

# **Suchtforschung des BAG Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1996–98**

Band 2/4: Prävention

Volume 2/4: Prévention



BAG OFSP UFSP SFOPH

**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  
Internet: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

© BAG OFSP UFSP SFOPH  
Reproduktion mit Quellenangabe gestattet

September 2000

**Auskünfte**

Bundesamt für Gesundheit  
Facheinheit Sucht und Aids  
M. Rihs-Middel  
3003 Bern  
Telefon: +41 (31) 323 87 65  
Fax: +41 (31) 323 87 95  
E-Mail: [margret.rihs@bag.admin.ch](mailto:margret.rihs@bag.admin.ch)

**Bezugsquelle**

Bestellungen bitte schriftlich an: BBL/EDMZ, 3003 Bern, [www.admin.ch/edmz](http://www.admin.ch/edmz)  
Artikelnummer 311.819.2

**ISBN**

3-905235-31-5

**Verkaufspreis/prix de vente**

Fr. 27.40 inkl. MWST

# Inhaltsverzeichnis/Table des matières

Einleitung Bernhard Meili .....	V
Introduction Bernhard Meili .....	IX
Traduction: Corinne Bretscher-Dutoit	
Kapitel 1/Chapitre 1: Grundlagen der Prävention/Fondements de la prévention	
– Präventionsforschung bei Jugendlichen im Suchtbereich: Erkenntnisse für die Praxis Werner Wicki, Beat Stübi, Françoise Alsaker, Gebhard Hüsler, Pierre-André Michaud, Thomas Steffen .....	2
– The effectiveness of drug abuse prevention projects: a review of the literature Rebecca Carrel, Theodor Abelin .....	22
– Umsetzung von Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention: Entwicklung eines Evaluationsinstrumentariums Bernhard Cloetta, Thomas Abel, Petra Zeyen Bernasconi .....	28
– Machbarkeitsstudie supra-f: Multizentrische Interventionsforschung im Bereich der sekundären Suchtprävention Werner Wicki, Pierre-André Michaud, Françoise Alsaker, Gebhard Hüsler, Thomas Steffen, Françoise Narring, Karen Klaue, Bernard Plancherel, Etienne Hartwagner, Richard Blättler, Daniela Dombrowski .....	35
– Une recherche sur la prévention des problèmes de santé des jeunes en rupture d'apprentissage André Berthoud, Pierre-André Michaud .....	39
– Freizeitgestaltung von Jugendlichen und deren Belastungs-Ressourcen-Bilanz Markus P. Neuenschwander, Daniel Süss .....	44
– Ce que consomment les jeunes toxicomanes Monique Bolognini, Valérie Rossier, Léonie Chinet, Bernard Plancherel, Olivier Halfon, Philippe Jeammet, Maurice Corcos, Martine Flament .....	55
– Evénements de vie et dépendance chez l'adolescent et le jeune adulte Bernard Plancherel, Monique Bolognini, Jacques Laget, Olivier Halfon, Philippe Jeammet, Maurice Corcos, Martine Flament .....	62
– Troubles psychiques et dépendance, quelle relation? Monique Bolognini, Bernard Plancherel, Jacques Laget, Olivier Halfon, Philippe Jeammet, Maurice Corcos, Martine Flament .....	69
– Suivi d'adolescents abuseurs et dépendants de substances psychoactives – une étude longitudinale Léonie Chinet, Valérie Rossier, Monique Bolognini, Bernard Plancherel, Jacques Laget, Philippe Stéphan, Patrice Charpentier, Olivier Halfon .....	77
Kapitel 2/Chapitre 2: Gesellschaftsbezogene Forschung/Recherches portant sur les aspects de société	
<b>2.1 Drogenkonsum und gesellschaftliches Umfeld/ Consommation de drogues et environnement social</b>	
– Drogenberichterstattung der Schweizer Presse – die Entwicklung eines Themas Boris Boller, Renata Coray, Jean Widmer .....	83
– Drogenszenen: Struktur und Wandel von Drogenszenen im Anschluss an die Aufhebung der offenen Drogenszene «Letten» in Zürich Carmen Ronco, Christa Berger Hoins, Jörg Arnold, Andreas Lanz, Ambros Uchtenhagen .....	91
– Transaktionen und Strukturen des Kleinhandels mit Heroin und Kokain in Zürich Bruno Nydegger Lory, Ambros Uchtenhagen .....	97
– Maîtriser la toxicodépendance? Analyse comparative de deux formes de gestion. Potentialités, limites, réponses institutionnelles Marc-Henry Soulet, Maria Caiata, Kerralie Ouevray .....	102

-	Heroin dampfscheibenwirbel. Eine kulturanthropologische und ethnopsychoanalytische Studie des Folienrauchens in Zürich zwischen 1990 und 1995 Hans-Peter von Aarburg, Michael Oppitz*	105
-	Heroin-FolienraucherInnen versus InjektorInnen: Ähnlichkeiten und Unterschiede Rudolf Stohler, Kenneth M. Dürsteler, Claudia Gramespacher, Sylvie Petitjean, Raymond Battegay, Dieter Ladewig	112
-	Migration und Drogen: Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenkonsumierender italienischer Herkunft – Vorstudie Dagmar Domenig, Corina Salis Gross, Margret Rihs-Middel, Hans-Rudolf Wicker	114
-	Migration und Drogen: Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenkonsumierender italienischer Herkunft – Hauptstudie Dagmar Domenig, Corina Salis Gross, Margret Rihs-Middel, Hans-Rudolf Wicker	120
-	La santé des jeunes en rupture d'apprentissage: une recherche-action sur les modalités de soutien, les déterminants de la santé Pierre-André Michaud, Christine Ferron, Isabelle Delbos-Piot, Daniel Cordonier, Pascale Schalbetter	122
<b>2.2</b>	<b>Gesetzgebung, Rechtsprechung, Szenarien der Drogenpolitik/ Législation, jurisprudence, scénarios pour la politique en matière de drogue</b>	
-	Mise en œuvre de la Loi fédérale sur les stupéfiants – les décisions judiciaires Maria Luisa Cesoni, Nathalie Bornoz, Bernhard Sträuli, Christian-Nils Robert	128
-	L'impact du programme suisse de prescription d'opiacés sur la délinquance des personnes traitées Martin Killias, Denis Ribeaud, Marcelo F. Aebi	133
-	Usage et actes préparatoires de l'usage de drogues illicites: les choix en matière d'incrimination. Analyse comparative de sept législations européennes Maria Luisa Cesoni	141

