I of this report the CE demonstrated the need for continued work in order to develop Swiss standards in the following areas.

3.3.1 Secondary prevention

While there was general agreement across modules that primary prevention was 'universal' in its target, and that secondary prevention was targeted toward an at risk population, it became clear through the CE process that operational definitions of risk that can be adapted in different contexts, different cultures and for different purposes would be useful. Identification of and standards for 'risk' (and hence eligibility for services) vary, for example, between large cities

and smaller communities. Risk factors and 'observable symptoms' vary widely in different contexts. (Swiss adolescents have a greater risk of suicide than North American adolescents, for example).

Next Steps:

- *Defining a target population for recommended interventions is clearly an appropriate next step for the collective expertise in secondary prevention.*
- *It is also an opportunity to broaden the collective expertise for this purpose to include input from prevention practitioners (e.g. from the supra-f centers).*
- *The collective expertise is well placed to define the target group and the target goals for secondary prevention in the Swiss context.*

3.3.2 Evidence based

Again, the range of definitions of what constitutes 'scientific evidence-based' for particular purposes, was brought to light in the collective expertise. The CE has made a strong first step in identifying the complexity of the problem. Where a 'strict constructionist' view was taken, few if any model programs could be recommended. Where a 'preponderance of evidence'⁴ view was taken, many programs were identified, but with a different standard of evidence.

Next Step:

- *In its next step, the CE has an opportunity systematically to define levels of evidence, and construct an Integrity Rating Scale, which allows cantons and communities to judge for themselves the evidentiary ground associated with particular recommended, promising programs.* There are several models for determining levels of evidence to which the CE in some cases has already referred. Several additional models are listed in the Literature List.

3.3.3 Adaptable to the context

How does one know when a given program or practice, tested in a different social, cultural and language context, is adaptable to the Swiss context, or indeed to a particular canton or community? The CE used several operational definitions of adaptable: Has it been tested in Switzerland or a neighboring country (e.g. Health Passport)? Has it been translated into one or more of the national languages? Is

⁴The idea of 'evidence-based' practice comes not from science but from legal practice. The question of medical malpractice asks whether the physician or the hospital used the 'best scientific evidence' in diagnosis and treatment. Best scientific evidence is contrasted with a 'preponderance of evidence' which is a 'confidence rating' (comparable to our Integrity Rating Scale) that most reasonably well informed experts would agree on a particular conclusion.

there a fit in terms of definitions of the problem? Is there an existing system or structure to which it could be linked/adapted (e.g. Mother-Infant Advice and Support System – ‘Mütterberatung’)?

Next Step:

– *Defining a system for testing the adaptability of a program or approach to the Swiss context, and the criteria for evaluating the outcome of the test is a worthwhile next step for the CE.*

4. Summary of Findings and Recommendations

4.1 Does the Collective Expertise correspond to the state of the art in the field?

The work of the Collective Expertise Group can provide strong guidance for the ongoing work of the SFOPH in formulating policies, principles and practices in the domain of Secondary Prevention. The idea of a collective expertise is not only to bring diverse domains, methods, expertise, experience and points of view together, but also to go beyond a traditional literature review, and to question the current state of affairs in various domains. In this way the bringing together of the five expert groups has

- yielded a large number of specific interventions,
- raised just the kinds of questions (within and between the groups) that Collective Expertise Groups are designed to address (see recommendations).

4.2 What type of research is missing or inadequately treated for the respective topics?

The Collective Expertise presented a broad range of promising, adaptable and testable programs. Because of different approaches to defining evidence based across the groups, however, several types of promising but differently tested interventions and approaches may have been overlooked (see recommendations, below). Several types of research are less *thoroughly* considered than traditional random-control-trial research published in peer-reviewed journals:

Implementation studies (as contrasted with research studies) that specifically examine the integrity of implementation particularly in various social and cultural contexts.

Government evaluation reports (e.g. those by federal or national governments or local governments of their own sponsored projects, including parallel Collective Expertise groups here in other countries). Qualitative Research. Other Expertise Groups have considered qualitative research to inform implemen-

tation and adaptation of quantitative experimental research and especially to learn how to improve interventions.

4.3 Do the proposed interventions bear the reasonable promise of effectiveness?

The proposed interventions, by and large, either bear the reasonable promise of effectiveness on their own terms or are worth testing. There are a number of caveats in implementation that apply to a greater or lesser extent for various groups. *Timely identification* of at risk target participants (as all groups have noted) is critical to the success of any intervention.

Recruitment and retention is a testable question critical to the effectiveness of any intervention, and particularly those addressed to disconnected youth and families.

Community involvement, including the recognition and definition of need and participation in implementation and evaluation is critical to long term effectiveness.

Ongoing Process and Outcome Evaluation assures the integrity of implementation as well as its meaningfulness, usefulness and cost effectiveness. It also insures that prevention researchers and practitioners as well as policy makers and funders, learn from experience.

Social and Political Climate can support or undermine any public health movement. That is, the extent to which the general public and policy makers see the health-problem to be prevented as important and worthy of the investment of resources effects the likelihood of positive outcomes (e.g. doctors’ willingness and ability to administer an alcohol use screening question, teachers’ willingness and ability to identify young people at risk of school failure, social workers’ willingness and ability to report possible child abuse or neglect, etc.).

4.4 Are there promising interventions that are missing?

The promising interventions that are underrepresented are **Integrative Prevention, health promotion, developmental and salutogenic approaches**. Those interventions which integrate secondary prevention and health promotion are underrepresented in the collective expertise. This is both an ethical and a scientific debate which is addressed also in Modules II and IV. In Germany, the UK and the US, current sentiment is leaning in the direction of such an integration, while the medical societies seem to be

holding out against salutogenic, developmental and positive psychology approaches to secondary or selective prevention. Selected Integrative Approaches include Developmental Assets approaches, and faith-based programs.

Societal and institutional level interventions.

There is also a movement afoot in the USA and elsewhere to examine once again the role of larger societal-level interventions in Secondary Prevention (cf. WHO's Health Promoting Schools and the US No Child Left Behind programs). Such interventions look at changes, for example, in poverty level and family support in relation to child and youth risk status, the organization of schools as social structures that mediate risk, etc., and changes in law (e.g. heroin maintenance) as affecting the social climate conducive to risk.

4.5 Are the proposed tools and instruments for evaluation the best available options?

The proposed tools and instruments for evaluation, while they reflect the state of the art in the scientific community, lack some promising means of more accurately and usefully evaluating implementations, as contrasted with clinical trials. One such approach is the time lag series. Another recent approach is the formulation of testable hypotheses and methods in conjunction with community providers (see Module 5, e.g.). The Collective Expertise itself provides the most promising opportunity for evaluation in that a Collective Expertise is designed to pool knowledge and develop a set of systematic criteria that are the most useful in the particular context.

5. A Handful of Promising Practices

Across the modules there are a number of recommendations that stand out as particularly **promising, adaptable and testable**:

- The traditional Mother-Infant Advice and Support System 'Mütterberatung' provides an ideal opportunity for pregnancy and infancy interventions. In combination with the drug use policies, this represents a possibility in Switzerland which is different from many other places.
- The recent proliferation of appointments as school social workers and comparable positions provides an opportunity to test a number of identification and referral systems, so long as goals, outcomes and methods of evaluation are collectively agreed on and made explicit.
- The system of identification of early risk factors and referral to appropriate available interventions that focus not only on external behaviors but also on internal symptoms and coping strategies is particularly relevant, given the observations of the as-

sociation of substance use with pre-clinical psychological problems. In other places (e.g. the USA) substance misuse is more often identified with externalizing disturbances, therefore the approach to secondary prevention is different.

- The identification of levels of risk, including migration and outsider status, developmental transitions, and the critical role of the family in prevention, protection and health promotion goes a long way to establishing the parameters of a system in which young people at risk can be identified, and families referred to a range of community-based, evaluated programs. The vast range of recommended programs allows for systematic testing in particular contexts.
- The recommendations of principles for practice, factors that are critical to consider in any secondary prevention substance use project, may indeed be as useful as specific, manualized programs, according to recent research by Weissberg, Kumpfer, Seligman (53).
- Being able to attach the needs and resources of existing communities and community based programs to scientific and politically feasible evaluations is an absolutely critical bridge from theory to practice. Identification of such Promising Testable Programs is a first step in creating a broader system and definition of evidence based.

6. Conclusions and Recommendations

The reports of the five Collective Expertise Modules make it clear that:

- There is a wealth of knowledge among the team members
- There are clear areas where knowledge gaps and differences of interpretation can benefit from ongoing conversations
- For purposes of Public Health Preventive Interventions in Switzerland, we need to agree on criteria for evaluation. It is a reasonable appropriate task of the Collective Expertise group to use their expert judgment to propose those criteria.

We recommend an Integrity Construct and Rating Scale that describes

- levels of confidence that a given outcome is the result of a particular intervention;
- the relative importance of the outcome;
- the likelihood of high quality implementation and hence diffusion and dissemination of the intervention, approach or new knowledge.

For purposes of Public Health prevention with children, youth and families in Switzerland the Collective Expertise groups are well placed to agree on practical, flexible and theoretically defensible definitions of various levels of preventive interventions.

We recommend an approach that integrates health promotion, child (and adult) development and prevention such that risk is identified along a developmental continuum within a particular social context.

Collective expertise groups are particularly useful central cores for the evolution of provider-researcher networks (two promising models, cited above, exist in the USA: National Institutes of Drug Abuse's Clinical Trials Network and Harvard's Family Research Group).

We recommend the expansion of the Collective Expertise to include a select group of Prevention Practitioners with particular reference to the development of effective modes of program development and evaluation.

The collective expertise has made a major effort in identifying promising, adaptable and testable programs, approaches, suggesting systems of implementation, etc.

We recommend the development of a Prevention Practice Data Bank for Switzerland that collects, evaluates and modifies and learns from promising, adaptable and testable prevention practice.

7. Acknowledgements

The authors thank Lisa Hattersley for her help on the project.

8. Literature

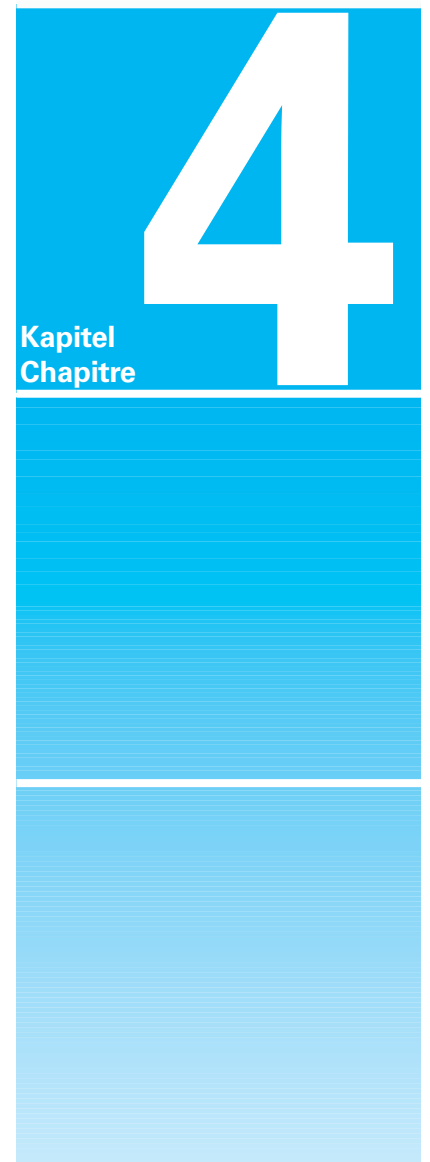
1. Hüsler G, Werlen E, Blakeney RF. Interim *supra-f* reports submitted to the SFOPH, 2003.
2. Hüsler G. Braucht es eine 'Hypertheorie' als Präventionstheorie? Sucht Magazin 2003;1/03:18–22.
3. Brounstein P. 2001 Annual Report of Science-based Prevention Programs. Washington DC, US Federal Office of Substance Abuse Mental Health Services Administration/Center for Substance Abuse Prevention, 2002.
4. Campbell D, Stanley JC. Experimentation and quasi-experimental designs for research. Chicago, Rand McNally, 1966.
5. Guston D. Integrity, responsibility and democracy in science *Scipolicy* 2001;1:167–8, and 2:340.
6. Community Development Resource Association (2002). Measuring Development, Holding Infinity Annual Report, 2000–2001. PO Box 221, Woodstock, 7915 South Africa.
7. Developing the evidence base for transformational change: the midterm evaluation of the south Yorkshire Object I program. Paper presented to the 5th European Conference of Structural funds, Budapest, 26–27 June 2003. Retrieved from www.Europa.EU.int/comm.
8. US General Accounting Office, Program Evaluation and Methodology Division. Designing Evaluations. Washington DC, US Government Printing Office, 1991. (International, cross cultural).
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook. Scotland: SIGN project, 2002.
10. Brounstein PJ, Sanchez-Way R. Finding the balance: Program fidelity and adaptation in substance abuse prevention. SAMHSA/CSAP and NCAP, 2001.
11. Aisenberg G, Martell CM, et al. A literature and resource guide for evidence based best and promising mental health practices. Washington Institute for Mental Illness research and training, 2003. www.spokane.wsu.edu/research&service
12. Neal JA, Altman K, Burritt SC. South Carolina Toolkit for evidence based prevention programs and strategies. South Carolina Department of Health, 2000. www.daodas.state.sc.us/web/pdfs/toolkit
13. Little P, Harris E. A review of out-of-school time quasi-experimental and experimental evaluation results. Cambridge, MA: Harvard Family Research Project, 2003. www.gse.harvard.edu/hfrp/projects/after-school/resources/snapshot1.html
14. Mulhall P, Hays C. 'Levels of Evidence of Effectiveness Pyramid'. US Center for Substance Abuse Prevention, 2003. Retrieved from www.ccapt.org/levels.html.
15. Lakatos I (1970). Science as successful prediction. Falsification and the Methodology of Scientific Research Programs. www.stephenjay-gould.org/ctrl/lakatos_prediction.html
16. Tai-Seale T. The foundations of social and behavioral health. Retrieved from www.srph.tamush-sc.edu.
17. Brounstein P, Zweig J. Understanding substance abuse prevention. Toward the 21st Century: A primer on Effective Programs. US Federal Office of Substance Abuse Mental Health Services Administration/Center for Substance Abuse Prevention/Division of Knowledge Development and Evaluation, 2000. www.modelprograms.samhsa.gov
18. Blakeney RF, Blakeney CD, Reich KH. Leaps of faith: recovering integrity among Jewish alcoholics and drug addicts. *Mental Health, Religion and Culture*, in press (2004).
19. Blakeney CD, Blakeney RF, Maiello C. Recovering Developmental Integrity in addiction treatment. Paper presented at the 10th International Conference of Addictive Behaviors, Heidelberg, Germany, 2003.
20. Sanderson I. Making sense of what works: evidence-based policy making as instrumental rationality? Paper presented at the Political Stud-

- ies Association annual conference, Aberdeen, Scotland, 2002.
21. Nowotny, H. Dilemma of Expertise: Democratizing Expertise and Socially Robust Knowledge. *Science and public policy* 2003;30/3:151–6.
 22. Manpower Demonstration Research Corporation. Devolution partner project, annual report, 2003.
 23. Kumpfer KL, Alvarado R. (2003) Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist* 2003; 58,6/7:457–65.
 24. Advisory Council for the Concerted Action in Health Care, German Federal Department of Health. Appropriateness and Efficiency, 2001, volume I. The Formulation of Aims, Prevention, User Orientation and Participation.
 25. Benson PL, Roehlkepartain EC, Sesma A (Jr). Tapping the power of community: The potential of asset building to strengthen substance abuse prevention efforts. *Search Institute Insights & Evidence* 2004; 2 (1).
 26. Benson PL. Adolescent development in social and community context: A program of research. *New Directions for Youth Development* 2002;95:123–48.
 27. Allen JP, Philliber S. Who benefits most from a broadly targeted prevention program? Differential efficacy across populations in the teen outreach program. *Journal of community psychology* 2001;29/6:637–55.
 28. Battistich V, Hom A. The relationship between students sense of their school as community and their involvement in problem behaviors. *American Journal of Public Health* 1997; 87:1997–2001.
 29. Sesma A Jr, Roehlkepartain EC. Unique strengths, shared strengths: Developmental assets among youth of color. *Search Institute Insights & Evidence* 2003;1(2):1–13.
 30. Ball J, Armistead L, Austin BJ. The relationship between religiosity and adjustment among African-American, female, urban adolescents. *Journal of Adolescence* 2003;26:431–46.
 31. Berkowitz MW, Begun AL. Designing Prevention Programs: The developmental perspective. In: Sloboda Z (Ed). *Handbook of the Prevention of Drug Abuse*. New York, Kluwer, 2003:319–40.
 32. Collins J. Report of the working group on evaluating community based initiatives. Evaluation Working Group of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), US Department of Health and Human Services, 1995. www.cdc.gov/eval/index.htm; e-mail: eval@cdc.gov.
 33. Chambers LW, Ehrlich A, Picard L, Edwards P. The Art and Science of Evidence-based Decision-Making. *Epidemiology can help*. *Canadian Journal of Public Health* 2002;93/1, Special Insert:11–8.
 34. Hobbs CD, Blakeney CD, et.al. Up from Dependency. A New National Public Assistance Strategy. White House Office of Domestic Policy, Washington DC, US Government Printing Office, 1998; vols. 1–7.
 35. Becey DJ, et al (2001). A report on the EMF 19 study on Technology and global climate change policies. Retrieved from www.netl.doe.gov, March 2004.
 36. Huang LN, Hepburn KS, Espiritu RC. To be or not to be ... Evidence Based. *Data Matters*, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health, Georgetown University, Center for Child and Human Development, 2003;6:2–57. www.gucchd.georgetownj.edu
 37. Olsen L, Viadero D. Law mandates scientific base for research. *Education Week*, 2002. www.edweek.org/ew/newstory
 38. Yellow Horse S, Braveheart MY. Native American Children: Healing the Wakanheja. A review of the literature. Evidence based, Promising, and culturally appropriate practices for American Indian/Alaska Native Children with Mental Health Needs. University of Denver, Takini Network, 2003. [www.spokane.wsu.edu/research & service/wimrt/content/documents/NativeAmericanchildren](http://www.spokane.wsu.edu/research&service/wimrt/content/documents/NativeAmericanchildren).
 39. Wallace J, Muroff J. (2002) Preventing Substance Abuse Among African American Children and Youth: Race Differences in Risk Factor Exposure and Vulnerability *The Journal of Primary Prevention* 2002;22/3.
 40. Edelstein W, Keller M, Schröder E. Child development and social structure. A longitudinal study of individual differences. In: Baltes PB, Featherman DL, Lerner RM (Eds). *Lifespan development and behavior*, Vol. 10. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1990.
 41. Moos RH. Addictive Disorders in Context: Principles and Puzzles of Effective Treatment and Recovery. *Psychology of Addictive Behaviors* 2003;7/1:3–12.
 42. Begleitung von gefährdeten Jugendlichen. *supra-f* newsletter, 2004.
 43. Ritter FE, Schooler EJ. The learning curve. In: *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*. Amsterdam: Pergamon, 2002:8602–5.
 44. Hailey J, Sorgenfrei M. (2003) Measuring Success Issues in Performance Management. Keynote Paper presented at INTRAC 5 International Evaluation Conference, 31 March – 4 April 2003, The Netherlands. www.intrac.org/docs/conferencepaper
 45. Sanginga PC, Lilja N, Tumwine J (2001). Assessing the quality of participation in farmers' research groups in the highlands of Kabale, Uganda. www.prgaprogram.org/prga/modules.php
 46. Guston D. Integrity, responsibility and democracy in science. *Scipolicy* 2001;1:167–8, and 2:340.