\*Vertragsnehmer/Mandataire

# Einleitung

Bernhard Meili, Bundesamt für Gesundheit

## Trends in der Suchtprävention

Im Rahmen der von der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung gutgeheissenen bundesrätlichen 4-Säulen-Politik im Drogenbereich (Prävention, Schadensreduktion, Therapie und Repression) besteht ein breiter Konsens, die Prävention in Zukunft zu verstärken. Bereits wurden vielerorts in den letzten zehn Jahren Suchtpräventionsstellen eingerichtet oder ausgebaut. Die früher vorwiegend auf Schuleinsätze ausgerichtete Prävention hat sich auf weitere Handlungsfelder ausgeweitet, in qualitativer Hinsicht beachtlich gewandelt und professionalisiert. Zu Beginn des neuen Jahrhunderts können wir in der Prävention fünf Trends beobachten:

- Die Gesundheit wird in ihrer Gesamtheit gefördert und es werden nicht nur Symptome von Fehlentwicklungen bekämpft.
- Die Unterstützung protektiver Faktoren ergänzt die Verhütung von Risikofaktoren.
- Die Differenzierung des Konzeptes «Drogenkonsum» in die Phasen «unproblematischer Konsum», «problematischer Konsum» und «Abhängigkeit» setzt sich durch.
- Früherfassung und Sekundärprävention ergänzen die Primärprävention.
- Die Prävention interveniert verstärkt auf struktureller Ebene und arbeitet systemisch.

Welches sind die Bestimmungsfaktoren dieser Präventionstrends? Sind es «natürliche» Erneuerungen, ideologische Erwartungen, vorübergehende Modeerscheinungen oder der wissenschaftliche Erkenntnisfortschritt? Vermutlich liegt ein Zusammenspiel der verschiedenen Kräfte vor, die jede auf ihre Weise auf die Entwicklung der Prävention einwirken. Eine moderne Prävention, die sich als Teil eines «public health»-Denkens versteht, wird sich zunehmend an empirisch gefestigten Befunden zu orientieren haben, wird «evidence based» sein müssen. Ideologien, Modeerscheinungen und persönliche Vorlieben von Politikern und Fachleuten sollten dagegen an Bedeutung verlieren.

Im Folgenden möchte ich eine Auswahl der in diesem Band publizierten schweizerischen Forschungsarbeiten hinsichtlich ihres Beitrages zu den obigen fünf aktuellen Trends der Prävention kurz kommentieren.

## Zum Beitrag der Forschung an die Prävention

Die bis heute durchgeführten Evaluationsstudien zur Wirkung von Suchtpräventionsprogrammen ergeben ein sehr ernüchterndes Bild. Dies ist eine der – allerdings nicht sehr überraschenden – Schlussfol-

gerungen aus der neuesten Literaturübersicht von Wicki & Stübi, die im Zusammenhang mit dem Forschungsprogramm «supra-f» verfasst worden ist. Der Bericht gibt einen interessanten Überblick über die theoretischen und empirischen Ansätze in der Suchtprävention mit besonderem Augenmerk auf die Risiko- und Schutzfaktorenproblematik. Für die Prävention bei gefährdeten Jugendlichen heben die Autoren das in den USA und in Skandinavien seit langem bekannte Mentorprogramm «Big Brothers, Big Sisters» als besonders wirksam hervor: Freiwillige Erwachsene verbringen Zeit mit Kindern und Jugendlichen und ermöglichen so eine längerdauernde persönliche Beziehung.

Die Literaturübersicht über die Wirksamkeit von Präventionsprojekten (The effectiveness of drug abuse prevention projects: a review of the literature) von Carrel und Abelin bestätigt, dass Prävention dann wirksam sein kann, wenn sie längerfristig angelegt ist, verschiedene Komponenten (Wissen, Einstellungen, Normen, Gefühle, soziale Fertigkeiten u.a.) umfasst, altersspezifische Angebote vermittelt und auf «Mediationsvariablen» wie Normen und Werte, «life-style», Selbstwertgefühl und soziale Kompetenzen einwirkt. Die Review beschränkt sich ausschliesslich auf US-Studien. Weitere Untersuchungen über die Erfahrungen in anderen Ländern wären hier wünschenswert.

Im gleichen ersten Kapitel des vorliegenden Bandes finden sich einige Studien zum Zusammenhang zwischen Sucht und Risiko- bzw. Schutzfaktoren. Der möglichen präventiven Bedeutung protektiver Faktoren gehen Neuenschwander und Süss in ihrer Studie «Freizeitgestaltung von Jugendlichen und deren Belastungen-Ressourcen-Bilanz» nach. Von einem einfachen «Belastungen-Ressourcen-Modell» ausgehend, bildeten die Autoren aus einer Gruppe von 1219 Jugendlichen vier Untergruppen mit unterschiedlichen Belastungs- und Ressourcen-Konstellationen. Die Ergebnisse bestätigen die plausible Hypothese, dass nicht Belastungen *allein* eine Prognose in Bezug auf deviantes Verhalten ermöglichen, sondern erst das *Verhältnis* von Belastungen und Ressourcen. In dieser Studie wird auch auf den komplexen Zusammenhang zwischen Belastungen und Ressourcen und dem Freizeitverhalten hingewiesen. Die Freizeit könnte ja idealerweise für ressourcenschwache Jugendliche eine kompensatorische, ressourcenstärkende Funktion haben. Tendenziell zeigt sich aber das Gegenteil: Jugendliche mit wenig Ressourcen neigen eher zu einem risikoreichen Freizeitverhalten (inkl. Drogenkonsum) in «Risikoumgebungen» und gemeinsam mit anderen «Risikojugendlichen». Für die Präventionspraxis ergeben sich aus dieser Studie attraktive, leicht umsetzbare Anregungen zur Stärkung individueller Ressourcen.

In wie weit Risikofaktoren zeitlich *vor* der Suchtentstehung bereits vorhanden sind oder ob sie in enger, gleichzeitiger Wechselbeziehung *mit* der Suchtproblematik stehen, ist schwer zu beurteilen; häufig trifft wohl beides zu. Umso wichtiger ist es, die *Verläufe* und *Übergänge* bei Drogenkonsumenten und -konsumentinnen besser zu verstehen. Wieso schaffen es viele Jugendliche, ihren Drogenkonsum nach einer kurzen Experimentierphase abzuschliessen oder in geregelte Bahnen zu leiten? Worin bestehen die Unterschiede zu denjenigen, die in einen problematischen Drogenkonsum oder in eine Sucht abgleiten? Auf diese Fragen versucht eine Gruppe von Forscherinnen und Forschern aus Lausanne mit der noch laufenden Längsschnittstudie «Suivi d'adolescents abuseurs et dépendants de substances psychoactives – une étude longitudinale» Antworten zu geben.

Allgemein bekannt ist, dass Drogenabhängige meist bereits *früh* in ihrer Adoleszenz Tabak, Alkohol und Cannabis konsumierten und dann ungefähr im Alter von 20 Jahren einen Polykonsum von harten Drogen wie Heroin, Kokain und Amphetaminen aufweisen. *Wie früh* aber eindeutige Suchtentwicklungen vorliegen, belegt die Studie «Ce que consomme les jeunes toxicomanes» von Bolognini et al. eindrücklich: Über die Hälfte der drogenabhängigen Frauen rauchten schon vor ihrem 12. Altersjahr; mit fünfzehn Jahren waren über 78% bereits alkoholabhängig und 41% polytoxikoman. Der Vergleich mit einer *Kontrollgruppe* von Nicht-Drogenabhängigen zeigt aber auch, dass es *nicht* die Substanzen *allein* sind, die zur Suchtgefährdung führen: Immerhin haben 43% der Männer und 19% der Frauen in der Kontrollgruppe nämlich ebenfalls Cannabis konsumiert, wurden aber nicht abhängig.

Dieselbe Gruppe von Autorinnen und Autoren (Plancherel, Bolognini, Halfon, et al.) erforschte belastende Lebensereignisse und psychische Störungen als mögliche Risikofaktoren für Suchtprobleme. Die Ergebnisse ihrer Studie (Événements de vie et dépendance chez l'adolescent et le jeune adulte) bestätigen die mässig starken Zusammenhänge zwischen Trennung von den Eltern, schweren Erkrankungen und Suchtproblemen in der Familie, sexuellem Missbrauch und eigenen späteren Suchtproblemen. In Bezug auf Präventionsprogramme interessanter (weil leichter beeinflussbar) sind die beim Kind und Jugendlichen selbst beobachtbaren, sozialen und psychischen Belastungen, wie massive Probleme in Schule und Berufslehre (Lehrabbruch!), depressive Verstimmungen, Essstörungen und Ängste.

Die gesundheitspolitische Antwort auf diese Befunde wäre eine Strategie der *frühen Erkennung* von Jugendlichen mit wenig Ressourcen und vielen Belastungen sowie das entsprechende Eingrenzen dieser Zielgruppe für gezielte sekundärpräventive

Massnahmen. Das 1999 vom BAG lancierte Forschungsprogramm «*supra-f*» will diesen Ansatz der «Belastungen-Ressourcen-Bilanz» in einer mehrjährigen Multizenter-Studie überprüfen. «*supra-f*» ist in diesem Sinne auch ein klares Bekenntnis dafür, dass Prävention stärker als bisher einen Beitrag zur Früherkennung und Früherfassung von sich abzeichnenden Problemen leisten muss, sei dies auf der Ebene der Gesellschaft im Gesamten, einzelner Institutionen (Schule, Betriebe, Sport, Familie usw.) oder auch auf der Ebene der einzelnen Individuen.

Wicki et al. prüften die Machbarkeit des Programms «*supra-f*» (Machbarkeitsstudie *supra-f*: Multizentrische Interventionsforschung im Bereich der sekundären Suchtprävention) und kommen zum Schluss, dass die longitudinale Erforschung der Entwicklung von Risikojugendlichen, die durch lokale Präventionsprogramme während einer bestimmten Zeit sozialpädagogisch betreut werden, möglich ist. Die methodologisch grösste Herausforderung wird nicht die Datenerhebung bei den betreuten Jugendlichen sein, sondern – angesichts der beträchtlichen Heterogenität der präventiven Interventionen in den rund fünfzehn lokalen Projekten – die knifflige Datenanalyse und -interpretation.

So wertvoll ein erfolgreicher Lehrabschluss für die Lebenschancen junger Menschen ist, so problematisch kann – muss aber nicht – der Lehrabbruch sein. Die Risiken und die möglichen präventiven Massnahmen rund um den Lehrabbruch (je nach Kanton 10–40%) wurden in den letzten Jahren eingehend erforscht und in einer ansprechenden Broschüre zusammengefasst (Neuenschwander & Michaud). Die wichtigste Erkenntnis aus einer Aktionsforschung (La santé des jeunes en rupture d'apprentissage: une recherche-action sur les modalités de soutien, les déterminants de la santé) von Michaud et al. ist, dass jeder Lehrabbruch *individuell* abgeklärt werden muss, um die wirklich gefährdeten Jugendlichen zu erkennen, die einer intensiven und umfassenden Förderung bedürfen.

Cloetta, Abel und Zeyen Bernasconi berichten über den schweizerischen Teil einer europäischen Studie zur effektiven Umsetzung von Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention. Zielsetzung war die Entwicklung und Erprobung eines Instrumentariums, das quantitative Aussagen erlaubt über Durchführungsbedingungen und Erfolg von Massnahmen sowie über Wirkungen in der Bevölkerung. Ein für den oben erwähnten Paradigmenwechsel «Gesundheitsförderung statt Prävention» auffallendes Ergebnis ist, dass Massnahmen zur Schaffung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen in der schweizerischen Bevölkerung und unter Experten eine viel höhere Priorität erhalten als risikobezogene Massnahmen wie Früherkennung von Brustkrebs und die Prävention des Rauchens.

Im zweiten Kapitel «*Gesellschaftsbezogene Forschung*» findet sich eine interessante quantitativ-qualitative Analyse der Drogen-Berichterstattung in Schweizer Print-Medien (Boller, Coray & Widmer). Im untersuchten Zeitraum von 1993–1999 betrafen nur gerade 5% aller «Drogenartikel» die Prävention. Dies kann jedoch nicht überraschen, wenn man bedenkt, dass spektakuläre «events» in einer seriösen Prävention eher selten sind. Da aber auch die Prävention einer positiven öffentlichen Wahrnehmung bedarf, müssen in Zukunft geeignete alternative Wege gemeinsam mit Medienschaffenden gesucht werden.