47. Alaniz ML, Davis J, Neal JA, Ringwalt CL, Toomey TL. Moving Effective programs into practice. San Diego, CA: Robert Wood Johnson Foundation, 2001. www.rwjf.org/publications
48. UNI World Conference for professorial and managerial staff, Singapore (2000). Intellectual Capital: People first in the information age economy.
49. Cicchetti D, Toth S. Transactional ecological systems in developmental psychopathology. In: Luthar S, Burbach J, Cicchetti D, John Weisz J (Eds.): *Developmental Psychopathology: Perspectives on Adjustment, Risk, and Disorder*. Cambridge: Cambridge University Press 1999, 2nd ed:317–49.
50. Fishbein DH, Perrez DH. A Regional Study of Risk Factors for Drug Abuse and Delinquency: Sex and Racial Differences. *Journal of Child and Family Studies* 2000;9/4:461–79.
51. EU working paper 2001, loc.cit.: Bethesda MD. Translating behavioral science into action. Report of the national advisory mental health council behavioral science workbook. National Institutes of Mental Health, 2000.
52. Poincare H. *The value of Science: Essential Writings of Henri Poincare*. New York:Random House, 2001/1905 (Nowotny H, loc. cit.).
53. Weissberg RP; Kumpfer KL; Seligman MEP. Prevention that works for children and youth. An introduction. *American Psychologist* 2003;58(6–7):425–32.

Correspondence to:
 Prof. Dr. Ronnie F. Blakeney
 Department of Educational Sciences
 University of Fribourg
 Regina Mundi
 Rue Faucigny 2
 CH-1700 Fribourg
 Switzerland
 E-mail: ronnie.blakeney@unifr.ch

Gesellschaftsbezogene Forschung/ Recherches portant sur les aspects de société



Migration und Drogen – Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft – Hauptstudie*

Dagmar Domenig, Corina Salis Gross, Hans-Rudolf Wicker, Institut für Ethnologie der Universität Bern

Zusammenfassung

Die Studie hatte die Erarbeitung von Empfehlungen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit im Bereich Therapie und Beratung zum Ziel. Anhand der MigrantInnengruppe italienischer Herkunft beleuchtet sie einerseits exemplarisch die Zugangsbarrieren zu den verschiedenen Hilfsystemen, den Umgang mit der Drogensucht und die Bedeutung des migrationsspezifischen Hintergrundes. Andererseits fokussiert sie auch die generelle Haltung der Suchtinstitutionen der Regelversorgung gegenüber einer migrationsspezifischen Drogenarbeit und deren Bestrebungen, transkulturelle Kompetenz in ihrer Institution zu implementieren.

1. Einleitung

Eine Vorstudie grenzte bestehende Probleme ein und erarbeitete erste Lösungsvorschläge für eine migrationsspezifische Drogenarbeit. Dabei gingen wir exemplarisch vor und beschränkten uns auf die Stadt Bern. Als wichtigste Ergebnisse der Vorstudie können einerseits die starken selbstorganisatorischen Ansätze der italienischen Familien, andererseits aber auch die hohen migrationsspezifisch bedingten Zugangsbarrieren gegenüber den Einrichtungen der Regelversorgung, insbesondere im Bereich Therapie und Beratung, bezeichnet werden.

Die Hauptstudie bezweckte dann, die Ergebnisse der Vorstudie weiter zu vertiefen und zusätzliche Erkenntnisse über die Angebotsseite im stationären Bereich und in den Gefängnissen zu gewinnen. Zudem untersuchte sie die Interaktion zwischen der Angebotsseite und den in die Studie einbezogenen Drogenabhängigen und deren Familien, sowie die transkulturelle Kompetenz der PraktikerInnen in den Einrichtungen der Regelversorgung. Ein weiteres Augenmerk wurde auf die Benutzungsart der unterschiedlichen Versorgungssysteme sowie auf die Vernetzung und das Zusammenspiel dieser Angebote gerichtet. Ziel der Studie war es, konkrete Massnahmen für den Aufbau eines migrationsspezifischen Angebotes und für den Abbau von Zugangsbarrieren vorzuschlagen.

2. Vorgehen/Methodik

Es kamen unterschiedliche qualitative Methoden zum Einsatz, wobei der Schwerpunkt auf einer prozess- und aktionsforschungsorientierten Herangehensweise lag. Durch die Befragung möglichst verschiedener AkteurInnen wurden sowohl die Betroffenenperspektive (Drogenabhängige und ihre Familien) wie auch die Sicht der PraktikerInnen (Regelversorgung, italienisches Hilfsystem) erfasst.

Key Words

Client Counselor Interaction,
Drug Abuse,
Family Therapy,
Health Service Utilization,
Help Seeking Behaviour,
Italy,
Migration,
Social Services,
Transcultural Social Casework

* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 98.000793 (8117) und die daraus hervorgegangene Buchpublikation mit dem Vertrag Nr. 00.000138 unterstützt.

3. Resultate

Die Studienergebnisse zeigen auf, dass nicht nur auf der Seite der PraktikerInnen, sondern auch auf der Seite der Betroffenen ein Bedarf nach Erhöhung transkultureller Kompetenz in den Institutionen der Regelversorgung besteht. Auch wenn eine zunehmende Sensibilisierung in Bezug auf die Wichtigkeit der Migrationsproblematik festzustellen ist, so zeigen die Institutionen nämlich grosse Mühe, migrationspezifische Anpassungen ihrer Angebote vorzunehmen. Die Studie deutet weiter darauf hin, dass punktuelle Weiterbildungen einzelner PraktikerInnen kaum eine grosse Wirkung in den Institutionen erzeugen können. Im Sinne einer transkulturellen Organisationsentwicklung sollten daher team- und institutionsorientierte Angebote aufgebaut werden. Auffallend ist, dass Kompetenzen von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund kaum wahrgenommen und dementsprechend wenig genutzt werden. Die befragten Drogenabhängigen bevorzugen mehrheitlich eine migrationspezifische Anlaufstelle innerhalb der bestehenden Regelversorgung. Drogenabhängige Frauen mit Migrationshintergrund fordern sowohl migrations- wie auch frauenspezifische Angebote bzw. eine Verknüpfung dieser beiden Bereiche. An sogenannten ethnospezifische Stellen scheinen sich v. a. die Eltern drogenabhängiger Jugendlicher zu wenden. Die bestehenden Elterngruppen des italienischen Hilfssystems scheinen dabei den Eltern ein auf ihre Bedürfnisse angepasstes Angebot zu bieten.

Eine gute Beziehung zu Drogenabhängigen italienischer Herkunft kann von PraktikerInnen meist dann hergestellt werden, wenn die BeraterInnen Empathie, Offenheit, Interesse und Kollegialität zeigen. Eine solche Familiarisierung des Beratungs- bzw. Therapieverhältnisses scheint für viele Betroffene vertrauensfördernd zu sein.

Drogenabhängige italienischer Herkunft wünschen sich eine bessere Information ihrer Eltern über Drogenabhängigkeit, Suchtverhalten und Therapieformen. Dabei anerkennen sie die Arbeit des italienischen Hilfssystems und im speziellen der Elterngruppen in Bezug auf die dort eingeleiteten Prozesse bei ihren Eltern.

4. Empfehlungen

Für den Aufbau einer migrationspezifischen Drogenarbeit sollten in den Institutionen genügend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Die migrationspezifische Drogenarbeit darf nicht auf die operative Ebene als zusätzliche Aufgabe delegiert werden, sondern muss die ganze Institution im Sinne einer transkulturellen Organisationsentwicklung erfassen. Transkulturelle Kompetenzen von

MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund müssen in den Institutionen vermehrt anerkannt, deren Ressourcen besser genutzt und der allgemeinen Erhöhung der transkulturellen Kompetenz in der Institution dienen. Um die transkulturelle Kompetenz der gesamten Institution zu erhöhen, sollten zudem Weiterbildungsangebote aufgebaut werden. Gute Wirkungen scheinen v. a. kontinuierliche, prozessorientierte Weiterbildungen über einen längeren Zeitraum zu erzielen, da diese es den Teilnehmenden erlauben, neue Herangehensweisen und Sichtweisen in der Praxis auszuprobieren und die gemachten Erfahrungen in der Weiterbildung wieder zu reflektieren. Die Vernetzung und Zusammenarbeit sollte sowohl zwischen den Einrichtungen der Regelversorgung wie auch mit den Angeboten der MigrantInnen-*Communities* verbessert werden. Eine Vernetzung empfiehlt sich jedoch auch mit anderen im Migrationsbereich tätigen Institutionen.

Kommunikationsweisen und Formen der Beziehungsgestaltung sollten flexibel und kontextbezogen angepasst werden, damit MigrantInnen zu den ambulanten Beratungsstellen rascher Vertrauen aufbauen, sie eher an eine Stelle gebunden werden, und es infolgedessen weniger zu nur punktuellen Beratungen kommt.

Bestehende Angebote für Eltern in Angeboten der *Communities* sollten unterstützt bzw. aufgebaut und vermehrt bekannt gemacht werden.

5. Referenzen

1. Bundesamt für Gesundheit BAG. Bedeutung einer migrationspezifischen Drogenarbeit und deren Folgen für die Praxis. BAG, 2002.
2. Domenig D. Transkulturelle Kompetenz im Suchtbereich. In: Suchtmagazin 2001;27/5:15–20.
3. Domenig D. Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern, Hans Huber Verlag: 2001.
4. Domenig D, Salis Gross C. Transkulturelle Kompetenz in der Drogenarbeit. In: Unipress, April 2001;108:23–4.
5. Domenig D, Salis Gross C, Wicker H-R. Studie Migration und Drogen. Implikationen für eine migrationspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft. Schlussbericht. Bern, Institut für Ethnologie der Universität Bern und Bundesamt für Gesundheit, EDMZ: 2000.
6. Domenig D, Salis Gross C, Rihs-Middel M, Wicker H-R. Studie Migration und Drogen. Implikationen für eine migrationspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft. Vorstudie. Bern, Institut für Ethnologie der Universität Bern und Bundesamt für Gesundheit, EDMZ: 1998.

6. Valorisierung

Die Studienergebnisse wurden anschliessend an den Schlussbericht sowohl in einer umfassenden Publikation weiter vertieft und ausgewertet (Domenig 2001), sowie in einer Broschüre zuhanden der Institutionen zusammengefasst (Bundesamt für Gesundheit: 2002).

7. Impact

Die Resultate und Empfehlungen der Studie werden seit anfangs 2002 vom Contact-Netz in Bern im Rahmen eines während der Studie entwickelten Pilotprojektes umgesetzt.

Korrespondenzadressen:
Dr. Dagmar Domenig
Schweizerisches Rotes Kreuz
Fachstelle Migration und Gesundheit
Rainmattstrasse 10
3001 Bern
Tel: 0041 (0)31 387 73 26
E-Mail: dagmar.domenig@redcross.ch

Dr. Corina Salis Gross
Institut für Ethnologie der Universität Bern
Länggassstrasse 49a
3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 631 36 33
E-Mail: corina.salis-gross@ethno.unibe.ch

Verwirrender Imagewandel des Heroinkonsums*

Hans-Peter von Aarburg, Ethnologisches Seminar der Universität Basel

Michael Stauffacher, Ethnologisches Seminar der Universität Basel und ETH Zürich

Zusammenfassung

Vor allem seit der drogenpolitischen Wende anfangs der 90er Jahre konnte in der Schweiz ein breites Angebot an sozialmedizinischen und sozialarbeiterischen Drogenhilfeeinrichtungen aufgebaut werden. Diese vielfältigen Institutionen erreichen inzwischen immer mehr sozial auffällige Konsumentinnen und Konsumenten harter Drogen. Vor diesem Hintergrund untersucht eine vom Schweizerischen Bundesamt für Gesundheit finanzierte Studie, wie sich das gesellschaftliche Bild dieses problematischen Drogenkonsums dadurch verändert hat. Es wird untersucht, wie aus einem kulturevolutionären Drogenkonsum der 60er und 70er Jahre zunehmend ein sozialstaatlich kontrolliertes und standardisiertes Modell abweichenden Verhaltens geworden ist. Fokussiert wird das Image unterschiedlicher sozialer Formen des Heroinkonsums, vor allem auch der Umgang mit den Möglichkeiten Heroin gestützter Behandlungen. Ausgegangen wird dabei von konkretem Konsumverhalten. Die Studie verbindet einen sekundärstatistisch quantitativen mit einem biographisch qualitativen Ansatz.

Es ist Schwerabhängigen in der Schweiz inzwischen grundsätzlich möglich, im Rahmen sozialmedizinischer Behandlungsprogramme Heroin zu beziehen und es in einem institutionell rigiden Rahmen unter Aufsicht zu konsumieren. Es stellen sich folgende Fragen:

- Was ereignet sich dabei eigentlich auf einer symbolischen Ebene?
- Wie wirken sich diese ganz neuen Konsumumstände auf das Selbstverständnis von direkt Betroffenen aus?
- Wie wird der Heroinkonsum nun von der breiteren Öffentlichkeit, von möglicherweise suchtgefährdeten Jugendlichen wahrgenommen?

Es dürfte immer noch viele direkt oder indirekt Beteiligte irritieren, dass eine streng verbotene pharmakologische Substanz anstatt von der Polizei konfisziert von medizinischem Personal abgegeben wird. Von solchen Irritationen gehen wir aus und untersuchen in einer vom Schweizerischen Bundesamt für Gesundheit finanzierten empirischen Forschungsarbeit, wie sich das Image des Heroinkonsums in den letzten Jahrzehnten verändert haben könnte (Laufzeit: Juli 2001 bis Juni 2003).

1. Forschungshypothesen

1.1 Verschreibungsprogramme verstärken den Imagewandel

Folgende These hatten wir zu Beginn unserer Arbeit formuliert: In Verschreibungsprogrammen sind Süchtige doppelt abhängig. Neben der Abhängigkeit von Heroin und meist andern Drogen stehen sie auch in einer starken Abhängigkeit von sozialmedizinischen Institutionen. Aus einst rebellisch frechen Jugendlichen sind so streng überwachte und betreute Chronischkranke geworden. Das Image des Heroinkonsums wird sich dadurch längerfristig stark ändern, dies zudem weit über die Kreise mehr oder weniger direkt Betroffener hinaus. Das rebellische Selbstbild vieler Heroinkonsumierender wird von der sozialmedizinischen Betreuung ebenso sabotiert wie das oft gegenkulturell mystifizierte Bild, welches sich mindestens Teile der Öffentlichkeit von diesem Drogenkonsum immer noch machen.

Key Words

Image of Problematic Heroin Consumption,
Changes of Social Representation of,
Sociohistorical Research of,
Ethnography,
Ethnopsychanalysis,
Switzerland

* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 00.001341 unterstützt. Dieser Artikel wurde übernommen aus *abhängigkeiten* 2002;1. © 2003, mit Genehmigung der Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA, Lausanne.

1.2 Image als vielschichtige und widersprüchliche Botschaft

Wir müssen das hier interessierende Image als Teil einer komplexen Botschaft differenziert angehen, bezogen auf unterschiedliche soziale Gruppen. Botschaften, die einzelne Personengruppen eindeutig abschrecken, können andere Gruppen unter Umständen durchaus faszinieren. So berichten etwa junge Leute immer wieder davon, wie stark sie sich von den schaurigen Lebensgeschichten der «Kinder vom Bahnhof Zoo» ebenso abgeschreckt wie gleichzeitig auch angezogen gefühlt hätten (Christiane F. 1978). Ein Blick in die vielen aktuellen Kundenrezensionen von Jugendlichen im Internetbuchladen «amazon» zeigt dies. Da schreibt etwa jemand:

«habe dieses buch in 2 Tagen gelesen und konnte es fast nicht aus der Hand legen. einfach spannend und überwältigend diese Tagesabläufe der «Drogenkids» mitzuerleben – andererseits aber auch fürchterlich und besorgniserregend zu sehen wie sehr ein Mensch sich selbst kaputt machen kann»
(4. Februar 2002)

Es werden hier offenbar ambivalente Gefühle von Angstlust (Balint 1959) angesprochen. Die im Laufe der Jahre öffentlich immer sichtbarer, existentiell bedrohlichen Gefahren von Heroin dürften bestimmte Gruppen von Jugendlichen und jüngern Leuten zwar abgeschreckt, auf eine unheimliche Weise gleichzeitig aber auch angezogen haben.