Aus einer vergleichenden Analyse der Drogen-gesetzgebung in sieben europäischen Ländern schliesst Cesoni, dass es nicht möglich sei, einen direkten Zusammenhang zwischen dem legalen Status des Drogenkonsums und der Entwicklung des Konsums nachzuweisen. Es scheint eher, dass die Drogengesetzgebungen mehr eine Folge als eine Ursache von Drogentrends sind. Eindeutig ist dagegen, dass mit der strafrechtlichen Verfolgung von Konsumenten die Verfolgung des Drogenhandels *nicht* erleichtert wird.

Die Begleitkriminalität von Drogenabhängigen ist ein bekanntes Phänomen. Eindrücklich ist die in der Studie von Killias et al. nachgewiesene präventive Wirkung der Versuche zur kontrollierten Abgabe von Heroin auf die Kriminalität. Verglichen mit dem Halbjahr vor Programmbeginn reduzierte sich die Anzahl der Delikte im ersten Programm-Halbjahr um 68 Prozent. Daraus lässt sich schliessen, dass manche menschliche Verhaltensweisen relativ leicht durch situative Veränderungen im Alltag geändert werden können. Eine Einsicht, die auch in die Prävention des Drogenabusus einfließen sollte.

## Zusammenfassung

Die hier vorgelegten Forschungsarbeiten thematisieren die aktuellen Trends der schweizerischen Prävention recht unterschiedlich. Fragen rund um Risiko- und Schutzfaktoren werden am ausgiebigsten erforscht. Der klare Nachweis, dass ein Lehrabbruch, verbunden mit einer auch sonst labilen Lebenslage, ein ernst zu nehmendes Zeichen einer entstehenden Drogenproblematik sein kann, sollte in Bezug auf die Prävention Folgen zeigen. Auch ein früher massiver Konsum von Zigaretten, Alkohol und Cannabis sollte als Risikofaktor betrachtet werden und trotz zunehmender Permissivität zu präventiven Interventionen verpflichten.

Welche protektiven Faktoren bei gegebenen und kaum veränderbaren Risikofaktoren eine problematische Entwicklung verhindern können, ist für die Prävention eine Schlüsselfrage. Hier müsste die

Forschung erstens eine Klärung des Konzeptes «Schutzfaktoren» liefern (Schutzfaktoren sind nicht einfach der Gegenpol von Risikofaktoren) und zweitens erfolgversprechende Interventionstypen vorschlagen, die in konkreten Belastungen-Ressourcen-Konstellationen angewendet werden könnten.

Die von Praktikern beliebten Themen «Gesundheitsförderung statt Prävention» und «in Strukturen intervenieren» finden in der Forschung weniger Beachtung und sind auch nicht leicht zu erforschen. Trotzdem lohnen sich hier Forschungsanstrengungen, weil es um sehr grundsätzliche Strategiefragen geht: Sollen die knappen Mittel für Prävention weiterhin in möglichst viele kleinere Einzelprojekte fließen oder empfiehlt sich eine Verlagerung der Ressourcen in wenige, ausgewählte, von der Forschung klar identifizierte Kernbereiche?

In Analogie dazu kann die Unfallprävention herangezogen werden, wo wir heute wissen, dass verhältnismässig einfach umsetzbare *strukturelle Massnahmen* wie Tempolimiten, Gurtentragen und Fahren mit Licht am Tag eine beachtliche Reduktion der Todesfälle und schweren Verletzungen nach sich ziehen. Auf die Suchtprävention übertragen, könnte dies bedeuten, dass möglicherweise auf *Risikogruppen* zugeschnittene strukturelle Massnahmen in den drei kritischen Bereichen *frühkindliche Entwicklung*, *Freizeitgestaltung* und *Berufsqualifizierung* mehr bewirken als noch so gut gemeinte erzieherische Bemühungen und Aufklärungsarbeit bei *allen* Kindern und Jugendlichen.

Die heute vermehrte Berücksichtigung von «Früherfassung & Sekundärprävention» in der Präventionsarbeit findet in der Forschung über Risikofaktoren bzw. Schutzfaktoren und Suchtverläufe eine gute Grundlage. Die vor allem von der epidemiologischen und Verlaufsforschung eingeführte Differenzierung der Konsumtypen in «kontrollierten Drogenkonsum», «problematischen Konsum» und «Abhängigkeit» fliesst heute ebenfalls mehr und mehr auch in das präventive Denken und Handeln ein. Mit einiger Spannung werden dazu die Ergebnisse des Forschungsprogrammes «*supra-f*» erwartet. Kritisch anzumerken wäre hier allerdings, dass eine wirkliche *Früherfassung* bereits sehr früh im Kleinkindesalter zu beginnen hätte und nicht erst im Schulalter.

## Ausblick

Suchtprävention wird sich weiterhin am Dreieck «Droge – Mensch – Umwelt» orientieren müssen. Dabei wird der Pol «Droge» vermutlich an Bedeutung verlieren und die Interdependenz von Mensch und Umwelt ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken. Tatsächlich scheint die Drogenabhängigkeit in den allermeisten Fällen nur Teil einer *umfassenden*

den Problematik gesundheitlicher, psychischer und sozialer Fehlentwicklungen zu sein. Suchtprävention wird somit in der Regel *mehr* sein als *Sucht*prävention, nämlich der Versuch, die Chancen für ein gesundes Erwachsenwerden in unserer Gesellschaft zu verbessern. Dabei sollen diejenigen Kinder und Jugendlichen mit – aus welchen Gründen auch immer – erschwerten Entwicklungsbedingungen ein Anrecht auf frühzeitige Förderungsmaßnahmen haben. Die zunehmenden wissenschaftlichen Befunde über die Bedeutung frühkindlicher, zum Teil angeborener, Belastungen für die Entstehung von Sucht- und anderen Problemen im Jugendalter verweisen auf einen Forschungsbedarf in der gezielten Primärprävention bereits im Kleinkindesalter.