1.3 Wandel in der Wahrnehmung oder in der Wirklichkeit?

Oft wird behauptet, sozial auffällige Konsumentinnen und Konsumenten harter Drogen seien in früheren Jahren und Jahrzehnten aktiver und gesellschaftskritischer gewesen als heute. In der Wahrnehmung auch vieler Drogenfachleute waren betreute Süchtige früher kulturell und politisch engagierter. In der Perspektive anderer hingegen scheinen persönliche und soziale Charakteristiken der Betreuten im Laufe der Zeit weitgehend unverändert geblieben zu sein: Ihre Klientinnen und Klienten seien schon immer weitgehend unfreiwillig Gescheiterte gewesen, die eher von einem kleinbürgerlichen Leben als von einer utopischen Alternative geträumt hätten.

Hat sich nun etwas in der objektiven Wirklichkeit oder nur in der Wahrnehmung vieler professioneller Akteure geändert? Etwas zugespitzt gefragt:

- Domestizierte und banalisierte die zunehmende Medizinalisierung des Heroinkonsums einen symbolisch ursprünglich gegenkulturell aufgeladenen Drogenkonsum?

- Oder lösten die sozialmedizinischen Hilfestellungen womöglich nur einen Mythos vom Heroinkonsum als einem gegenkulturellen Verhalten auf, indem sie ihn offensichtlich unhaltbar machten? Hatte es sich also nur um Projektionen von Aussenstehenden gehandelt?

Vielleicht ist der Begriff Mythos hier leicht irreführend, der aus der französischen Soziologie stammende Begriff des Diskurses ist angemessener: Auch wenn Annahmen im Reden über etwas einseitig oder gar objektiv falsch sind, schafft solches Reden ja soziale Wirklichkeiten. Auch gesendete und empfangene Projektionen prägen konkretes Verhalten. Das «Image» eines Drogenkonsums, das sich aus widersprüchlich schillernden Wertungen und Bildern zusammensetzt, wird hier als ein zentrales Element unterschiedlicher Drogen-Diskurse verstanden.

1.4 Der konkrete Konsum ist zentral

Wir fokussieren die symbolische Ebene des Drogenkonsums. Trotzdem ist die Basis, um Bedeutungen in Innen- und Aussenperspektiven zu untersuchen tatsächlicher Konsum: Wer nimmt welche Drogen, wie konzentriert, auf welche Weise, in welchen Kombinationen und sozialen Kontexten zu sich? Möglichst objektive Konsumentenprofile zu kennen ist auch wichtig, weil nur so Entstehung und Funktion unterschiedlicher Images erfasst werden können. Neben ikonenhaften Vorbildern und deren medialer Vermittlung sind es ja vor allem öffentlich sichtbare Konsumentengruppen, welche das aus verschiedenen Blickwinkeln offenbar so anders schillernde Image des Konsums prägen.

2. Droge, Person und Umwelt

Die Begrifflichkeit «drug, set and setting» von Zinberg (1984) hat sich als einfach und nützlich erwiesen, um Mechanismen des Drogenkonsums aus der Perspektive individuell handelnder und trotzdem in soziale Kontexte eingebundener Akteure zu beschreiben.

2.1 Die pharmakologische Wirkung als Ausgangspunkt

Um das Image von Drogen sinnvoll untersuchen zu können, müssen auch die kurz- und langfristigen pharmakologischen Wirkungen unterschiedlicher Formen des Konsums beachtet werden. Leider ist über viele «Gassenpraktiken» und spezifische Wirkmechanismen vieler Substanzen, insbesondere über Wechselwirkungen, vergleichsweise wenig bekannt.

Es muss hier aber genau betrachtet werden, wie eine Substanz eingenommen wird. Leute etwa, die Kokain schnupfen, und solche, die es rauchen («basen»), gehören ganz andern sozialen Gruppen an. Die gesuchten pharmakologischen Wirkungen ebenso wie die sozialen Bedeutungen der beiden Konsumformen sind einander in vieler Hinsicht geradezu entgegengesetzt. Konkrete Konsummuster meist vielfältig und wechselnd miteinander kombinierter Substanzen sind hier also der Ausgangspunkt. Mehr oder weniger ausschliesslicher Heroinkonsum ist inzwischen ja äusserst selten, wenn es ihn überhaupt je gegeben haben sollte. So wird etwa bereits im Jahresbericht 1975 (S. 13) der Zürcher Selbsthilfeorganisation «Speak Out» ein grosser Teil der beratenen Jugendlichen als «polytoxikoman» bezeichnet:

«...sie nehmen, was ihnen gerade in die Hände kommt: Alkohol, Schmerzmittel, Abmagerungsmittel, Haschisch, LSD, Speed, Morphinum, Heroin, Kaffeesatz, Farblösungsmittel...»

2.2 Die Person der Drogenkonsumierenden steht im Mittelpunkt

Der zweite Pol im erwähnten theoretischen Dreieck beinhaltet die Dimension der Person, der individuellen Persönlichkeit (set). Wie beeinflusst der Drogenkonsum – im Sinne etwa einer Selbstmedikation – individuelle psychische Problematiken? Wie wirkt er sich auf den sozialpsychologisch zu verstehenden Kampf um Anerkennung aus? Gleichzeitig sind individuelle Biographien aber auch die Knotenpunkte, aus denen das ganze gesellschaftliche Gewebe letztlich besteht. Jedes Individuum webt mit am endlosen Band der menschlichen Geschichte und ist dabei gleichzeitig selbst auch aus sozialen Fäden gewoben. So ist es unsinnig, psychische Problematiken losgelöst von ihrem sozialen Kontext anzugehen.

2.3 Das persönliche und soziale Umfeld prägt den Drogenkonsum

Umwelt (setting) ist der Begriff, mit dem die soziale Dimension als dritter Pol der Betrachtung angegangen wird. Umwelt in einem sozialen Sinn wird dabei weit gefasst. Der Blick richtet sich auf persönliche Beziehungsnetze und individuelle Lebensumstände, durch diese hindurch aber auch auf umfassendere Strukturen, welche für die gesellschaftliche Organisation insgesamt grundlegend sind.

An erster Stelle ist dabei die inzwischen in weiten Bereichen globalisierte Wirtschaft mit ihren vernetzten Waren- und Arbeitsmärkten zu nennen. Der Schwarzmarkt für Heroin etwa wurde anfangs der

siebziger Jahre vor allem durch das allmähliche Ende des Vietnamkrieges und seit den achtziger Jahren durch die verschiedenen Phasen des Afghanistankrieges geprägt (McCoy 1991).

An zweiter Stelle beschäftigt uns der Staat. Als Ordnungsmacht setzt er rechtliche Rahmenbedingungen. In dieser Funktion versucht er etwa eine weit gehende Drogenprohibition durchzusetzen. Als Sozialstaat bietet er ein ausgebautes Versicherungssystem an.

Mit dem Begriff «Kultur» wird auf eine dritte, hier zwar wichtige, aber schwer eingrenzbar Dimension der sozialen «Umwelt» hingewiesen. In diesem ausfasernden und höchst unübersichtlichen Bereich liegt der «gesellschaftliche Wissensvorrat» (Berger & Luckmann 1966). Hier werden auch die gesellschaftlichen Drogen-Diskurse fassbar und mit ihnen die oft widersprüchlichen Bewertungen unterschiedlicher Formen des Konsums psychoaktiver Substanzen.

3. Zum kulturevolutionären Image des Drogenkonsums: die 60er und 70er Jahre

3.1 Die Zeit der Hippies: Cannabis und LSD

Aus grosser Distanz betrachtet kann die von vielfältigen Drogenexperimenten geprägte Hippiebewegung der 60er Jahre als Wiederauftauchen einer antibürgerlich romantischen Strömung gesehen werden. Die Sehnsucht richtete sich auf östliche Philosophien, viele unternahmen eigentliche Initiationsreisen nach Indien. Huxley (1954) war sicher ein wichtiger Autor, der das damalige Interesse an pharmakologischen Bewusstseinsexperimenten nährte. Sogar mit ihrem Namen verbreiteten «The Doors» seine Botschaft (Sugerman 1991). Leary's (1968) Aufruf zum Konsum von Halluzinogenen und zu einem befreiten Leben als gammelnde Hippies: «Turn on – Tune in – Drop out!» wurde auch in der Schweiz gehört. So steht etwa im zweiten Jahresbericht (1970, S. 2) des Vereins «Speak Out» über dessen Arbeit im nur kurze Zeit bestehenden autonomen Jugendzentrum Bunker:

«Bald zeigte sich, dass die zwei Hauptprobleme der Jugendlichen im Bunker den Drogenkonsum (schlechte Trips, die in schlimmen Fällen immer an den Arzt weitergeleitet wurden) und das Verhältnis zu den Eltern betrafen. Die Jugendlichen kehrten nicht mehr nach hause zurück, weil es ihnen im Bunker besser gefiel.»

Wenn Jugendliche – damals meist gemeinschaftlich und in ritualisierter Form – Cannabis und LSD konsumierten, erschien dies Aussenstehenden wohl meist als eine gefährliche Subversion der bürger-

lichen Ordnung und wurde entsprechend unerbittlich geächtet und verfolgt. Sicher verstärkte die damalige Verfolgung das kulturrevolutionäre Image der Halluzinogene. Wer diese Substanzen konsumierte, stellte damit mehr oder weniger provokativ auch seine gesellschaftskritische Haltung symbolisch dar. Auch wenn nur der «hedonistische» und nicht der «politische» Teil des Jugendprotestes (Hollstein 1979) programmatisch Halluzinogene konsumierte, lud sich der Drogenkonsum doch mit einer kulturrevolutionären Symbolik auf.

3.2 Die Bedeutung der Opiate in den späten 60er und frühen 70er Jahren

Unter welchen Umständen und mit welchen ursprünglichen Bedeutungen die Opiate sich seit dem Ende der sechziger Jahre in der schweizerischen Gegenkultur verbreiteten, ist uns noch unklar. Ein erstes Durchsehen thematisch relevanter Zeitungsausschnitte, Broschüren und Flugblätter aus jener Zeit (Schweizerisches Sozialarchiv ZA 64.4) lässt immerhin einige Feststellungen und Vermutungen zu. Als erstes tauchte offenbar Opium auf, das Jugendliche sich selbst meist wohl in Holland besorgten und das sie dann im Freundes- und Bekanntenkreis vertrieben. Opium wurde in gegenkulturellen Texten um 1970 noch in einem Zug mit Cannabis und LSD genannt, als eine mystisch bewusstseins-erweiternde Droge, aufgeladen mit Bildern eines romantisch verklärten Orients.

Wohl fast gleichzeitig mit dem Opium tauchte offenbar auch Morphium aus Arztpraxen und Apotheken in gegenkulturellen Kreisen auf. Auch das um 1970 noch seltene Heroin wurde wohl anfänglich ebenfalls noch in einem gegenkulturellen Umfeld konsumiert. Der sich selbst als «Bürgersohn und Junkie» bezeichnende, inzwischen verstorbene Chris Bänziger schrieb 1990 über jene Zeit:

«Während die rebellierenden Studenten im Café Odeon und anderswo über den antiimperialistischen Kampf diskutieren, ertönen aus den Lautsprechern die düster-magischen Klänge des Velvet-Underground-Songs «Heroin»: «It's my wife and it's my life». (...) Durchwachte Nächte, Trips am Katzensee, viele Joints, und unverhältnismässige Reaktionen von Bürgern und Bullen lassen einen Zusammenhalt in dieser Szene entstehen, welche für die noch wenigen Heroinkonsumenten dieser Anfangsjahre so etwas wie Heimat bedeutet.» (Bänziger & Vogler 1990:48).

3.3 Die Wirtschaftskrise in den 70er Jahren ändert die Situation radikal

Ein einschneidendes Ereignis auch für die Schweiz war die 1973 einsetzende Rezession der Weltwirtschaft. Die utopische Aufbruchstimmung der sechziger Jahre war damit gebrochen. Damit dürften sich auch die Bedeutungen unterschiedlicher Formen des Drogenkonsums gewandelt haben. So schrieb etwa Lilian Uchtenhagen bereits 1974 in einem Zeitungsartikel:

«... Waren es ursprünglich eher die Kinder der Oberschicht, welche Drogen konsumierten, so stellen wir heute eine Ausweitung auf alle soziale Schichten fest. (...) Die Drogenszene hat sich so eher verdunkelt. Verflogen ist der Reiz des Neuen, die Faszination des Unbekannten. Von der frohen Botschaft der Blumenkinder von einst, der Hoffnung und Sehnsucht, mit dem Joint aus den Niederungen der Konflikte und Aggressionen herauszukommen, um glücklicher leben zu können, ist nicht viel geblieben...»

Das Bild des Drogenkonsums hat sich in dieser Wahrnehmung also bereits entscheidend verdunkelt: Drogenkonsum bedeutet nicht mehr gegenkulturellen Aufbruch, vielmehr erscheint er hier bereits als Stigma sozialer Randständigkeit. Der Öffentlichkeit erscheint Heroin wohl schon in den frühen siebziger Jahren als Inbegriff selbst zerstörerischer Hoffnungslosigkeit und eines Elends, das sich während der kommenden beiden Jahrzehnte immer mehr ausbreiten und ins Zentrum der öffentlichen Wahrnehmung schieben sollte.

4. Heroinkonsum als ein zunehmend standardisiertes Modell von Fehlverhalten: die 80er und 90er Jahre

4.1 Der unerwartete Nutzen des Drogenkonsums

Der angstlustvolle Umgang mit Heroin birgt eine starke Tendenz zur sozialen Selbstgefährdung. Es sollen damit wohl weniger die eigene Person als jene Lebensentwürfe in Gefahr gebracht werden, die den Betroffenen oft uneingestandenermassen als perspektivlose Sackgassen erscheinen. Damit ist bereits auf den unerwarteten Nutzen verwiesen, den der so vielfältig gefährliche und sozial stigmatisierende Heroinkonsum ausser einer momentanen pharmakologischen Entspannung problembeladenen Personen bringen kann. Gewisse sozial und psychisch leidende Personen finden in der Drogensucht einen – allerdings fatalen – Ausweg aus ihren belastenden Situationen. Immerhin macht sozial auffälliger Drogenkonsum Konflikte und Spannungen, die in kurzfristig oft kaum veränderbaren Lebensbedingungen liegen, in sozial verständlichen und

scheinbar handhabbaren Formen darstellbar. Dies entlastet.

4.2 Ein standardisiertes Modell abweichenden Verhaltens

Ganz grundsätzlich schreibt der Ethnologe und Psychoanalytiker Devereux (1982:52) zum Mechanismus der Gestaltung abweichenden Verhaltens:

«Die Ethnopsychiatrie – und das ist eine ihrer fundamentalen Leistungen – lehrt uns, dass, besonders in Stress-Situationen, die Kultur selbst dem Individuum Indikationen für die «Formen des Missbrauchs» liefert. Diese «Indikationen für den Missbrauch» bezeichnet Linton (1936) als «Modelle des Fehlverhaltens». Es ist ganz so, als sagte die Gruppe dem Individuum: «Tu es nicht, aber wenn du es tust, dann muss es so und so gemacht werden».»

Heroinkonsum wird hier als ein solches, inzwischen sozial standardisiertes Modell des Fehlverhaltens verstanden. Auch heute noch dürften viele jüngere Leute mit psychischen und sozialen Problemen dahin tendieren, ihr Leiden in der Form von Drogensucht darzustellen. Was für vielfältig schillernde Formen des Nutzens Jugendliche und junge Leute daraus ziehen können, wurde in einer grösseren Studie über das Folienrauchen in der ersten Hälfte der neunziger Jahre dargestellt (v. Aarburg 1998).

Uns interessiert hier nun besonders, durch welche Phasen hindurch sich sozial auffälliger Konsum harter Drogen als Modell des Fehlverhaltens standardisiert hat und wie Konsumierende darauf reagieren.

4.3 Heroinkonsum als Krankheit?

Vor allem seit der drogenpolitischen Wende anfangs der 90er Jahre liessen sich immer mehr Konsumierende von Heroin in ein stets dichter werdendes Netz vielfältiger sozialmedizinischer und sozialarbeiterischer Institutionen einbinden. Erwähnt seien hier Gassenzimmer, Beschäftigungsprogramme, Begleitetes Wohnen, aber auch die stark gelockerte ärztliche Verschreibung von Methadon und seit 1994 schliesslich auch die zahlenmässig allerdings beschränkte Abgabe von Heroin. All diese Massnahmen und insbesondere auch die Zusammenarbeit von Polizei- und Sozialämtern machten es möglich, dass offene Drogenszenen in der Schweiz Mitte der neunziger Jahre nachhaltig aufgelöst werden konnten. Heroinkonsum kann zwar strafrechtlich immer noch verfolgt werden und ist insofern «kriminell», der breiten Öffentlichkeit erscheint er vor allem in sozial auffälligen Formen inzwischen allerdings eher als eine Krankheit.

5. Zum weiteren empirischen Vorgehen

Wir versuchen herauszufinden, wie sich der skizzierte Wandel des gesellschaftlichen Umgangs mit diesem sozial auffälligen Drogenkonsum in den Biographien von Konsumierenden ausgewirkt hat. Wir untersuchen also weniger gesellschaftliche Diskurse als individuelle und gruppenspezifische Reaktionen auf solche. In den Biographien von Drogenkonsumierenden wird die skizzierte Drogenpolitik fassbar, ebenso brechen sich die als Staat, Wirtschaft und Kultur bezeichneten Dimensionen in den einzelnen Schicksalen zu unverwechselbaren Profilen.

Um ein möglichst umfassendes Bild schaffen zu können, kombinieren wir drei verschiedene methodische Zugänge miteinander:

1. Als zeitgeschichtliche Dokumente werden etwa Zeitungsartikel, Jahresberichte therapeutischer Einrichtungen, aber auch Filme, literarische Texte oder Werbung herangezogen.
2. Beim sekundärstatistisch-quantitativen Zugang werden ausgewählte epidemiologische Daten zur sozialen Herkunft, zum sozialen Status bei Konsumbeginn und allfällige Statusveränderungen, ebenso wie unterschiedliche Konsummuster herangezogen und statistisch aufgearbeitet.
3. Den dritten empirischen Zugang zu unserer Fragestellung suchen wir in biographisch-narrativen Interviews. Wir interviewen Personen, die gegenwärtig in einem Heroinprogramm sind, solche, die einmal in einem Programm waren, dieses aber verlassen haben und schliesslich solche, die nicht in ein Programm gehen wollen, obwohl sie die Aufnahmekriterien erfüllen würden.

Ziel dabei bleibt es, den oft wenig beachteten Wandel sozialer Bedeutungen nachzuzeichnen, den der Heroinkonsum hierzulande durchgemacht hat. Nicht zuletzt soll damit ein tieferes Verständnis für allgemeine Trends im Drogenkonsumverhalten erschlossen werden (Agar 2000, Musto 1987, Korf 2000, Behrens et al. 2002). Drogenkonsum befindet sich in einem fortlaufenden Wandel, der in seinen vielen Dimensionen verstanden werden muss, um angepasste Interventionen ableiten zu können.

6. Literaturverzeichnis

1. Aarburg HP, von. Heroinampfscheibenwirbel: Eine kulturanthropologische und ethnopsychanalytische Studie des Folienrauchens in Zürich zwischen 1990 und 1995. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, 1998.
2. Agar M. Towards a trend theory. In: EMCDDA (edited by Jane Fountain) (ed.). Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research. Office for Official Publications

- of the European Communities, Luxembourg 2000; EMCDDA scientific monograph series No 4:67–72.
3. Balint M. Angstlust und Regression (engl. Original «Thrills and regressions» 1959). Klett-Cotta, Stuttgart, 1991.
 4. Bänziger C, Vogler G. Nur saubergekämmt sind wir frei. Drogen und Politik in Zürich. Eco, Zürich 1990.
 5. Behrens DA, Caulkins JP, Tragler G, Feichtinger G. Why present-oriented societies undergo cycles of drug epidemics. *Journal of Economic Dynamics and Control* 2002;26:919–36.
 6. Berger PL, Luckmann T. Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Fischer, Frankfurt a.M., 1980 (engl. Original 1966).
 7. Christiane F. Wir Kinder vom Bahnhof Zoo. Stern, Hamburg, 1978.
 8. Courtwright DT. Dark Paradise. A History of Opiate Addiction in America. University Press, Harvard, 1982.
 9. Devereux G. Normal und anormal. Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie. Suhrkamp, Frankfurt, 1982 (franz. Original 1970).
 10. Hollstein W. Die Gegengesellschaft. Alternative Lebensformen. Bonn, 1979.
 11. Huxley A. Die Pforten der Wahrnehmung. Himmel und Hölle (The doors of perception. Heaven and hell). Piper, München, 1970 (engl. Original 1954).
 12. Jahresberichte 1970 und 1975 von «Speak Out». Einsehbar im Schweizerischen Sozialarchiv: Archiv Blumati Ar 201.89.1.
 13. Korf DJ. Substance careers: winners and losers on the market of “new” drugs. In: Springer A, Uhl A (eds.). Illicit drugs: patterns of use – patterns of response. Proceedings on the 10th annual ESSD conference on drug use and drug policy in Europe. Studienverlag, Innsbruck, 2000:123–41.
 14. Leary T. Politik der Ekstase. Wegner, Hamburg, 1970 (engl. Original 1968).
 15. McCoy AW. The politics of heroin. CIA complicity in the global drug trade. Lawrence Hill, New York, 1991.
 16. Musto DF. The American disease. Yale University Press, New Haven, 1987.
 17. Sugerma D. Wonderland avenue: tales of glamour and success. Abacus, Los Angeles, 1991.
 18. Uchtenhagen L. Differenzierter Kampf gegen Drogen. In: Die Frau in Leben und Arbeit, Nr. 11, vom 4. Nov. 1974. Einsehbar im Schweizerischen Sozialarchiv: Zeitschriftenausschnitte ZA 64.4.
 19. Zinberg NE. Drug, set, and setting. The basis for controlled intoxicant use. Yale University Press, New Haven, 1984.

7. Dank

Der Herausgeber dankt der Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA, Lausanne, für die Genehmigung zum Abdruck dieses Artikels, der erstmals in *abhängigkeiten* 2002/1 erschienen ist.

Korrespondenzadressen:
 Hans-Peter von Aarburg
 Dr. phil. (Ethnologe)
 Universität Basel
 Ethnologisches Seminar
 Münsterplatz 17
 CH-4051 Basel
 E-Mail: hp.vonaarburg@unibas.ch

Michael Stauffacher
 Lic. phil. (Soziologe)
 Universität Basel
 Ethnologisches Seminar
 Münsterplatz 17
 CH-4051 Basel
 E-Mail: michael.stauffacher@active.ch

An Anthropological and Ethnopsychanalytical Study of Heroin-Smoking in Zurich Between 1990 and 1995*

Hans-Peter von Aarburg, Ethnological Seminary of the University of Basle, Switzerland

Abstract

Up to the early 90s, the smoking of heroin from tinfoils (often described as 'chasing the dragon') was a largely unknown form of heroin use in Switzerland. Since then it has increasingly been taking the place of intravenous injection: In 1996 – at least in the Zurich area – around 4 out of 10 heroin users were smoking rather than injecting the drug. The study described here first of all appraised the social/historical conditions for the spread of this form of drug use in Switzerland. Then, in a framework of 'observation by participation', 48 young heroin smokers from as wide a variety of social backgrounds as possible were interviewed in depth on an ethno-psychoanalytical basis. In this analysis, information was sought especially about unexpectedly varied and contradictory forms of generally unconscious benefits which the drug users derived from putting themselves in physical and social danger. Information was obtained surrounding the causes and effects of the 'stress of obtaining drugs' by asking about regular daily routines. Careful analysis of Zurich slang expressions also provided important clues. Even on this linguistic level, values of the consumer society could be seen, maliciously caricatured as if in a distorting mirror.

Key Words

Route of Heroin Administration,
Heroin Chasing,
Heroin Smoking,
Ethnography,
Psychoanalysis,
Ethnopsychanalysis,
Semantics,
Heroin Image,
Switzerland

1. Introduction

Smoking heroin was largely unknown in Switzerland until the early 90s. Then, after the winter of 1992/93, it seemed to spread like wildfire. The media felt that 'well integrated young people' were in particular danger of being put under the spell of this 'new' form of heroin use. There were fears that heroin use would massively increase as a result of heroin smoking. This was not, in fact, the case. All in all, the number of heroin users in Switzerland appears to have stabilised since 1990 following a decade of massive increase (1). Heroin-smoking – particularly in public – was considered to be 'cool' for a short time amongst many young people who were keen on experimenting, but it is now rejected by most youth sub-cultures. The topic of heroin-smoking disappeared from the media several years ago. Here the idea of a 'fix' of heroin has re-asserted itself as the norm, yet it seems to have gone unnoticed that smoking heroin has, to a large extent, replaced intravenous injection.

2. Procedure/Methods

2.1 A multidimensional approach

The often contradictory subjective experiences which heroin-smoking youths and young adults related to the interviewer in a framework of 'observation by participation' formed the focus and departure point of this study. Social and cultural structures were sought even in those biographically specific accounts containing what at times appeared to be totally individual psychological problems (2). In addition to the purely descriptive reconstruction of subjective experiences of life, with their social and cultural interaction, unconscious links were appraised. In the context of ethno-psychoanalysis, evidence was sought not only for the individual unconscious but also for the 'socially produced' unconscious.

No alchemist's wizardry is being promised here, which would claim to distil scientifically golden laws from interviews and observations. The aim of the study is rather to establish facts which are difficult to ascertain and to assess, and prepare them for further discussion in appropriate sociological contexts.

2.2 Observation by participation

With an explicitly ethnological approach, I contacted and interviewed heroin-smoking youths and young

* This project was supported by the Swiss Federal Office of Public Health, grant no 8036, to Michael Oppitz, Museum of Ethnology of Zurich.

adults in the Zurich area, where possible those without institutional contact in their daily surroundings. I tried to contact such young people in trams, at tram-stops, backyards, meeting places or techno parties. After some hesitation I also went, almost every day over a period of several months, to the open drug scene at Letten. Colleagues who were engaged in therapy or social work aspects of the drug scene also supplied me with important contacts. In the course of two years' investigation, I got to know youths and young adults aged between 17–30 who smoked heroin in very varied social contexts. Occasionally I was invited to someone's house and in this way became acquainted with a wider circle of friends or sometimes family. I became friends with some of the interviewees and got to know their problems in a very personal way.

2.3 In-depth interviews

On visits to the town I always had a tape-recorder with me, even if sometimes it was not used for weeks. Most young people I asked to interview readily agreed, either immediately or more usually after we had spoken for a while. On the basis of 'theoretical sampling', I looked particularly for people from differing social backgrounds for such interviews. In order to obtain the most authentic records, I tried – at least in the first interview – to ask only 'narrative' questions. Subjective weighting and structuring of individual narrative topics, and generally 'self depiction', were thus made possible. Pharmacological effects of heroin-smoking were discussed, but more especially social experiences, and these with a generally biographical background. As well as individual interviews, a range of organised group discussions was carried out. So, particularly in the period March 94–March 95, a total of 56 hours of conversation were taped with 35 young men and 13 young women. The recordings were transcribed verbatim as far as was possible – although not phonetically accurately – onto around 1,400 pages of typescript. Particular care was taken with the translation from Swiss German to High German so that the characteristic slang would remain. By applying critical, psychoanalytical, methods to the text, an attempt was made to reconstruct, at an individual psychological level of significance, the forms of unconscious subjective benefit which remembered and recounted experiences relating to heroin-smoking could have in specific biographical contexts (6).

2.4 The social and cultural/historical dimension

Even encounters on an individual level with pharmacologically changed states of consciousness are strongly bound to ever-changing cultural patterns of

which one is barely aware. As a comparative preliminary study, the cultural history of dealings with substances that affect consciousness – particularly opiates – was put under the spotlight. Of course, the history of heroin-smoking was also addressed.

Cultural values and norms were recorded in a more specific way using a semantic analysis of slang which must be omitted here. In particular, an attempt was made to establish structural similarities between the mainstream consumer society and the world of the drug users interviewed. At first sight the two worlds seemed quite opposed, but an analysis of the TV evening news and previews of it on the day of the closure of Letten – 13 February 1995 – was particularly revealing. From this vantage point it was also possible to see the political beneficiaries of the drug war which was still raging in Switzerland at the time.

2.5 Quantitative data

When the sociologists Stauffacher and Arnold were engaged at the Zurich Institute for Addiction Research, they evaluated for this study various data on heroin-smoking which had been obtained from therapy-institutions and the police. However, my own representative enquiries of therapy-institutions and cantonal police authorities produced disappointing results. A critical presentation of all these data may be found in the unabridged text of this study.

2.6 Methodological difficulties

A not inconsiderable preliminary task was to present and analyse linguistic concepts in their correct historico-cultural context. Particularly in discussions about drugs, linguistic terms often do not describe social realities, but play a part in forming them. Because of often confusing examples – particularly from medical and political texts – such truisms which have been conveyed by linguistic terminology have to be placed in their cultural and historical context in order to make them accessible to objective discussion. One concept discussed in depth was, for example, the often used 'einsteigen' and 'aussteigen' in the context of drug use.

Fewer difficulties than originally feared were caused by the unbending loyalty, even of social scientists, towards the requirement for total drug abstinence. Nevertheless, it scarcely furthers the cause of scientifically sober objectivity if those carrying out the study may not subject themselves to certain easily accessible experiences – which, after all, form the basis of an investigation – or if discussion of these experiences is frowned upon. Particularly in the eyes of drug users, one would forfeit the right to be

able to assess such experiences properly for the benefit of outsiders. But perhaps even more important is the fact that relevant debate can be critically impeded by a potential ban on the discussion of certain topics. This is how mysteries are created or perpetuated which fascinate many young people, and which cannot be convincingly de-mystified in open discussion.

3. Results

3.1 Correlation of black market availability and the spread/form of heroin use

During the whole of the 80s, the Zurich black market price for a 'street gram' of the average 10–20% pure heroin seems to have remained relatively constant at around SFr 500. At the beginning of the 90s, the price for a single gram of heroin of at least double the above purity fell within a short space of time to SFr 80–SFr 100. Contrary to many frequently voiced statements, the quality of black market heroin was not influenced by the existence – or lack of existence – of an open drugs scene in Zurich; apart from short term fluctuations, one of the most important reasons for this drop in price was the continuing civil war in Afghanistan. The European black market is now largely supplied by cheap base heroin from Afghanistan/Pakistan. From the supply point of view, this was one of the necessary pre-conditions for the spread of heroin-smoking in Europe: heroin had to be available in a relatively cheap and easily smoked form. In the USA, the fall in price was of a similar order. However, the heroin which is sold there on the black market comes chiefly from South-East Asia and is imported as a water soluble salt which can be smoked only with an enormous loss. So it is not surprising that heroin-smoking in the USA is still rare today. It is not clear whether heroin is offered in that chemical form because of demand, or whether it is supply which determines the form of use.

Purely economic models which see a direct connection between price and demand are likely to founder in the light of the following findings: the total number of known heroin users in Switzerland increased dramatically in the 80s from 6,000 to 30,000, despite prohibitively high prices, yet this number has remained at roughly the same level in the years since the price dropped (by at least a factor of 10, if purity is taken into account) (1).

The study deals particularly with the historical significance of the Vietnam war for the worldwide spread of heroin.

3.2 Quantitative figures on heroin-smoking in the Zurich area

By the very nature of the research format, the interviews which were carried out do not lead to any representative-quantitative statements. Nevertheless, a few very rough observations can be made: heroin-smoking, in the form in which it could be observed in the first half of the 90s, was not limited to any class-specific social group of young people. In particular, it could not establish itself as an identifying element of specific youth cultures as was initially feared. As has been mentioned, heroin-smoking was only considered 'cool' for a short period among particular groups of young people. What is more, only in the initial stages did it seem to occur in cliques – young users, particularly addicts, then tended to withdraw quickly into isolation. As far as the risk of social isolation is concerned, the employment and housing statistics for heroin-smokers and intravenous drug users have become largely similar over the years – Stauffacher and Arnold's evaluation also reveals this.

As in other countries, heroin-smoking in Switzerland is not merely a phase in a typical drug 'career' leading to 'fixing'.

3.3 Contradictory forms of the unconscious subjective benefits of social and psychological self-risk through heroin smoking

The pharmacological effects desired by the interviewed youths and young adults were, of course, discussed and noted in detail. But, in this study, those unconscious strategies must be outlined through which the interviewees appeared to gain a psychological benefit even from the often dramatic dark side of their drug use. The forms of these benefits are unexpectedly diverse and seem to consist in stabilising a precarious psychological equilibrium, at least temporarily, and at a high price. The strategies outlined below are present in the behaviour of the individual interviewees in varying degrees: some mechanisms can, at certain times, dominate or be totally absent.

Sabotage instead of active social confrontation

It is intriguing that very few interviewees expressed fundamental criticism of the availability of the social opportunities which they were so effectively jeopardising. The majority of heroin-smokers interviewed would quite consciously prefer to lead a normal, average life. Only a few have the fantasies of rebellion or revolution which were typical of young people in the late 60s who were using hashish or LSD. Most of the interviewees consciously accept – without

fundamental criticism – the professional and personal possibilities which are open to them, but then seem to sabotage them behind their own backs, as 'non-conformist conformists'. The benefit of this unconscious strategy could be that it relieves them of a certain responsibility for themselves: young people may, for example, provoke their expulsion from an apprenticeship, but do not cut it short themselves. In this way they can avoid being actively responsible for decision-making within the possibilities and limitations of their situation.

Bonds with parents

Connected with this sort of sabotage there is a bond to the parents which is often scarcely acknowledged. Perhaps there is an unconscious fantasy of breaking free from the family by breaking the taboo of taking heroin, but in fact young people often make it difficult for themselves to achieve that break from their parents and stay with them, bound in a sort of childish dependency. A diffuse aggression towards their social environment can thus be directed towards their parents, and thereby be partially obviated. Powerlessness is thus transformed into a wounding power: parents are rendered just as powerless and helpless as one feels oneself to be. Young people who use heroin usually remain bound to their parents in this state of childish conflict-ridden dependency, even if the parents throw their children onto the streets. Through this unconscious strategy young people can postpone the risky and painful transition from adolescent to adult. This transition is made all the more difficult because the stigmatising use of heroin makes the external social order into which young people should grow seem increasingly more hostile and unattractive.