Die bisherige Forschung liefert viele eklektische Daten zu Einzelfragen, die der Prävention zu wenig klare Handlungsanweisungen vermitteln. Neuere Ansätze wie die heroingestützte Behandlung und das Sekundärpräventionsprogramm «*supra-f*», bei denen Behörden, Präventionspraktikerinnen und -praktiker, Forscherinnen und Forscher gemeinsam eine präventive Intervention gestalten und begleiten, könnten zukunftsweisend sein und verdienen andauernde Unterstützung. So wie die Praxis zunehmend interdisziplinär vorgeht, wird auch die Forschung vermehrt interdisziplinär (Psychologie, Medizin, Soziologie, Ökonomie u.a.) arbeiten und verschiedene Forschungsansätze integrieren müssen. Angesichts der klaren Trends zu vermehrtem Kon-

sum von Alkohol, Tabak und Cannabis im frühen Jugendalter sind nach wie vor Forschungsanstrengungen im Bereich der gesamtgesellschaftlichen Primärprävention gefragt.

Bei allen Vorteilen, die das 4-Säulen-Modell der schweizerischen Drogenpolitik aufweist, darf dies nicht dazu führen, dass die Säulen, jede für sich, gewissermassen ein Eigenleben führen und von der Forschung nur als Einzelsäulen erforscht werden. Wie werden die Säulen in den verschiedenen Landesteilen gewichtet? Welche Entwicklungen sind zu beobachten? Gibt es neben Abgrenzung auch Kooperation unter den Säulen und – falls dies zutrifft – mit welchem Erfolg?

Zusammenfassend könnten die Suchtprävention und die Präventionsforschung ihre Zukunft gemeinsam nach folgenden Schwerpunkten gestalten:

- Die Zusammenarbeit wird in Form von regionalen *Forscher-Praktiker Netzwerken* institutionalisiert.
- *Interdisziplinarität* wird sowohl in der Praxis wie in der Forschung zum Qualitätskriterium.
- Der *Nutzen* der Zusammenarbeit von Forschern und Praktikern ist für beide Partner erlebbar und wird laufend überprüft.
- *Nationale Präventions-Forschungsprogramme* sind ein attraktives Angebot für Praxis und Forschung, prioritäre gesundheitspolitische Anliegen regional umzusetzen und national zu erforschen.



# Introduction

**Bernhard Meili**, Office fédéral de la santé publique  
Traduction: Corinne Bretscher-Dutoit, Office fédéral de la santé publique

## Tendances actuelles dans la prévention des dépendances

Dans le cadre de la politique du Conseil fédéral en matière de drogue – politique des quatre piliers (prévention, réduction des risques, thérapie et répression) approuvée par la grande majorité de la population – un large consensus existe quant à intensifier la prévention. Déjà au cours des dix dernières années, des unités de prévention ont été créées ou agrandies en de nombreux endroits. La prévention, autrefois essentiellement ciblée sur des actions en milieu scolaire, a d'une part investi d'autres champs d'intervention, d'autre part considérablement évolué sur le plan qualitatif et s'est en outre professionnalisée. En ce début de siècle, nous observons l'émergence de cinq tendances en matière de prévention:

- La santé est promue dans son ensemble, et il ne s'agit plus de combattre uniquement les symptômes de mauvais développements.
- Le renforcement des facteurs de protection s'opère en complément de la réduction des facteurs de risque.
- La pratique consistant à différencier le concept de «consommation de drogue» en phases de «consommation non problématique», «consommation problématique» et «dépendance» s'impose de plus en plus.
- La détection précoce et la prévention secondaire complètent la prévention primaire.
- La prévention intervient de façon accrue sur le plan structurel et s'opère de manière systémique.

Quels sont les facteurs déterminants de ces tendances? Sont-ce des renouvellements «naturels», des attentes idéologiques, des modes passagères ou encore le progrès découlant de connaissances acquises sur le plan scientifique? Il faut sans doute y voir l'impact commun de ces différents courants, qui, chacun à sa manière, agissent sur l'évolution de la prévention. Une prévention moderne qui se conçoit en tant qu'élément d'une notion de «public health» devra progressivement s'orienter sur des constats solides et pragmatiques et se rendre «evidence based», basée sur des preuves. Les idéologies, les phénomènes de mode et les préférences personnelles de politicien-ne-s et de spécialistes pourraient par contre voir diminuer leur influence.

Ci-après, je commente brièvement une sélection de travaux de recherche – effectués en Suisse et publiés dans cet ouvrage – en fonction de leur contribution aux cinq tendances actuelles décrites plus haut.

## Contribution de la recherche à la prévention

Les travaux d'évaluation traitant jusqu'à ce jour de l'effet des programmes de prévention des dépendances dépeignent un tableau fort décevant. Telle est l'une des conclusions – pas vraiment surprenantes – de la dernière revue bibliographique de Wicki et Strübi qui a été rédigée en relation avec le programme «supra-f». Ce rapport fournit un intéressant aperçu des approches théoriques et empiriques de la prévention de la dépendance, avec une attention particulière sur la question des facteurs de risque et de protection. Les auteurs signalent l'efficacité particulière, à propos de la prévention chez les jeunes à risque, du programme de «mentors» nommé «Big Brothers, Big Sisters» et connu depuis longtemps aux États-Unis et en Scandinavie: des bénévoles adultes consacrent du temps passé en compagnie de ces enfants et adolescents, ce qui leur permet de développer une relation personnelle durable.

La revue bibliographique au sujet de l'efficacité de projets de prévention – («The effectiveness of drug abuse prevention projects: a review of the literature») de Carrel et Abelin – publiée dans ce volume confirme que la prévention peut être efficace si elle est mise en place à long terme, comporte différentes composantes (connaissances, attitudes, normes, sentiments, aptitudes sociales, entre autres), propose des offres correspondant à l'âge des destinataires et agit sur des «variables de médiation» telles que normes, valeurs, styles de vie, assurance de soi et compétences sociales. Cette revue se référant uniquement à des études faites aux États-Unis, il serait souhaitable d'y ajouter des recherches sur les expériences récoltées dans d'autres pays.