Protection from sexuality

Related to problems of adolescence there is another scarcely acknowledged benefit of pharmacological and social isolation through heroin use: in a relatively efficient way it offers protection from dawning sexuality which is always fraught with tension at this age, and which in the case of almost all our interviewees is rendered increasingly insignificant.

Keeping occupied to achieve stability

One initially unexpected and most vehemently disputed benefit is 'the stress of keeping occupied'. At an average street price of about SFR 100/g, a modest habit can just about be financed legally, but it represents a considerable financial burden to which must be added the dangers of being discovered. This forced hectic activity is actually helpful because

of its relentlessness. It gives structure to the day and induces an anti-order which must be respected absolutely in the face of the draconian effects of distressing withdrawal symptoms. Submitting to such a pharmacological regime of terror, however, has one extremely taboo benefit – its absolute power removes the burden of individual freedom and offers stability. The essential daily structure requires so much time and energy that there remains scarcely any room for questions about the meaning of existence. The routine of a day structured by drug use can – perhaps unexpectedly for all concerned – be seen as a way of filling a void. As the tolerance level increases and pharmacological effect of heroin decreases, the unconscious benefit of this form of frantic workaholicism as a strategy for numbing oneself and distracting oneself from deeper problems may well disappear. Beyond a certain point this enforced activity probably leads to something which could be described as 'active boredom'.

Defence against the shame of social failure

Heroin use can also be subjectively considered a sort of scapegoat for individual failure. It is often less injurious to ascribe the non-attainment of goals to the destructive power of drug use than to have to make a lack of personal resources responsible for such failure. The blaming of heroin use can, under certain circumstances, fend off the shame of being in some sense inferior, which is much harder to bear. This defence mechanism possibly protects the user from the feeling of individual worthlessness or threatened personal devaluation in the face of various excessive demands made upon him (7).

The use of hard drugs is now seen as a standardised model of deviant behaviour. Society gives youths and young adults the possibility (and this is not meant cynically) to experience a wide range of psychological and social suffering within a relatively clear social structure. Indeed, a number of the youths and young adults interviewed began using heroin at a time when they were already caught up in massive psychological and social problems. The use of heroin creates a form of reliable anti-order in what is often total chaos.

3.4 Social benefit of a standardised form of deviant behaviour

In a broad sense, drug use in the above mentioned context takes a burden not only from the endangered young people themselves but also from their immediate social environment and from society: Heroin can be cited clearly as an enemy to be fought, and thus the confrontation with more fundamental psychological and social problems is avoided.

ed. Much discussion about drugs can in this way protect existing social order, at least temporarily.

Society's fight against drugs may indeed also function as a 'pool of anxieties' able to collect quite different forms of social anxiety which change with the passage of time. Instances of irrational displacement of anxiety which are often observed in neurotic illness can also have their socio-psychological counterpart. If attempts are made to discuss such mechanisms of 'social production of the unconscious', one must reckon with massive resistance from all concerned, because socio-psychological defence mechanisms – safety valves of a sort – are called into question. This could easily be considered as an attempt at sabotage, dangerously underrating an enemy which should be fought without reservation. In order to avoid misunderstandings, let it be said quite clearly: heroin is an extremely insidious and dangerous drug, particularly for young people who, by their very nature, are psychologically and socially still being formed.

4. Discussion

In the up and down swing of many drug addicts between total relaxation and agitated tension, the public seems hardly to be aware of the maliciously caricatured image of the two-faced framework of their own lives. The instant pharmacological gratification of a desire for release and harmony should be understood just as well as the grim and ruthlessly brutalised procuring of money which seems necessary for the happiness craved. Rather than expressing sympathy towards addicts, society more often suppresses these feelings.

Perhaps the emotionally charged fight against drugs generally diverts attention from what, in the long term, are more important developing tendencies in society's dealings with substances which affect consciousness. Behind the battle lines – behind public perception, as it were, and largely unnoticed – there is, perhaps, the serious development of tackling by pharmacological means those problems which are socio-cultural, and not in the narrow sense medico-psychiatric. Doping, Prozac/Ecstasy and Viagra can be interpreted as symptoms of such a development, and Huxley's (8) horrific vision of a society pharmacologically pacified in a one-dimensional way could sensitise us to this problem.

5. Recommendations

5.1 Recognising heroin-smoking once again

Strangely, heroin-smoking has scarcely been noticed by the general public for several years. The excite-

ment of the 'fix' probably better matches the demands of the media than does unobtrusive smoking. I cannot judge to what extent drug workers in the various sectors took account of the fact that in 1996 – at least in the Zurich area – upwards of 4 out of 10 known heroin users were smoking the drug. Yet I have met heroin smokers in the meantime who would certainly fulfil the criteria for serious addiction and who nevertheless cannot be accepted into the heroin programme because they do not wish to inject the heroin.

It would certainly be useful and, with comparatively modest means, possible, to observe the development of this form of heroin use through a continuous process of secondary data analysis, and to publish the results as they become available. Useful data for this purpose could be found especially in the area of in- and outpatient therapy where, as a matter of routine, questions are asked about the form of use. As far as I am aware, the figures produced two years ago by Stauffacher and Arnold in the Zurich area are the only currently available Swiss figures of any import to this question.

5.2 Noting the change of image of heroin use as a consequence of the medical prescription of opiates

The mantle of rebellion which heroin has symbolically assumed must be considered as a motivating factor for any form of heroin use. In particular, the hero status accorded to a number of rock icons following their deaths in the last 25 years has given heroin a fiendish infamous glamour which still fascinates many young people today. The death of Nirvana singer Kurt Cobain a few years ago illustrates this, as do the films 'Pulp Fiction' and 'Trainspotting'.

The medically supervised prescription of heroin radically changes the framework, at least for those receiving the treatment. An environment which is scrupulously supervised, in terms of both hygiene and social factors, attempts largely to remove the physical and social side-effects of heroin use which are so far-reaching. Meanwhile those who receive heroin become strongly dependent on socio-medical institutions – something which could radically undermine the self image of many heroin users. Instead of the stress of obtaining the drug in the manner of a thrilling game of 'cops and robbers', there is the unexciting subordination to a rigid institutionalised scheme of distribution. Even in the eyes of total outsiders or potentially endangered young people, the image of heroin use would change radically in the middle and long term. The aura of rebellion applied to heroin users as a result of their stigmatising persecution is thus replaced by the image of disenfranchised and socio-medically

supervised invalids. Most significant, however, would be the disappearance of many social 'side-effects' on which those strategies already outlined depend, and which unconsciously promote addiction. Close attention should be paid to the effects of this change of image in various social spheres as a result of medical prescription. Perhaps one of the most important long-term effects of the medical prescription of heroin will not be in the sphere of therapy, but in that of prevention.

6. References

1. Von Aarburg HP. Heroindampfscheibenwirbel. Eine kulturanthropologische und ethnopsychanalytische Studie des Folienrauchens in Zürich zwischen 1990 und 1995. Verlag für Wissenschaft und Bildung (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 19) Berlin, 1998.
2. Estermann J. Sozialepidemiologie des Drogenkonsums. Zu Prävalenz und Inzidenz des Heroin- und Kokaingebrauchs und dessen polizeilicher Verfolgung. Verlag für Wissenschaft und Bildung: Berlin, 1996.
3. Rosenthal G. Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. Campus: Frankfurt/New York, 1995.
4. Erdheim M. Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Eine Einführung in den ethnopsychanalytischen Prozess. Suhrkamp: Frankfurt, 1982.
5. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago 1979 (first publ. 1967).
6. Argelander H. Das Erstinterview in der Psychotherapie. Wissenschaftliche Buchgesellschaft: Darmstadt, 1992 (first publ. 1970).
7. Devereux G. Normal und anormal. Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie. Suhrkamp: Frankfurt, 1982 (French orig. 1970).
8. Wurmser L. Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten. Springer: Berlin/Heidelberg, 1990.
9. Huxley, Aldous (engl.orig. Brave New World, 1932): Schöne Neue Welt. Fischer: Frankfurt, 1994.

Valorisation

1. The full text of this study has been accepted as a doctoral thesis by the University of Fribourg (Dept. of Ethnology).
2. Von Aarburg, Hans-Peter. Heroindampfscheibenwirbel. Eine kulturanthropologische und ethnopsychanalytische Studie des Folienrauchens in Zürich zwischen 1990 und 1995. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, 1998.

Correspondence to:
Hans-Peter von Aarburg
Seminary of Ethnology
Münsterplatz 17
CH-4051 Basle
Switzerland
E-mail: hp.vonaarburg@unibas.ch

Drogenhilfe zwischen Rausch und Nüchternheit. Suchttheorie, Drogenpolitik und Rehabilitationsalltag am Beispiel des Aebi-Hus/Maison Blanche 1974–1999*

Roland Baer, Forschungsstelle für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte der Universität Zürich

Zusammenfassung

1998 lancierte die Leitung der Drogenhilfe Aebi-Hus/Maison Blanche das Projekt einer historischen Rekonstruktion der 25-jährigen Institutionsgeschichte. Aufgezeigt wird das Nach-, Neben-, Mit- und Durcheinander ganz unterschiedlicher Vorstellungen und Praxisansätze innerhalb eines unverwechselbaren und doch auch exemplarischen therapeutischen Mikrokosmos. Die wechselvolle Entwicklung des Aebi-Hus/Maison Blanche kann gelesen werden als Ausdruck eines sozialen und kulturellen Wandels, der die Gesellschaft seit den 70er Jahren insgesamt erfasst hat und in unsere Gegenwart eingemündet ist. Darin wird ersichtlich, dass das «Drogenproblem» und die historischen sowie aktuellen «Lösungsansätze» durch rechtliche Normierung, politische Entscheidungsprozesse, ökonomische Mechanismen und kulturelle Praktiken konstruiert wurden. Der Studie liegt mithin eine sozialwissenschaftliche Sichtweise zugrunde, die fern der klassischen Evaluationsforschung zu Möglichkeiten und Grenzen unterschiedlicher Interventionsansätze, fern aber auch der stereotypen Bilder, die zur Lebenswelt Drogenabhängiger in der massenmedial vermittelten Kommunikation geformt werden, bis anhin noch immer zu wenig Beachtung findet. Neben dem kritischen, erzählenden Nachvollzug der Institutionsgeschichte versteht sich die Untersuchung auch als Medium, das unter Miteinbezug des politischen Konfliktprozesses zum reflektierenden Nachdenken über gesellschaftliche Probleme und Entwicklungsmöglichkeiten anregt. So lassen sich zukünftige Problemwahrnehmungen und die daraus resultierenden suchttheoretischen, drogenpolitischen und therapeutischen Leitlinien nicht nur als Nachvollzug von empirisch validierten Sachzwängen verstehen, sondern als ein offener, in einer öffentlichen Auseinandersetzung zu gestaltender Raum deuten.

Key Words

Treatment of Drug Dependence, Residential Drug-Free Treatment, Drug Rehabilitation, Sociohistorical Research of, Development of

1. Einleitung

Der Konjunkturverlauf von jeweils vorherrschenden Rehabilitationspraktiken ist Hinweis darauf, dass sie das Produkt einer sich wandelnden Definition eines problemgerechten Umgangs mit abweichendem Verhalten, wie es der exzessive Gebrauch verbotener Drogen darstellt, sind. Ohne die individuellen Probleme, die mit dem Gebrauch solcher Stoffe verbunden sein können, negieren zu wollen, gilt es festzuhalten, dass sich die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Suchtphänomenen nicht aus den Eigenschaften dieser Substanzen, sondern erst in der Analyse des Diskurses über «Drogen» selbst herleiten lassen. Darin verständigen wir uns immer auch beispielhaft über normative Ordnungsmuster, über soziale Ordnungsmodelle und gesellschaftliche Integrations- und Ausgrenzungsvorgänge.

Auch im vorliegenden Fall entwickelten, praktizierten und veränderten die Agierenden als Teil der «moralischen Mehrheit» Strategien zur Handhabung des Problemkomplexes Sucht im dialogisch angelegten Spannungsfeld zwischen ihren persönlichen Ambitionen, Wunschvorstellungen und Ängsten einerseits und den zeitgenössischen gesellschaftlichen Strukturen und drogenpolitischen Richtungskämpfen andererseits.

Diese sozialkonstruktivistische Sichtweise ist innerhalb des gegenwärtigen Fach- wie auch des öffentlichen Diskurses wenig präsent. Die *professionels* aus den betreffenden wissenschaftstheoretischen und praktischen Fachgebieten orientieren ihre Argumentation eng am «Tagesgeschäft» und sind mitunter vereinnahmt von den Entwicklungen innerhalb ihrer eigenen Definitionsräume. Das Denken innerhalb der einzelnen Forschungsrichtungen in vernetzten, historischen Kategorien ist nur bedingt Begleitphänomen. Dagegen könnte das Bewusstsein von der Zeitbedingtheit, von der politischen «Modellierbarkeit» von Erklärungsmodellen und Leitbildern Gestaltungsspielräume eröffnen und aus beklagten Dilemmas Auswege aufzeigen. In diesem Sinne soll das Bild der Vergangenheit in der vorgelegten Studie den Möglichkeitssinn der heute Verantwortlichen zusätzlich anregen.

Es kann dabei durchaus als verdienstvoll bewertet werden, dass sich die Leitung des Rehabilitationszentrums Aebi-Hus/Maison Blanche aktiv um die Aufarbeitung ihrer Institutionsgeschichte bemühte. Dies zu einem Zeitpunkt, als die Angebote im Um-

* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 99.000435 an Wolfgang Huber unterstützt.

kreis der abstinenzorientierten, stationären *Suchthilfe* unter anderem unter dem Druck marktwirtschaftlicher Qualitätskriterien immer aggressiver vermarktet wurden und das Lob des therapeutischen Pluralismus in Konkurrenz zu geraten drohte zu der behördlichen Favorisierung von Einrichtungen der ambulanten Hilfsangebote, bis hin zu den aufkommenden kontrollierten Heroinabgabeprogrammen.

Ausgehend vom oben genannten Problembewusstsein und den daraus abgeleiteten Hypothesen stellte der Autor die folgenden Fragen: Unter welchen zeitspezifischen, gesellschaftspolitischen Bedingungen und Voraussetzungen baute sich anfangs der 70er Jahre auch hierzulande ein Handlungsbedarf auf? Wie und weshalb formierte sich anschliessend eine Suchbewegung mit dem Ziel, alternative Modelle für die Behandlung von «Rauschdrogenabhängigen» zur damals gängigen repressiven und therapeutisch-klinischen Praxis zu erarbeiten? Was zeichnete die kommunikativen Austauschbeziehungen über handlungsleitende Normen, über repressive, therapeutisch-präventive oder liberale Lösungsansätze und Vorgehensweisen aus in einem gesellschaftlichen Umfeld, das einem permanenten Begründungszwang unterlag? Aus welchen Selbst- und Fremderfahrungen im Rehabilitationsalltag und im politischen Konfliktprozess wandelte sich das Mischungsverhältnis von Repression, Kontrolle und Kreativität? Und schliesslich – auf das Verstehen der Diskussionen um eine angemessene Drogenpolitik und wirksame Therapieformen als Teil eines eigentlichen Kulturkonflikts abzielend: Aufgrund welcher Begebenheiten veränderten die fremd- oder selbsternannten Experten die Anlage des Zusammenspiels von Autorität und Freiheit?

In der von Beharrungsvermögen und Innovationsdynamik geprägten, gebrochenen Geschichte einer der ältesten Organisationen im Bereich *Drogenhilfe* der Schweiz finden sich Antworten auf diese Fragen zu den Interdependenzen zwischen Drogenwahrnehmung, Suchtphänomenen und gesellschaftlichen Entwicklungstendenzen.

2. Verfahren/Quellen

Die Studie ist in ihrem Anspruch historisch: Sie beruht auf Quellen, die durch obige Fragen gleichsam zum Sprechen gebracht wurden. Das Verfahren ihrer Interpretation ist im weitesten Sinne ein kritisch-hermeneutisches, ein verstehendes, sinngemäss deutendes also, viel mehr als ein erklärendes. Das Erkennen des Teils führt zum Erfassen des Ganzen und umgekehrt.

Das konkrete Quellenmaterial hat sich in den Jahren seit dem Bezug des Maison Blanche in Leubringen/Evilard im Estrich des ehemaligen Sanatoriums ab-

gelagert. Zum umfangreichen Dokumentenmaterial gehört die Korrespondenz mit Ämtern, Trägerschaften und verwandten Institutionen im Bereich der *Drogenhilfe*, gehören interne Protokolle, Personalakten, Konzepte, Anleitungen, Regelwerke, Budgets, Bilanzen und Berichte der Begleitforschung. Daneben finden sich Publikationen, die in der Öffentlichkeit zirkulierten und auf die öffentliche Meinungsbildung und die politische Diskussion einwirkten: Jahresberichte, Werbeunterlagen, Hauszeitungen, Streitschriften und die Abbildung der Institution in Printmedien. Hinzu zu diesen vorab schriftlichen Sedimenten kamen vereinzelt Aussagen und Eindrücke aus Direktbegegnungen mit ehemaligen oder noch immer involvierten Institutionsvertretern und historische Tondokumente von internen Weiterbildungsveranstaltungen.

Im Mai 1998 nahm der Verfasser im Auftrag der Institution die Recherchen vor Ort auf. Das Ziel, zum feierlich begangenen 25-jährigen Bestehen der Organisation im September 1999 diese «Jubelschrift der anderen Art» auflegen zu lassen, konnte erst in der Form eines Manuskripts erreicht werden. Die vollständige Fassung in Buchform samt Vorwort des aktuellen Leiters der Rehabilitation und einem Nachwort eines langjährigen, kritischen Beobachters und Kommentators der Geschehnisse innerhalb des Problembereichs aus sozialwissenschaftlicher Perspektive erschien schliesslich im Mai 2000.

3. Resultate

Im erweiterten Sinne von «Resultaten» kann hier nur ein geraffter Eindruck von den «Ergebnissen» der Studie in Anlehnung an die oben formulierte Fragestellung vermittelt werden. Im Überblick lässt sich die Ereignischronologie der Institution in drei «Phasen» ordnen: in eine Pionierphase (1971–1975), eine Organisationsphase (1975–1982) und in eine Phase der Konsolidierung und des Reagierens auf die neu benannten Herausforderungen (1982–1999).

3.1 Pionierzeiten – das Projekt Aebi-Hus 1971–1975

Diese Geschichte der *Drogenhilfe* beginnt mit einer Invasion. Im Frühling 1971 hielt eine Gruppe «langhaariger und bärtiger, ausgemergelter junger Menschen», wie ein zeitgenössischer Chronist festhielt, Einzug in ein baufälliges Bauernhaus auf dem landwirtschaftlichen Betrieb Fuchsmattbergli bei Eggwil im Emmental. Die Dorfbevölkerung habe sich, so der Bericht weiter, «erschreckt und misstrauisch» mit den drängenden Fragen «Was wollen die hier?», «Wer hat sie geschickt und warum?» und in «Angst vor der Gefährdung der eigenen Kinder» an die Initianten und Begleiter des Unterfangens gewandt.

Der Dorfgeistliche, sekundiert vom kantonalen Vorsteher des Fürsorge- und Gesundheitsamtes und einem Psychiater der Poliklinik Bern – drei Vertreter wichtiger gesellschaftlicher Definitionsmächte mit hin – standen Red und Antwort: Es handle sich bei den Jugendlichen um «Drogenkranke, die hier in gesunder Luft und inmitten gesunder Menschen, wieder zu sich selbst finden sollten». Gemäss ihrem eigenen Selbstverständnis gründeten die Drogenabhängigen eine «Autonomie anstrebende Wohngemeinschaft». Als anlässlich des eiligst einberufenen «Orientierungsabends» dann eines aus der «Herde der verlorenen Schafe» seinen Lebenslauf «in aller Bitternis und Trostlosigkeit schilderte», war das Eis gebrochen und «vor allem die Frauen öffneten ihre Herzen und waren bereit, die Jugendlichen zu akzeptieren und ihnen beizustehen».

So ausführlich wird hier diese Episode aus der Frühzeit wegweisender Vorläufer-Projekte deshalb geschildert, weil sich, wie angekündigt, am dokumentierten Einzelfall Exemplarisches zu den damals vorherrschenden Verständnissen von *Drogenkonsum*, *Drogenkranken* und von *Drogenhilfe* aufzeigen lässt.

Das vermittelte Erscheinungsbild der DrogenkonsumentInnen und die angekündigte Lebensform korrelieren merklich mit den sinnbildhaften Brüchen des sittlichen Kodex, wie sie sich die bewegte 68er Jugend in ihrer «Rebellion gegen das Establishment» vorgenommen hatte. In Opposition zur Konsum- und Freizeitkultur, die in den zwei Jahrzehnten zuvor mit dem raschen Wirtschaftswachstum kapitalistischer Industriegesellschaften immer mehr Wirklichkeit wurde, bemängelte die Bewegung, in diesem Prozess seien Werte wie das Individuelle, Einzigartige, Nichtkäufliche oder Imaginäre verloren gegangen. Teile dieser disparaten, rebellierenden Jugend deuteten den Gebrauch «nonkonformistischer» Drogen denn auch als Schlüssel, mit welchem sich imaginäre Gegenwelten erschliessen liessen, Gegenwelten zu jener Welt kleinkarierter, verklemmter, arbeitswütiger Kleinbürger, die in ihrer ganz eigenen «Sucht» nach Aufstiegsversprechen und Wachstumsraten dem satten Optimismus frönten, soziale Probleme würden sich im Klima sozialstaatlich geschützter eidgenössischer Solidarität in allgemeiner Wohlfahrt auflösen.

Der als dramatisch bezeichnete, angestiegene Konsum psychomimetischer, bewusstseinsweiternder, illegaler Drogen kam einer offenen Provokation gegenüber dem Establishment gleich. Fortschrittsgläubigkeit, Stabilität und Glücksvorstellungen wurden zunehmend konkurrenziert durch die – im oberen Quellenauszug so anschaulich bekundeten – diffusen, kollektiven Bedrohungsgefühle bzgl. der zersetzenden Wirkung der Drogen und der Ängste vor der *Sucht als Seuche*. In dieser Polarisierung zwischen rebellierender Jugend und bürgerlicher

Gesellschaft reagierten die Vertreter letzterer denn auch erst einmal mit repressiven Methoden: Verwahrung der Delinquierenden in Korrekationsanstalten und/oder psychiatrische Kliniken – mit wenig nachhaltigem Erfolg, wie der oben genannte Psychiater und der Dorfgeistliche, der zugleich als Strafanstaltsseelsorger wirkte, aus Erfahrung wussten, und es ihnen mit Grund war, alternative Ansätze zu unterstützen.

Die Logik ihrer Haltung ergibt sich auch daraus, dass sich bis Anfang der 70er Jahre die Problemwahrnehmung noch in eine weitere Richtung differenziert hatte. Die massenmediale, stereotype Repräsentation des spektakulär inszenierten «Ausstiegs» der 68er Protestbewegung gipfelte in der Darstellung der «Drogensüchtigen» als abschreckendes Mahnmal für das physisch-psychisch ruinöse Scheitern beim Versuch, sich der kritisierten Leistungsgesellschaft mit den gewählten Mitteln zu entziehen. Als Begleiteffekt ist dabei auch zu beobachten, dass in jener Zeit das Bild von der «bedrohlichen Jugend» vom Topos der «bedrohten Jugend» überlagert wurde. Damit war eine wichtige Voraussetzung geschaffen für das zukünftige Neben- Mit- und Ineinander von repressiv-autoritären und präventiv-therapeutischen Methoden zur Problembewältigung – nicht zuletzt auch für die spätere Teilrevision des Betäubungsmittelgesetzes. Der Drogenabhängige erschien nicht einzig als Täter, als Krimineller, sondern auch als Gestrauchelter, als Opfer, als Kranker – oder eben als Verirrter, dem die Gesunden halfen, zurück «zu sich selbst zu finden».

Die *Drogenhelfer* der ersten Generation stationärer Therapiezentren verstanden ihre Arbeit noch durchaus in einem oppositionellen Sinne und blieben zumindest ideell in kritischer Distanz zum Staat und den etablierten Autoritäten. So auch jene im Aebihus in Brüttelen, wo ab November 1974 «Hilfe zur Selbsthilfe» im *basisdemokratischen Modell* unter der programmatischen Bezeichnung *Release* erprobt wurde. Unter dem Eindruck sozialpsychiatrischer Konzepte, hervorgegangen aus der Psychiatriereformbewegung der frühen 60er Jahre, gedachten die Akteure mittels der wieder entdeckten «heilenden Kraft der Gruppe» der beklagten Vereinzelung entgegenzuwirken. Die Idee, den Drogenabhängigen ein fortan abstinentes, geordnetes Leben in Arbeit zu ermöglichen, erwies sich jedoch schon nach wenigen Monaten als wenig kongruent mit den Ambitionen der Initianten und Förderer und ihrer Idee davon, wie man Menschen zu ihrem Glück verhelfen kann. Der erlebte Alltag in der Lebensgemeinschaft mit seinen Abstinenzzuwiderhandlungen, der mangelhaften Solidarität und der Ungelehrigkeit unterlief die ihr zugrunde liegende Erlösungsideologie.

Das Aus für diese «Experimentierphase» resultierte für die Verantwortlichen in der – angesichts der an-

gekündigten Intention – erstaunlichen Gewissheit, dass die Persönlichkeitsstruktur des Süchtigen wie folgt zu konturieren sei: er hintergeht, intrigiert, will enger, autoritärer geführt sein.

3.2 Organisationsphase – das Aebi-Hus-Modell 1975–1982

Die intensive Umschau nach einem aussichtsreichen, handlungsleitenden Deutungsmuster, nach einem praxiserprobten Vorbild wies erneut in internationale Gefilde und führte zu folgenden Vorgaben: Fortan sollte es bei der *Drogenhilfe* im Aebi-Hus nicht darum gehen, die gesellschaftliche Mitverantwortung am Leid des Abhängigen mittels Schaffung veränderter, oppositionell-liberaler Rahmenbedingungen wahrzunehmen, sondern – im Sinne einer «Nacherziehung» – beim nun *eigenverantwortlichen* Betroffenen das angelernte Verhaltensmuster zu durchbrechen. Für die veränderte Organisationsform hiess dies konkret: Entmündigung des Kollektivs, Hierarchisierung der Betriebsstruktur und Einsetzung eines ausgeklügelten Systems von Privilegienvergabe und Strafmassnahmen. Die «Lebensgemeinschaft» sollte nun neu ein «modifiziertes Abbild der Gesellschaft» mit der Grundwerteverankerung «Arbeit, Gehorsam, Ordnung und Kontrolle» sein. Die Lebenswelt der *Aebianer* und *Aebianerinnen* war geprägt durch den straff organisierten, produktionsorientierten Arbeitsalltag und das «Game» – ein mitunter schauprozesshaft anmutendes, konfrontatives Gruppengespräch, in welchem die Teilnehmenden mit wenig zimperlich geführten verbalen Attacken und Provokationen zur Einsicht in die eigenen Unzulänglichkeiten, Fehlentwicklungen und -verhaltensweisen gebracht werden sollten. Von den einen zum Pionier, zum Hoffnungsträger und Vorzeigemodell stilisiert, galt dieses repressiv-autoritäre, am US-amerikanischen Ideen-Praxis-Konglomerat «Synanon» orientierte Ordnungsmodell anderen als Beispiel für eine fehlgeleitete Drogenpolitik.

Ansichtig wird in *diesem* Aebi-Hus-Typ, wie blockiert die drogenpolitische Diskussion damals als Folge des neuen schweizerischen Betäubungsmittelgesetzes von 1975 mit der Gegenüberstellung von Strafrecht versus Prävention war. In der engen Zusammenarbeit mit den Justizbehörden und den zahlreichen richterlichen Überweisungen zeigt sich, dass sich die Leitung in ein Abhängigkeitsverhältnis, in eine *unheilige Allianz* begeben hatte, welche die Drogenabhängigen reihenweise vor die Alternative stellte: Strafanstalt oder Radikaltherapie.

Im so offensichtlichen Bruch mit den liberalen, demokratischen Ideen der «Experimentierphase» spiegelt sich zudem das auf Mitte der 70er Jahre zu datierende Ende der «bewegten Dekade». Seit der «Erdölkrise» 1973 und dem nachhaltigen Konjunk-

tureinbruch 1974/75 hatten es innovative Kräfte ganz allgemein schwerer. Die Machbarkeits- und Planungseuphorie wurde nun vermehrt von einem negativ besetzten Verständnis von «Fortschritt» verdrängt. Und in der bereitwilligen Annäherung an die etablierten gesellschaftlichen Kräfte kann durchaus eine Abart jenes «Marschs durch die Institutionen» gesehen werden, wie ihn damals eine Vielzahl von einst rebellierenden 68ern beschritt.

Die hohe Akzeptanz bei Behörden, eine insgesamt positive Abbildung in den Massenmedien («Das Haus der letzten Hoffnung») und die steigenden Belegungszahlen führten dazu, dass die Verantwortlichen zwischenzeitlich das Aebi-Hus-Modell als «Vorschlag einer Gesamt-Konzeption zur Lösung des Drogenproblems» propagierten, bestehend aus einer ganzen Reihe miteinander lose vernetzter Zentren und ihren Hundertschaften von zu Rehabilitierenden.

Nach der bis 1977 anhaltenden Expansionsphase mitsamt der Eröffnung eines Parallelbetriebs in der Maison Blanche, dem heutigen Sitz der Institution, kulminierten verschiedene innere und äussere Entwicklungen in einer eigentlichen Krise der Organisation. Das schnelle Wachstum machte rationalisierte Verwaltungsformen erforderlich und brachte die Frage auf, wieviel innere Hierarchisierung die Leitfiguren der Gründergeneration, mit ihren teils unterschiedlichen Auslegungen von Betriebskonzepten, vertrugen. Ein medial breit rezipierter Machtkampf um die weitere strukturelle aber auch ideologische Ausrichtung kratzte am Vorzeigemodell und irritierte die Zuweisungs- und Finanzierungspartner. Budget- und Belegungszahlen gerieten ins Strudeln. Neben der zunehmenden Konkurrenz zwischen den beiden Betrieben bekam die Institution als Ganzes im weiteren die Konkurrenz des nun rasch expandierenden drogentherapeutisch-präventiven Sektors zu spüren. Nach dem Zusammenbruch des kollektiven Optimismus ermöglichte ein nüchterner Pragmatismus und die partielle Lockerung der Repression bei steigender Zahl von Verzeigungen wegen Konsums von Betäubungsmitteln neue Spielräume für alternative Ansätze. Bestandteil der unmerklichen Annäherung von Modellen mit arbeitsteiligen, entlang von professionellem Sachverstand und spezifischer Aufgabenzuteilung hierarchisierten Strukturen an die etablierten staatlichen Instanzen war die finanzielle Abhängigkeit über den Bezug von Subventionen. Feindseligkeiten zwischen den Empfängern prägten zunehmend den Kampf um die beschränkten Mittel. Die mittlerweile konstant hohe Konfliktgeladenheit der Drogenpolitik resultierte in immer härter geführten Expertendisputen in der politischen Arena und in immer grösserer Unübersichtlichkeit der Hilfsangebote mit ihren immer komplexeren Strukturen. Diese Entwicklungen wirkten dahin gehend, dass Pioniereinrichtungen wie

das Aebi-Hus an Symbolwert einbüssten. In dieser heiklen Phase setzten die Verantwortlichen auf Tradition und Redimensionierung. Die organisatorische Verfestigung und konzeptionelle Verhärtung des autoritären Ordnungsmodells und die Beschränkung auf den Standort Leubringen waren die Folgen. Auf Kritik an den rüden Therapiemethoden reagierte die Leitung mit obligatorischen internen Lehrgängen in «Game-Theorie» für die BetreuerInnen. Und als sich die Gründergeneration anfangs der 80er Jahre schrittweise absetzte, griff sie bei der Nachfolgeregelung auf langjährig-bewährte MitarbeiterInnen zurück.

3.3 Konsolidierung und neue Herausforderungen 1982–1999

Die Bemühungen, den ideellen und materiellen Status Quo zu sichern, entsprechen der Beobachtung, dass noch zu Beginn der 80er Jahre auch die zunehmende Beforschung der Zentren kaum innovative Erklärungsmuster (Dauerbrenner: Sucht-Flucht-Paradigma) oder kreative Neuarrangements zwischen Repression und Liberalisierung für die Therapie hervorbrachte. Während jedoch die Skepsis gegenüber stationären Langzeittherapien stieg und der Trend zu einer Angleichung von extremen Ansätzen anhielt, sah sich auch die Leitung des Aebi-Hus zu Anpassungsleistungen gedrängt. Die therapeutische Aktivität wurde von der Grossgruppe in kleinere, themenorientierte Bezugsgruppen verlagert. Das «Herzstück» des Modells – das «Game» – erfuhr erstmals eine leichte Abwertung gegenüber der sozialpädagogischen Gruppenarbeit, in der statt ritualhaft konfrontativ nun «subtiler, differenzierter» auf die AebianerInnen eingewirkt werden sollte.

Mit der wahrgenommenen Verschärfung der Drogenproblematik (im Zuge auch der Skandalisierung der Zustände in den medialen Zerrbildern) und dem Bedeutungszuwachs der Städte stieg die Nachfrage nach präventiven und therapeutischen Dienstleistungen. Und als Mitte der 80er Jahre Begleiter-scheinungen des exzessiven Drogenkonsums und der anhaltend repressiven Massnahmen (Spritzentausch, Promisquität, Beschaffungprostitution) zusammen gedacht wurden mit der Zunahme von HIV-Infektionen und der Idee von einem epidemischen Befall des «Gesellschaftsganzen» schien gewissermassen die Zeit für einen nachhaltigeren Paradigmenwechsel reif. Im Kleinen länger schon laufende Methadonprogramme fanden breitere Akzeptanz, institutionelle Neuerungen wie «Fixerräume», Kontakt- und Anlaufstellen, Spritzenabgaben, Notschlafstellen, Gassenküchen, ergänzten nun schrittweise die ambulanten Angebote. Die im Fachdiskurs kursierenden Begriffe von der «Schadensbegrenzung», von «Überlebenshilfe» und der Differenzierung von «Ergebnisbereichen» fanden

sich bald schon in den Publikationen zu drogenpolitischen Wegleitungen des BAG wieder.

Parallel zu diesen graduellen Liberalisierungstendenzen der gesamtschweizerischen Drogenpolitik Ende der 80er deutete sich auch im Aebi-Hus eine Abkehr von noch immer entmündigend-autoritären Aspekten des Konzepts an. Die 1988 eingesetzte neue Leitung der Rehabilitation bekundete anders als noch die Vorgänger keine Berührungängste zum Therapiepluralismus, bezeichnete die Idee von einer «suchtfreien Gesellschaft» als Utopie und lancierte eine eigentliche Auffächerung und Flexibilisierung des Programms – immer im Rahmen der Vorgaben einer stationären, abstinentenorientierten Institution, die weiterhin am Dogma vom unbefriedigenden, entmündigten Leben mit Drogen festhielt. Es kam zu innovativen, prozessorientierteren Neuarrangements mit den Bezeichnungen «Wohngruppenmodell», «Frauenwohngruppe» und zu einer Ausdehnung des Nachbetreuungsangebots, ganz gemäss dem Verständnis von Drogenhilfe als ständigem statt nur transitorischem Begleiter. Die Verantwortlichen bauten das Bildungsangebot für die *AebianerInnen* aus und entsprechend der allgemeinen Tendenz forcierte man die Professionalisierung der Drogenarbeit u. a. mittels institutionalisierter Öffnung und Erweiterung des Reflexions- und Weiterbildungsangebots beim Personal.