Ce même premier chapitre du présent volume contient aussi plusieurs études portant sur le lien possible entre dépendance et, respectivement, facteurs de risque et de protection. Dans leur étude «Freizeitgestaltung von Jugendlichen und deren Belastungen-Ressourcen-Bilanz», Neuenschwander et Süss pistent la valeur préventive potentielle des facteurs de protection. Partant d'un simple «modèle de charges et de ressources», les auteurs ont divisé un groupe de 1219 adolescents en quatre sous-groupes présentant des constellations différentes de charges et de ressources. Les résultats confirment l'hypothèse plausible que ce ne sont pas les charges *à elles seules* qui autorisent un pronostic quant au comportement déviant, mais bien la *proportion* de charges et de ressources. Cette étude indique également la relation complexe qui existe entre charges, ressources et attitudes de loisirs. Les loisirs pourraient, idéalement, remplir une fonction compensatoire et renforçatrice de ressources chez les jeunes peu favorisés en la matière. Pour-

tant, c'est la tendance contraire qui se manifeste: Les jeunes manquant de ressources manifestent plutôt une propension aux comportements à risque (consommation de drogue comprise) dans des «environnements à risque» et en compagnie d'autres «jeunes à risque». Les praticien-ne-s de la prévention trouveront dans cette étude des suggestions intéressantes et praticables visant à soutenir les ressources individuelles.

Il est difficile de déterminer dans quelle mesure les facteurs de risque, soit existent déjà *avant* que la dépendance ne s'installe, soit se trouvent en corrélation étroite et concomitante avec la problématique liée à la dépendance; sans doute les deux alternatives sont-elles justes. Il est dès lors d'autant plus important de mieux comprendre les *déroulements* et les *transitions* qui se produisent chez les consommateurs et consommatrices de drogue. Pourquoi de nombreux jeunes réussissent-ils à mettre un terme à leur consommation de drogue après une brève phase d'expérimentation ou à la limiter de façon réglée? En quoi consistent les différences par rapport à ceux d'entre eux qui développent une consommation problématique de drogue, ou même dérivent dans la dépendance? Un groupe de chercheuses et de chercheurs de Lausanne tente de trouver des réponses à ces questions dans le travail «Suivi d'adolescents abuseurs et dépendants de substances psychoactives – une étude longitudinale» encore en cours.

Il est notoire que les personnes dépendantes de drogues ont déjà consommé du tabac, de l'alcool et du cannabis dans leur *prime* adolescence et qu'elles présentent, aux alentours de leurs vingt ans, une polyconsommation de drogues dures telles l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines. L'étude de Bolognini et al. «Ce que consomment les jeunes toxicomanes» démontre de manière impressionnante à quel point l'installation d'une dépendance peut être *précoce*: Plus de la moitié des femmes toxicodépendantes fumaient déjà avant l'âge de douze ans; à quinze ans, plus de 78% d'entre elles étaient déjà dépendantes de l'alcool, et 41% polytoxicomanes. La comparaison avec un *groupe de contrôle* de non-toxicodépendants démontre cependant aussi que ce ne sont pas les substances *à elles seules* qui mènent à la dépendance: 43% des hommes et 19% des femmes du groupe de contrôle avaient également consommé du cannabis, mais n'en sont pas pour autant devenus dépendants.

Ce même groupe d'auteurs (Plancherel, Bolognini, Halfon, et al.) a examiné les événements biographiques difficiles et les troubles psychiques quant à leur potentiel d'être des facteurs de risque par rapport à la dépendance. Les résultats de leur étude «Événements de vie et dépendance chez l'adolescent et le jeune adulte» confirment les corrélations

existant entre problèmes de dépendance personnels ultérieurs et séparation des parents, maladies graves et problèmes de dépendance dans la famille ou encore abus sexuels. En revanche, les charges sociales et psychiques observées chez l'enfant et l'adolescent lui-même – comme par exemple les problèmes importants à l'école et à l'apprentissage (rupture d'apprentissage!), les états dépressifs, les troubles de l'alimentation et les angoisses – sont plus intéressantes du point de vue des programmes de prévention, car pouvant plus facilement être influencées.

Une réponse pertinente de politique de la santé à ces constatations serait une stratégie de *dépistage précoce* des jeunes manquant de ressources mais présentant de nombreuses charges, et l'identification de ce groupe-cible pour le faire bénéficier de mesures de prévention secondaire adaptées. Le programme de recherche «*supra-f*», lancé en 1999 par l'OFSP, a pour objectif d'examiner cette approche du «bilan charges-ressources» au moyen d'une étude multicentrique courant sur plusieurs années. «*supra-f*» signifie aussi une intention claire et nette de donner à la prévention un rôle plus prononcé que jusqu'à présent dans le dépistage et la prise en charge précoces de problèmes qui s'annoncent, soit sur le plan de la société en général, d'institutions diverses (écoles, entreprises, sport, famille, etc.), soit chez les individus eux-mêmes.

Wicki et al. ayant effectué une recherche de faisabilité du programme «*supra-f*» (Machbarkeitsstudie supra-f: Multizentrische Interventionsforschung im Bereich der sekundären Suchtprävention), en arrivent à la conclusion qu'il est possible de mener une recherche longitudinale sur le développement de jeunes à risque suivis pendant un certain temps sur le plan socio-pédagogique par des programmes locaux de prévention. Le plus grand défi méthodologique n'en sera certes pas la prise de données auprès des jeunes en question, mais bien l'analyse et l'interprétation méticuleuses et ardues des données, au vu de l'hétérogénéité considérable des interventions préventives en cours dans les quelque quinze projets locaux.

De même qu'un diplôme d'apprentissage est un précieux atout en termes de chance biographique pour les jeunes, la rupture d'apprentissage peut – mais ne doit pas nécessairement – être problématique. Une recherche approfondie sur les risques et les mesures préventives possibles dans le cadre d'une rupture d'apprentissage (10–40% selon les cantons) a été menée ces dernières années et résumée dans une brochure attrayante (Neuenschwander & Michaud). Le principal résultat d'une recherche-action de Michaud et al. («La santé des jeunes en rupture d'apprentissage: une recherche-action sur les modalités de soutien, les détermi-

nants de la santé») est que chaque rupture d'apprentissage doit être investiguée de manière *individuelle* afin de détecter les adolescents véritablement à risque qui ont besoin d'un soutien intensif et complet.