Während die Schweiz durch die Substitutionsbehandlungen mit Methadon und Heroin eine internationale Pionierrolle übernahm und sich die Situation in den «Drogenszenen» im Zuge der graduellen Liberalisierung in der zweiten Hälfte der 90er Jahre merklich verbesserte (Reduktion der Anzahl Neuinfektionen, der HeroinkonsumentInnen und der sog. Drogentoten), zeichnete sich in der Politik ein pragmatischer Realismus mehr und mehr ab. *Leistungserfassung*, *Qualitätssicherung* und *Kompetenzsteigerung* galten nun auch in Leubringen als neue Schlüsselwörter. Wobei sich die Situation für das Aebi-Hus wie für viele stationäre Drogentherapie-Einrichtungen und Rehabilitationsstationen auf dem erweiterten Therapiemarkt verschärfte. Es mutet paradox an, dass auch nach Beendigung eines aufwändigen Erneuerungs- und Renovationsprojekts der Liegenschaften 1999 die Institution noch immer um befriedigende Belegungszahlen und ein passendes Finanzierungssicherungsmodell kämpft. Diese neuste Entwicklung erstaunt denn auch nicht weiter, angesichts der zunehmend verbreiteten Einsicht, dass eine Gesellschaft mit Drogen zu leben imstande ist, ohne die KonsumentInnen in globo zu kriminalisieren und sie ausweglos dem Rückgriff auf gemeingefährliche, verunreinigte Stoffe zu überlassen.

4. Ausblick

So hat sich denn im letzten Abschnitt bestätigt, dass auch das Rehabilitationszentrum Aebi-Hus in seiner gegenwärtigen Situation eines von einer ganzen Reihe – immer nur vorläufiger – Produkte der aktuellen Problemwahrnehmung ist. Seine weitere Entwicklung wird u. a. davon abhängen, ob die Leitung sich weiter zu distanzieren vermag von der Eigenmotivation durch die – aus historischer Sicht – einengende Dämonisierung der Drogen; ob die Gelegenheit wahrgenommen werden kann, sich von der Abhängigkeit seines Hilfsangebots von der Kriminalisierung zu emanzipieren; ob es intensiver noch zur Umlagerung der eingesetzten Ressourcen von repressiv-kriminalisierenden Massnahmen zu präventiv-therapeutischen Ansätzen kommt; und – in Anlehnung an den eingangs angedeuteten Nutzen dieser Studie –, ob der Blick über das drogenpolitische «Tagesgeschäft» hinaus in einen erweiterten Urteils-horizont reicht. Wie ebenfalls einleitend angekündigt, soll mit diesen spekulativen Überlegungen zum Schluss durchaus der Möglichkeitssinn breiterer Kreise von Verantwortlichen angeregt werden.

5. Literaturliste

1. Aebersold P. Drogenhilfe im Wandel. In: Drogalkohol 1986;2:121–135.
2. Eisler M. Drogenpolitik als politischer Konfliktprozess. In: Böker W und Nelles J (Hg.). Drogenpolitik wohin? Sachverhalte, Entwicklungen, Handlungsvorschläge. Haupt-Verlag Bern/Stuttgart 1991:85–100.
3. Mäder F. Zorn und Zärtlichkeit. Eine Ideengeschichte der Suchtprävention. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne, 2000.
4. Renggli R, Tanner J. Das Drogenproblem. Geschichte, Erfahrungen, Therapiekonzepte. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 1994.
5. Schwoon DR, Krausz M (Hg.). Suchtkranke, die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Enke-Verlag Stuttgart, 1990.
6. Tanner J. Drogenpolitik, Therapeutische Gesellschaft und kriminelle Karriere. In: Drogalkohol 1990;14:159–170.
7. Tanner J. Rauschgift und Geschwindigkeitsrausch. Zur Dialektik von individueller Selbstbeherrschung und kollektiver Rauscherfahrung in der modernen Gesellschaft. In: Kulturmagazin 1992;94:10–14.

8. Tanner J. Vom schwierigen Umgang mit Drogen in der Konsumgesellschaft. Die Rehabilitationszentren Aebi-Hus/Maison Blanche im Kontext der schweizerischen Gesellschaftsentwicklung. In: Baer R. Drogenhilfe zwischen Rausch und Nüchternheit. Suchttheorie, Drogenpolitik und Rehabilitationsalltag am Beispiel des Aebi-Hus/Maison Blanche 1974–1999. Bern, Peter Lang, 2000.
9. Uchtenhagen A. Wertewandel in der Drogen-therapie. Referat am Symposium der Fachklinik Eiterbach. Heidelberg, 12.–14. Mai 1993.
10. Vogt I. Abhängigkeit und Sucht: Anmerkungen zum Menschenbild in Suchttheorien. In: Drogalkohol 1990;14:140–148.
11. Zimmer-Höfler D. Die Entwicklung therapeutischer Konzepte in therapeutischen Gemeinschaften für Heroinabhängige. In: Thommen D (Hg.). Drogenproblematik im Wandel. ISPA-Press, Lausanne, 1988.

6. Valorisierung

Baer R. Drogenhilfe zwischen Rausch und Nüchternheit. Suchttheorie, Drogenpolitik und Rehabilitationsalltag am Beispiel des Aebi-Hus/Maison Blanche 1974–1999. Bern, Peter Lang, 2000.

Korrespondenzadresse:
Roland Baer
Engischviertelstrasse 32
CH-8032 Zürich
Tel.: +41 (0)1-261 05 51
E-mail: ro.baer@bluewin.ch

Maîtriser la toxicodépendance? Analyse comparative de deux formes d'autogestion de la consommation. Potentialités, limites, réponses institutionnelles*

Marc-Henry Soulet, Kerralie Oeuvray, Maria Caiata Zufferey, Chaire de Travail Social, Université de Fribourg

Résumé

Une partie non négligeable, mais difficilement chiffrable, des personnes en traitement de méthadone continue à consommer régulièrement des drogues dures sans que cette poursuite de consommation ne mette en question la satisfaction quasi unanime à l'égard de ces traitements de substitution: meilleure santé, diminution des délits, inscription dans un cadre structurant... À cette population s'ajoutent toutes les personnes qui consomment des drogues dures de façon occasionnelle ou récréative parallèlement à une inscription conventionnelle dans la vie professionnelle et sociale. Sans vouloir faire l'apologie ni cautionner une telle pratique, ces constats nous ont invité à comprendre la manière dont certaines personnes parviennent à gérer leur consommation de drogues dures en développant un usage qui n'est apparemment plus problématique. Une quarantaine de personnes appartenant à l'un ou l'autre des deux groupes ont pu être interviewées au sujet des implications de leur consommation sur leur mode de vie et plus particulièrement sur leur vie sociale, familiale, relationnelle et professionnelle. Parallèlement, des responsables politiques et professionnels de la Suisse romande et du Tessin ont été consultés afin d'estimer leur perception de la gestion maîtrisée de la consommation de produits prohibés et de savoir comment en tenir compte dans les offres institutionnelles au cas où cela s'avérerait souhaitable. De plus, un groupe d'experts composé de personnes suivant un traitement de méthadone a été constitué pour préparer les thèmes des discussions ainsi que pour apprécier la plausibilité des conclusions de la recherche.

Loin d'être totale ou de ne pas être, loin d'être unique dans son essence et dans ses modalités, la «conduite de gestion» est plurielle. Il existe toute une gamme de formes de gestion, allant de la plus incertaine à la plus assurée, allant d'une gestion de transition, ascendante ou descendante à une gestion installée, allant d'une zone minimale de gestion à une zone optimale de gestion. Cette pluralité des formes de gestion conduit d'ailleurs à préférer le terme de système gestionnaire à celui de gestion, pour mieux rendre compte du fait qu'il s'agit d'un construit articulant des registres et des compétences variées, différemment agencés dans chacun des systèmes concrets de gestion. En même temps, la compréhension de la complexité du système gestionnaire permet d'envisager les fondements des interventions visant notamment à renforcer les compétences constituant les pratiques gestionnaires.

1. Introduction

Plusieurs recherches menées dans les dernières années (OFSP 1995; Gerstein 1992) laissent entrevoir l'existence de personnes dans les traitements de méthadone qui poursuivent tout de même leur consommation de produits prohibés, sans qu'elles ne le vivent de façon nécessairement problématique et malgré les tentatives des professionnels psychosociaux de les motiver à éviter les «rechutes». À cette population, que l'on pourrait définir comme une population qui «gère» son usage de produits prohibés, s'ajoutent aussi toutes les personnes, invisibles socialement, qui maîtrisent leur consommation sans nécessairement bénéficier de traitements de substitution.

L'existence d'individus qui essaient, avec plus ou moins de succès, de gérer leur consommation pose la question de la compréhension de cette conduite. La «conduite de gestion» n'est en général pas étudiée pour des raisons pratiques et théoriques. D'une part, la prohibition de la consommation fait que cette population est cachée, donc difficilement atteignable. D'autre part, ladite conduite de gestion de la consommation du produit n'est pas admise d'un point de vue théorique. En effet, si la personne se trouve dans un cadre institutionnel, le fait qu'elle continue à consommer des produits prohibés est considéré comme une rechute. En outre, si la personne se trouve hors du réseau institutionnel, on a tendance à considérer cette consommation occasionnelle comme une étape de la trajectoire descendante du toxicomane.

Key Words

Drug Control,
Recreational Use,
Integration,
Lifestyles,
Treatment Programs,
Identities,
Professional Intervention,
Strategies,
Substitution Program

* Ce projet a été soutenu par le contrat de recherche n° 8073 de l'Office fédéral de la santé publique.

Cette recherche a abandonné une analyse en termes de rechutes ou d'étapes. Le postulat de départ était de considérer cette forme d'usage de drogue comme une sorte de gestion de la consommation du produit prohibé, une gestion qui peut s'avérer plus ou moins aisée, qui peut présenter des limites, mais qui, du moment qu'elle est stable, demande à être interrogée.

Les objectifs de la recherche ont donc été de deux ordres:

- un premier groupe d'objectifs était constitué de la description et de la compréhension du mode de vie des personnes concernées. Il a fallu identifier les éléments qui produisent une influence sur cette capacité de gestion en la rendant plus ou moins aisée. Nous avons en particulier analysé les supports médicamenteux, familiaux, sociaux, institutionnels d'une telle gestion et la façon dont la personne les utilise. Les limites et les difficultés de cette pratique ont été aussi mises en évidence, afin d'en dégager les implications sur la vie sociale, familiale, relationnelle et professionnelle des personnes consommatrices;
- un deuxième niveau d'objectifs visait à dégager les applications pratiques possibles qui découlent de la compréhension de ce mode de vie. D'une part il s'agissait de distinguer les éléments des stratégies de gestion qui pourraient être intégrés dans les offres institutionnelles actuelles. Ceci dans le but en premier lieu de renforcer les capacités de gestion, ensuite de favoriser l'apparition de conditions positives en mesure de rendre plus accessible et confortable le passage à un autre type éventuel de rapport au produit caractérisé par l'abstinence. D'autre part, il s'agissait d'évaluer comment les intervenants et les décideurs politiques pouvaient accueillir la notion de stratégies de gestion et comment ils pourraient envisager de les intégrer dans les offres institutionnelles.

2. Déroulement de l'étude/Méthode

2.1 Consommateurs

Cette recherche se fonde sur une approche qualitative. Nous avons fait les entretiens en deux vagues principales: d'une part auprès de personnes qui combinaient une consommation prohibée avec une prise de produit de substitution (méthadone) et, d'autre part, auprès de ceux qui en consommaient de manière créative. Le critère définissant l'auto-gestion du produit prohibé était constitué par l'auto-définition. Toutefois, afin de prendre en considération des situations stables, l'auto-définition de sa propre pratique comme non problématique devait durer au minimum une année.

- Le premier groupe (20 interviewés) était constitué de personnes suivant un programme de substitution (méthadone) depuis au moins trois ans (distanciation d'une consommation incontrôlée) et qui consomment de l'héroïne et/ou de la cocaïne parallèlement. Quant au type de programme de méthadone, toutes les formes en vigueur, celles pratiquées dans les services spécialisés, ainsi que les prescriptions ou distributions par des médecins et/ou des pharmacies ont été prises en compte. Enfin, dans le but d'intégrer les divers modes de vie à leur contexte cantonal, les participants ont été recrutés dans plusieurs cantons romands.
- Le deuxième groupe (20 interviewés) rassemblait des consommateurs expérimentés qui considéraient leur usage de produits prohibés comme récréationnel depuis au moins une année. S'agissant d'une population cachée, plusieurs stratégies ont été nécessaires pour la repérer: l'usage des réseaux connus grâce aux recherches précédentes (Caiata 1996) ou en cours; l'application de la technique de l'effet boule de neige; l'utilisation d'interlocuteurs privilégiés; le contact avec des organisations d'auto-soutien de consommateurs de drogue ainsi qu'avec des centres ouverts; l'approche d'anciens clients ou patients d'institutions; la prise de contact à travers la médiation de médecins généralistes, psychiatres et psychothérapeutes; la publication d'annonces dans la presse. Toutes les personnes ainsi trouvées provenaient des cantons francophones ainsi que du Tessin.

Outre l'entretien qualitatif, des questionnaires standardisés ont été aussi soumis à ces personnes, afin de situer la population étudiée à l'intérieur du panorama des consommateurs et dans un souci de comparabilité avec d'autres recherches.

2.2 Experts, professionnels et décideurs

Parallèlement à l'enquête auprès des consommateurs, des séances collectives ont été réalisées avec des professionnels et des décideurs (30 personnes) reliés à différents niveaux à la problématique de la toxicodépendance et prêts à assumer un rôle de consultant. Ces groupes multidisciplinaires ont examiné les résultats de l'analyse au fur et à mesure de l'avancement de la recherche, contribuant ainsi à la clarification des concepts centraux et suggérant des thèmes à aborder avec les interviewés. De plus, nous avons, aux différents moments critiques de la recherche, sollicité l'opinion d'un groupe d'usagers, qualifiés d'experts. La participation importante de ces différents groupes illustre l'interaction étroite entre analyse et pertinence et représente l'une des principales caractéristiques du processus de recherche adopté.

3. Résultats

3.1 Comprendre la conduite de gestion

L'examen des modes de vie des consommateurs enquêtés révèle une absence de traits significatifs communs à ceux-ci. La drogue, en tant que ligne biographique, occupe concrètement une place variable et affecte différemment le mode de vie global des «consommateurs gestionnaires». Le seul aspect qui les réunisse est finalement la consommation de drogue. Mais les caractéristiques de cette consommation sont si dissemblables d'un individu à l'autre que la seule caractéristique globale qui émerge est celle de l'éclatement des pratiques. Le regard se pose alors sur les pratiques de gestion elles-mêmes et plus particulièrement sur ce qui peut les spécifier. Trois ensembles, complémentaires, de modalités de gestion peuvent en fait être identifiés.

– *Des modalités pratiques*: la consommation de drogues dures renvoie à une conduite à risque tant au plan sanitaire, social, judiciaire que financier. Aussi le consommateur gestionnaire doit-il, pour perpétuer une telle forme de consommation, développer une série de conduites pratiques pour limiter au maximum les conséquences du maintien de sa consommation. Les consommateurs interviewés mettent en place une série de règles de consommation et essaient de les suivre scrupuleusement. Ces règles constituent des limites évidentes à ne pas franchir et définissent de manière non équivoque le rapport de l'individu au produit. Le consommateur gestionnaire parvient à développer ces conduites grâce à un apprentissage construit plutôt sur l'expérience personnelle que sur des formes objectivées de transmission d'un savoir codifié. Autrement dit, en l'absence des connaissances «officielles» et accessibles, chaque consommateur devait élaborer «sa» recette de gestionnaire.

– *Des modalités cadres*: la drogue a, pour tous les consommateurs sollicités, une place précise et délimitée dans leur mode de vie. Ceux-ci attribuent un sens circonscrit à leur usage de stupéfiants et limitent leur consommation à des conditions spécifiques. L'existence de ces conditions donne un cadre à l'usage de la drogue et l'inscrit à l'intérieur d'un mode de vie plus élargi, non réduit donc à la seule consommation. L'usage géré de la drogue renvoie à un rituel, au sens de conditions spécifiques nécessaires à la consommation. Le cadre n'explique pas toute la consommation, mais en délimite l'expérience et en balise les formes d'expression. En dehors du cadre considéré comme approprié pour la consommation, le consommateur ne pense pas à consommer, il n'imagine même pas pouvoir consommer, car la consommation n'aurait plus de sens.

– *Des modalités symboliques*: La gestion est plus qu'une série de techniques mises en place pour diminuer les conséquences d'une pratique socialement et physiquement dangereuse. Gérer ce n'est pas seulement faire attention à la quantité ou à la qualité du produit. Gérer caractérise un mode de vie spécifique dans lequel la consommation occupe une place sensée. Gérer sa consommation revient alors à dégager une logique d'action fournissant un principe unificateur capable de produire une unité de sens à l'intérieur du mode de vie, une unité de sens dans le temps et dans l'espace. Cette économie symbolique confère une signification globale aux différentes lignes biographiques du consommateur et donne une raison d'être au maintien de la consommation, autorisant ainsi une projection dans le futur.