Le rapport de Cloëtta, Abel et Zeyen Bernasconi traite de la partie suisse d'une étude européenne sur la mise en œuvre pratique de stratégies de promotion de la santé et de prévention. Son objectif était l'élaboration et l'essai d'une série d'instruments permettant des conclusions quantitatives sur les conditions de mise en pratique, le succès des mesures prévues ainsi que sur leurs effets au sein de la population. Résultat frappant pour le changement de paradigme «Promotion de la santé au lieu de prévention» évoqué plus haut, les mesures devant créer des conditions de vie et de travail saines jouissent, auprès de la population helvétique et des experts en la matière, d'une priorité bien plus élevée que les mesures relatives aux risques telles la détection précoce du cancer du sein ou la prévention du tabagisme.

Le deuxième chapitre «*Recherche portant sur les aspects de société*» contient une intéressante analyse quantitative-qualitative sur la manière dont la presse écrite suisse relate les faits liés à la drogue (Boller, Coray & Widmer). Au cours de la période examinée – de 1993 à 1999 –, seuls 5% de tous les «articles sur la drogue» concernaient la prévention. Il n'y a là rien d'étonnant si l'on se rappelle que les événements spectaculaires sont plutôt rares dans une prévention menée de façon sérieuse. Mais comme la prévention aussi a besoin d'être perçue de façon positive par le public, des voies alternatives devront à l'avenir être trouvées en collaboration avec les réalisateurs des médias.

Dans son analyse de la législation de sept pays européens en matière de drogue, Cesoni conclut qu'il n'est pas possible de démontrer une relation directe entre le statut légal de la consommation de drogue et l'évolution de cette consommation. Il semble bien plus que les législations en matière de drogue soient une conséquence des tendances en matière de consommation de drogue plutôt que leur cause. Il est par contre sans équivoque que la poursuite pénale des consommateurs *ne facilite pas* la poursuite pénale du commerce de la drogue.

La criminalité concomitante des toxicodépendants est un phénomène bien connu. L'effet préventif des essais de prescription d'héroïne sur la criminalité démontré dans l'étude de Killias et al. est impressionnant. En comparaison avec le semestre précédant le début du programme, le nombre des délits relevés durant le premier semestre du programme s'est réduit de 68%. Il en découle que certains comportements humains peuvent relativement aisément

être modifiés par des changements situatifs du quotidien, constatation qui devrait aussi être prise en compte dans la prévention de l'abus de drogue.

## Résumé

Les travaux de recherche présentés ici abordent de différentes manières les tendances actuelles de la prévention telle qu'elle est pratiquée en Suisse. C'est sur les questions tournant autour des facteurs de risque et de protection que les recherches sont les plus poussées. La preuve formelle qu'une rupture d'apprentissage, liée à une situation biographique déjà peu stable, peut être un signe à prendre au sérieux d'une problématique de drogue naissante, influencera certainement la prévention. De même, une consommation précoce massive de cigarettes, d'alcool et de cannabis doit être considérée comme facteur de risque et engager les responsables à procéder à des interventions préventives en dépit de la permissivité croissante.

De savoir lesquels des facteurs de protection sont capables, en cas de facteurs de risque guère modifiables, d'enrayer un développement problématique, constitue pour la prévention une question clé. La recherche devrait ici, primo, fournir un éclaircissement du concept «facteurs de protection» (les facteurs de protection n'étant pas simplement le contraire des facteurs de risque) et, secundo, proposer des types d'intervention prometteurs de succès qui pourraient être mis en pratique dans des constellations concrètes de charges-ressources.

Les thèmes «Promotion de la santé au lieu de prévention» et «Intervenir dans les structures», chers aux praticiens et praticiennes, trouvent moins d'attention auprès de la recherche et ne sont, au demeurant, pas faciles à étudier. Et pourtant, il vaudrait la peine d'y apporter des efforts particuliers, car il s'agit là de questions de stratégie très fondamentales: Les faibles moyens impartis à la prévention doivent-ils continuer à être distribués à une multitude de petits projets individuels ou est-il plus judicieux de transférer ces ressources au sein de quelques domaines-clé choisis et clairement identifiés par la recherche?

La prévention des accidents de la circulation routière nous a appris que des *mesures structurelles* relativement simples à mettre en pratique, telles les limitations de vitesse, le port de la ceinture de sécurité et la circulation diurne avec feux de croisement allumés ont pour conséquence une réduction considérable des décès et des blessures graves dus aux accidents de la route. Par analogie et reporté sur la prévention des dépendances, cela pourrait signifier que des mesures structurelles dans les trois do-

maines critiques *développement de la petite enfance, gestion des loisirs, qualification professionnelle*, et adaptées aux *groupes à risque* auraient probablement un effet plus concret que les efforts d'éducation et le travail d'information, si louables soient-ils, auprès de *tous* les enfants et adolescents.

La recherche sur les facteurs de risque, les facteurs de protection et l'évolution des dépendances constitue une base solide pour la prise en compte accrue de la «détection précoce et prévention secondaire» dans la prévention. La différenciation – utilisée notamment dans la recherche épidémiologique et de suivi – des types de consommation en «consommation de drogues contrôlée», «consommation problématique» et «dépendance», affirme elle aussi de plus en plus sa place dans la pensée et l'action préventive actuelles. C'est avec un certain suspense que sont attendus, à cet égard, les résultats du programme de recherche *«supra-f»*. Une remarque critique toutefois à ce sujet: la détection véritablement précoce devrait se faire déjà très tôt dans la petite enfance et non pas à l'âge scolaire seulement.

## L'avenir

La prévention des dépendances devra continuer à s'orienter selon le triangle «drogue – être humain – environnement». Il s'ensuivra sans doute une perte d'importance pour le pôle «drogue», et l'interdépendance de l'être humain et de son environnement se trouvera au centre de l'attention. En effet, la dépendance aux drogues semble n'être, dans presque tous les cas, qu'une partie de la problématique *globale* de développements néfastes sur le plan social, psychique et de santé. La prévention des dépendances ira donc généralement *plus loin* que la seule prévention des *dépendances* et tentera d'améliorer les chances d'un jeune à pouvoir «sainement» devenir adulte dans notre société. Dans cette situation, les enfants et adolescents qui – pour quelque raison que cela soit – subissent des conditions de développement difficiles doivent avoir droit à des mesures précoces de soutien. Les constats scientifiques de plus en plus nombreux concernant l'importance des charges, survenant dans la petite enfance ou innées, dans la genèse de problèmes de dépendance ou autres au cours de la jeunesse, mettent le doigt sur le besoin de recherche ciblée en matière de prévention primaire dès la petite enfance.