3.2 Expliquer la gestion

Quelle qu'en soit la forme, d'une manière ou d'une autre, gérer suppose l'articulation de diverses composantes. Gérer, c'est en ce sens construire un système d'action et de sens dans lequel les conduites et significations s'articulent en un ensemble composite. Si l'ensemble composite n'est pas en l'occurrence idéal, il permet néanmoins la poursuite des engagements dans une sécurité formelle et une sécurité ontologique relatives. En ce sens, donc, la gestion, relevant comme elle le fait de l'expérience, exige de l'individu un statut d'acteur. Car l'absence de principe unificateur et de lieu de convergence le contraint à agir. La gestion sera alors le produit d'une réflexion critique sur sa propre activité afin de produire des formes d'articulation entre ces logiques hétérogènes. Mais, quoique contextualisées, ces formes seront spécifiques et personnalisées.

Quatre logiques, distinctes mais en interaction constante, ont ainsi été identifiées comme base de la gestion. Chacune d'entre elles est associée à des conduites, des connaissances et des compétences qui lui sont propres. La présence de chaque logique est nécessaire et aucune n'est suffisante pour pouvoir élaborer des conduites de gestion efficaces, sensées et cohérentes.

– *Une logique du métier*: savoir concrètement utiliser la drogue de façon à minimiser les risques sanitaires et sociaux qu'engendre sa consommation;

– *Une logique du sens*: penser sa consommation afin d'établir avec la drogue un rapport non tourmenté, notamment par l'élaboration d'un sens positif à sa pratique consommatoire;

- *Une logique des valeurs*: être capable d’adhérer à d’autres valeurs et de poursuivre d’autres intérêts en dehors de la consommation;
- *Une logique de l’adaptation*: savoir agir en tenant compte des situations qui se présentent, résoudre des problèmes imprévus, trouver des solutions, et ceci sur la base des connaissances détenues (dimension de l’expertise), du sens attribué au produit (dimension symbolique), des valeurs partagées (dimension axiologique).

Ces logiques sont en interaction continue et forment un véritable système d’action qui, seul, rend possible la gestion de la consommation. Plus que de gestion au singulier, il convient de parler de gestions au pluriel. Il n’existe pas de formes parfaites, mais davantage une série de combinaisons pragmatiques de compétences relevant de logiques hétéronomes mais formant système. D’une certaine manière, c’est la configuration du système qui rend possible ou non la gestion. La zone de gestion rejoint son niveau optimal quand les différentes compétences des quatre logiques sont acquises: le consommateur garde un rapport de distanciation envers le produit (réflexivité), il adhère aux valeurs conventionnelles (axiologique), il s’est approprié les compétences du consommateur (métier), il a une grande flexibilité stratégique (adaptation). À l’autre extrémité, on retrouve une gestion minimale, illustrative du stade d’acquisition le plus bas. Dans ce cas, l’individu perçoit son usage comme non problématique principalement parce qu’il le compare à une consommation précédente totalement chaotique et compulsive. La gestion est ainsi un processus complexe, dynamique et précaire. Paradoxalement, c’est probablement dans la nécessité de devoir produire pratiquement une articulation formellement impossible que se joue au plus près la capacité de gestion. C’est, en effet, dans la position intenable de devoir composer une combinaison de termes hétéronomes que se tient la force, certes fragile, mais toujours en exercice, de la gestion.

3.3 Penser la gestion

L’existence et la concrétisation de la gestion de la consommation de drogues dures supposent la présence de conditions minimales: sans elles, la gestion ne serait pas pensable.

- *Une rupture d’évidence*: le cœur de la gestion se love dans la reconnaissance du caractère problématique de la consommation et dans l’entretien, régulièrement étayé, du rapport problématique au produit. Ce travail de problématisation suppose la déconstruction de l’expérience antérieure et une interrogation de sa signification sur une lecture souvent en termes de rapport intérêt sur effort au-

tant symboliques que pratiques. Cette logique appréciative suppose la référence à un autre système de normes et de valeurs que celui antérieurement en vigueur et, donc, un travail de mise en comparaison entre le mode de vie actuel et un mode de vie servant de référence, bien souvent construit à partir de ses propres interprétations de la conventionnalité.

- *Une accessibilité singulière*: cette interrogation critique sur le sens de la consommation provoque une rupture dans un rapport routinier au monde qui enclenche un travail sur soi et sur son environnement. Cela impose alors, pour le consommateur, de focaliser l’attention soutenue qu’il se porte à soi-même sur les potentialités et les aspects intacts de son intégrité. Ainsi, la logique d’accommodation, consistant à «poursuivre le mouvement» de manière irréfléchie, est abandonnée en faveur d’une logique de gestion relationnelle de soi. Ici, le consommateur mobilise alors une logique de la distanciation impliquant la capacité de s’éloigner de soi-même, de s’objectiver, de se désengager, de se désimpliquer. L’accessibilité singulière doit donc être vue comme une autorisation provoquant le face à soi et, donc, comme une ouverture à soi permettant d’interroger sa participation à sa propre histoire.
- *Une confirmation sociale*: le réarmement de soi auquel ouvre l’accessibilité singulière suppose une confirmation sociale, par le milieu dit ordinaire comme par les dispositifs institutionnels, d’une valeur personnelle ou d’une compétence spécifique individuelle socialement valorisée. Le problème central consiste en effet à rendre plausible la transformation et du rapport individuel au produit et du rapport social aux autres, ce qui présuppose, dans ce dernier cas, l’expérimentation individuelle dans l’action de modalités de renouement à autrui ainsi que la disponibilité de formes de régulation sociale et d’espaces de mise en jeu de soi. Il est alors aisé de percevoir l’importance de pouvoir bénéficier d’interlocuteurs, familiaux ou professionnels comme d’espaces, institués ou non, d’élaboration, d’expression et de mise en jeu de nouvelles formes d’être au monde, constituant les uns et les autres les ressorts d’une identité narrative qui doit non seulement permettre de se raconter mais aussi de créer la conviction auprès de chacun que le chemin engagé augure d’une «vie meilleure».

La mise à jour des conditions minimales de possibilité de la gestion de la consommation de drogues dures ne saurait suffire. Si ces dernières permettent en effet de comprendre ce «faute de quoi» ladite gestion ne saurait advenir, elles laissent sous silence les conditions heuristiques permettant l’accomplissement de l’indépendance envers la dépendan-

ce au produit et envers un mode de vie organisé autour de celui-ci.

– *Les ressources*: pour prétendre et, *a fortiori*, pour parvenir à une transformation de son rapport au monde, il faut disposer de supports, de ressources, pratiques et symboliques, qui se produisent et s'entretiennent mutuellement. *Les ressources matérielles* s'enracinent dans un capital économique, social et culturel. L'engagement dans la gestion de la consommation a en effet d'autant plus de chances de se concrétiser positivement que le consommateur dispose de ressources matérielles, qu'elles soient pratiques (argent, habitat, travail...) ou sociales (environnement familial, amical ou institutionnel apportant ces ressources matérielles...). Le travail sur soi, au cœur de ce processus, suppose aussi la présence de *ressources symboliques*. Ce second type de ressources s'enracine dans un patrimoine expérientiel formant, d'une part, un cadre de référence permettant d'interpréter sa propre expérience et son rapport au monde et constituant, de l'autre, un répertoire de modèles d'action et de codes de conduites appris et intériorisés au cours de la biographie.

– *La confiance*: une des caractéristiques essentielles de la gestion de la consommation est d'être marquée par le sceau du risque, risque que l'entreprise ne soit pas concluante ou sinon risque parce que l'entreprise est concluante et donc qu'il faut affronter un monde nouveau, marqué par des normes et des manières de se conduire socialement différentes de celles dont le consommateur avait coutume, marqué aussi par l'incertitude de la recevabilité de son entreprise de transformation par autrui, ses interlocuteurs privilégiés comme la société toute entière. En quelque sorte, la confiance constitue une condition de réalisation achevée de la gestion, si l'on conçoit que la confiance se joue sur plusieurs registres: a) celui de la confiance dans la force de sa résolution et dans ses capacités à la traduire en actes; b) celui de la quiétude environnementale afin d'assurer une sécurité ontologique; c) celui de sa propre crédibilité aux yeux de tiers institutionnels ou individuels avec lesquels il entre en interaction.

– *Le temps*: le travail de reconceptualisation de l'expérience et de réarmement de soi est un effort symbolique important pour l'accomplissement duquel le temps est une condition non négligeable. En effet, pour s'approprier son recours à la drogue, conduite culturellement désapprouvée, le consommateur se doit de prendre une distance critique vis-à-vis de son usage, de l'examiner sur la base des conséquences que celui-ci engendre et d'élaborer un jugement à son endroit, c'est-à-dire qu'il se doit de développer tout un processus qui exige du temps. En fait, plus que progression,

c'est d'oscillation dont il faudrait parler: oscillation entre prises de risques et reprises de confiance, oscillation entre attachement à l'univers de la drogue et détachement de celui-ci pour aller vers un projet où l'on marche de ses propres pas. L'oscillation caractérise les multiples transactions que les consommateurs opèrent avec les mondes intégrateurs (le travail, la famille, les institutions...) et avec les diverses dimensions de la vie (privée, sociale, publique, de travail, amicale...).

4. Discussion et recommandations

«Le contrôle limite mais renforce les usages». Ce constat de Norman E. Zinberg (1984) contient tout l'enjeu de la gestion de la consommation de drogues dures. Cette dimension paradoxale qui la caractérise fondamentalement doit être prise au sérieux. En d'autres termes, cela revient à dire qu'il ne faut pas faire de la gestion maîtrisée une solution miracle et qu'une telle gestion doit s'inscrire à l'intérieur d'une politique de lutte contre la toxicomanie et de prévention contre la consommation pour préserver la référence à la problématique. En ce sens, une telle gestion de la consommation se doit d'être envisagée dans son ambiguïté fondamentale à partir du moment où elle devient un registre de l'action politique. Elle est un outil parmi d'autres, par essence insatisfaisant, quelles que puissent être ses potentialités.

Car le soutien à cette gestion comme composante d'un programme de lutte contre la toxicomanie n'est pas sans poser problème. D'une part, il y a une tension entre les réponses institutionnelles, de nature pragmatique (garder le contact avec les personnes, adapter les objectifs...) et les implications éthiques. Comment, par exemple, éviter que le soutien de la gestion ne se transforme en entretien de la consommation? D'autre part émerge le risque d'une division en deux de l'intervention et des consommateurs. Le soutien de la gestion ne serait-il alors que la marque d'une résignation face aux difficultés présentées et vécues par certains consommateurs ou face, simplement, à un choix de vie alternatif fortement enraciné?

L'autogestion de la consommation d'héroïne et/ou cocaïne peut ainsi être vue comme une forme de consommation de drogues méconnue, toutefois souvent évoquée autant comme une réalité par certains qu'une utopie par d'autres. En ce sens, il était important de l'analyser en en décrivant tant les avantages que les limites afin d'ouvrir de nouvelles pistes d'intervention en vue de stabiliser et d'améliorer de manière générale les conditions de vie des personnes toxicodépendantes et de leur permettre de progresser vers d'autres modes de vie dans lesquels la consommation de produits prendrait tou-

jours moins d'importance. Ainsi, si d'aventure la gestion de la consommation de drogues devenait une composante de la politique de lutte contre la toxicomanie, trois éléments se dégagent comme conditions de soutien d'une telle pratique:

– *Admettre la plausibilité de la gestion maîtrisée dans toute sa complexité.* Si cette notion de gestion tend de plus en plus à être admise dans la pratique, elle est toujours conçue comme exceptionnelle (même pour les consommateurs récréatifs) et précaire. Les résultats de cette recherche livrent une série d'enseignements qui viennent, pour partie, soutenir ces arguments appelant à désenchanter la notion de gestion de consommation de drogues dures, et pour partie, à les dépasser en conviant à une complexification de la réalité de cette gestion. Ils invitent en quelque sorte à élargir l'appréhension de la gestion afin d'en admettre l'existence profonde malgré ses dimensions, parfois précaires et imparfaites.

– *Identifier les types de cette gestion pour fournir des ressources différenciées.* Renoncer à identifier des formes fixes de gestion ou de non-gestion revient à mettre l'accent non seulement sur la pluralité des formes de gestion, mais surtout sur la complexité de la gestion qui, dès lors, doit être conçue comme système concret de gestion, comme articulation de plusieurs logiques, intervenant à chaque fois selon des intensités variables et composant un équilibre singulier quasi stationnaire. Le modèle analytique proposé dans cette recherche permet de rendre compte de la situation présente du consommateur, d'en faire une photographie mettant en vue les caractéristiques du système gestionnaire. En ce sens, ce dernier peut être utilisé comme un instrument de visualisation favorisant le repérage des points faibles et des points forts du consommateur à un moment donné de sa consommation. Des compétences et des ressources peuvent ainsi être identifiées afin d'être activées, soutenues et/ou dynamisées; d'autres, au contraire, peuvent apparaître comme défailtantes ou manquantes et, dès lors, sont à offrir ou à reconstituer.

– *Offrir un espace de transformation permettant la mise en jeu de soi.* Chercher à soutenir cette gestion suppose prioritairement de reconnaître le caractère singulier de l'entreprise et d'admettre son corollaire, la nécessité de laisser du temps pour que se fasse ce travail solitaire de reconceptualisation de la trajectoire passée et de production d'une signification au maintien de la consommation dans une vie conventionnelle. Dès lors, l'aide pourrait être conçue, quand cela est nécessaire, comme une aide à la survie, facilement accessible et non stigmatisante, afin de préserver la santé et soutenir indirectement le potentiel de conserva-

tion, d'auto-mobilisation et de production de ressources. Ainsi, en même temps, l'aide peut être caractérisée par des interventions minimales afin de soutenir le travail de prise en main de cette gestion – ou autogestion –, de façon ciblée et nuancée. Une telle offre minimale viserait en ce sens à réactiver des ressources et à engager le consommateur dans un processus de transformation de son rapport au monde. Elle chercherait à combiner deux registres: d'une part, proposer des places conventionnelles et, d'autre part, jouer avec le temps (durée non limitée et transitions continues) afin de favoriser le réarmement de soi.

5. Références

1. Becker Howard S. *Outsiders*. Paris, Métailié, 1985.
2. Caiata M. La consommation contrôlée de drogues dures. In: *Psychotropes* 1996, vol. 2, n° 2.
3. Castel R (éd.). *Les sorties de la toxicomanie*. Fribourg, Editions Universitaires, 1998.
4. Ehrenberg A. Un monde de funambules. In: Ehrenberg A (s/s la dir.): *Individus sous influence*, Paris, éd. Esprit, 1991.
5. Ernst M-L, Rottenmanner I, Spreyermann C. *Femmes Dépendances Perspectives*. Office fédéral de la santé publique OFSP, mars 1995.
6. Gerstein DR. 'The Effectiveness of Drug Treatment'. In: O'Brien CP, Jaffe JH, eds: *Addictive States*. New York, Raven Press, 1992:253–82.
7. Gossop M. *Living with drugs*. 3rd ed., Aldershot, Arena, 1993.
8. Klingemann H. Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. *The international journal of addiction* 1992, vol. 27, n° 12, pp. 1359–88.
9. Office fédéral de la santé publique OFSP. *Rapport sur la méthadone*, Berne, 1995.
10. Zinberg NE. *Drug, Set and Setting*. New Haven, Yale University Press, 1984.

6. Valorisation

6.1 Publications

1. Caiata M. Le consommateur intégré: entre adaptation à la réalité et production de la réalité. In: Faugeron C, Kokoreff M (s/s la dir.): Société avec drogues. Enjeux et limites. Érès, Ramonville Saint-Agne, 2002.
2. Soulet M-H, en collaboration avec Caiata Zufferey M et Oeuvcay K. Gérer sa consommation. Drogues dures et enjeux de conventionnalité. Fribourg, Éditions universitaires, 2002.
3. Soulet M-H. Et si la gestion de la consommation de drogues dures était possible? In: Dépendances, décembre 2002, n° 18.
4. Soulet M-H. Enjeux de conventionnalité et consommation gérée de drogues dures. In: Déviance et Société 2003; Vol 27, No. 3: 331–51.

6.2 Conférences et communications

1. Caiata Zufferey M. Usagers de drogues en milieu professionnel: entre adaptation et excellence. 2^{ème} Conférence latine de la réduction des risques, Perpignan, 22–24 mai 2003.
2. Oeuvcay K. Recherches récentes auprès d'usagers qui gèrent leur consommation: réflexion et regard extérieur sur le dispositif d'aide. Communication lors de la Journée d'étude organisée par le Groupement Romand d'Etudes sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies (GREAT): Réduction de risques, traitements, quelles articulations possibles? Yverdon, novembre 2000.
3. Soulet M-H. Enjeux de conventionnalité et consommation gérée de drogues dures. Séminaire de recherche du Groupement de recherche Psychotropes et sociétés, Université de Paris V La Sorbonne, juin 2001.
4. Soulet M-H. Gérer sa consommation de drogues dures: entre risque et confiance. Communication lors du colloque «Confiance, proximité, plaisir et prise de risque» organisé par l'Association internationale des sociologues de langue française à l'Université de Tours les 13 et 14 novembre 2002.
5. Soulet M-H. Gérer sa consommation de drogues dures: un défi pour les politiques sociales. Centre Européen de Recherche sur les conduites et les institutions, Coïmbra, mars 2001.

Adresse pour correspondance:
Equipe de recherche «Drogue»
Chaire de Travail Social
Université de Fribourg
Route des Bonnesfontaines 11
1700 Fribourg
Tél. direct: +41 (0)26 300 77 80
E-mail:
marc-henry.soulet@unifr.ch
kerralie.oeuvray@unifr.ch
maria.caiata@unifr.ch