La recherche effectuée jusqu'à présent a produit de nombreuses données sélectionnées au sujet de questions particulières, mais ne fournit pas d'indications assez claires et précises par rapport à la prévention. Des approches plus récentes, telles que la prescription médicale d'héroïne et le programme de prévention secondaire *«supra-f»* – dans lesquelles

les autorités, les praticiens et praticiennes en prévention, les chercheurs et les chercheuses développent et accompagnent en commun une intervention préventive – pourraient avoir un avenir prometteur et méritent un soutien continu. Comme la pratique, qui devient de plus en plus interdisciplinaire, la recherche, elle aussi, devra augmenter son interdisciplinarité (psychologie, médecine, sociologie, économie, entre autres) et intégrer différentes approches de recherche.

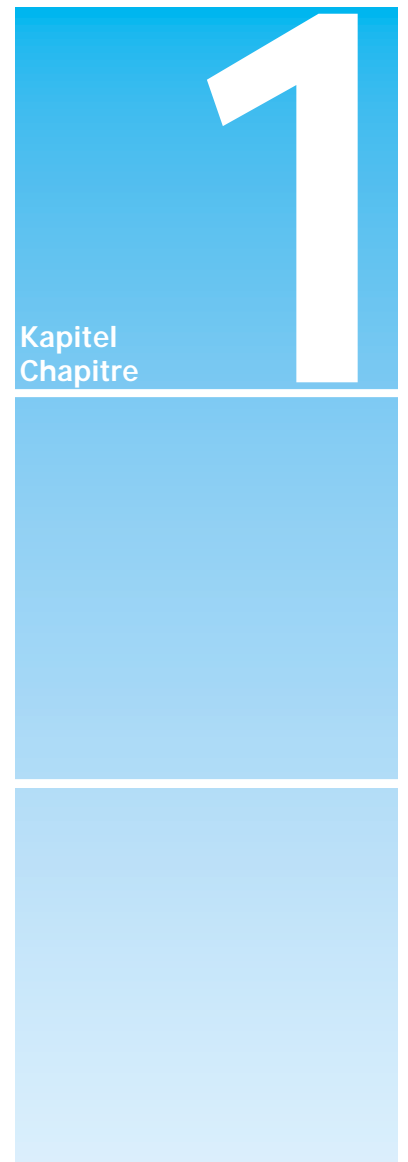
Au vu des nettes tendances croissantes de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis dans la prime jeunesse, les efforts de la recherche dans le domaine de la prévention primaire concernant l'ensemble de la société resteront nécessaires.

Nonobstant les multiples avantages du modèle des quatre piliers de la politique suisse en matière de drogue, ces piliers ne devraient pas devenir en quelque sorte autonomes ni être étudiés uniquement en tant qu'entités distinctes par la recherche. Comment ces piliers sont-ils pondérés dans les différentes régions du pays? Quels sont les développements observés? Existe-t-il aussi des coopérations entre les piliers et, le cas échéant, avec quel succès?

En résumé, la prévention des dépendances et la recherche sur la prévention pourraient concevoir et organiser leur avenir en commun en mettant l'accent sur les points suivants:

- La collaboration est institutionnalisée sous la forme de *réseaux de chercheurs et de praticiens régionaux*.
- *L'interdisciplinarité* devient critère de qualité tant dans la pratique que dans la recherche.
- Le *bénéfice* de la collaboration entre chercheurs et praticiens devient tangible pour les deux partenaires et fait l'objet d'une évaluation continue.
- *Les programmes nationaux de prévention* constituent une opportunité attrayante, tant pour la pratique que pour la recherche, de répondre d'une part sur le plan régional aux besoins prioritaires de politique de la santé et de les investiguer d'autre part sur le plan national.

# Grundlagen der Prävention/ Fondements de la prévention



# Präventionsforschung bei Jugendlichen im Suchtbereich: Erkenntnisse für die Praxis\*

**Werner Wicki**, Hochschule für Sozialarbeit Bern, Institut für Sozialplanung und Sozialmanagement und Institut für Psychologie der Universität Bern

**Beat Stübi**, Françoise Alsaker, Universität Bern, Institut für Psychologie

**Gebhard Hüsler**, Universität Fribourg, Institut für Psychologie

**Pierre-André Michaud**, Université de Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive

**Thomas Steffen**, Institut für Suchtforschung Zürich

## Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit der Einrichtung neuer sekundärpräventiver Angebote für Jugendliche (supra-f) wurde als Teil der wissenschaftlichen Machbarkeitsstudie die relevante Literatur zur Suchtpräventionsforschung gesammelt und bewertet. Der vorliegende Text integriert gängige Erklärungsmodelle für jugendlichen Drogenkonsum und präsentiert die wichtigsten Risiko- und Schutzfaktoren mit den entsprechenden epidemiologischen und Interventionsstudien. Das supra-f-Projekt wird anschliessend zusammen mit weiteren evaluierten sekundären Präventionsprogrammen analysiert und deren Evaluationsergebnisse werden systematisch miteinander verglichen.

## 1. Einleitung

Die Entwicklung substanzgebundener Abhängigkeiten wird heute – soweit besteht ein breiter Konsens – auf die *Interaktion* spezifischer personen-, umwelt- und substanzbezogener Faktoren zurückgeführt. Diese spezifischen Faktoren sind im Einzelnen, das heisst in Bezug auf die einzelnen Abhängigkeiten, zu bestimmen. Die ätiologische Forschung kann diese Bestimmung jedoch noch nicht befriedigend leisten.

Immerhin haben wir aber heute aus der *epidemiologischen* Forschung ein recht umfangreiches Wissen über Risiko- und Schutzfaktoren, welche die Entstehung und den Verlauf verschiedener Abhängigkeiten beeinflussen. In der Anwendung dieses Wissens beruht der pragmatische Zugang zur Suchtprävention. Darüber hinaus fehlt es nicht an Konzepten und Theorien, die zur Erklärung des Substanzgebrauchs und -missbrauchs herangezogen werden. Petraitis, Flay und Miller (1995) haben in ihrer Review nicht weniger als 14 Theorien identifiziert, die einen wichtigen Beitrag zur Vorhersage des experimentellen Substanzgebrauchs liefern.

Wir gehen nachfolgend auf die wichtigsten Theorien ein, skizzieren danach den pragmatischen Risiko- und Schutzfaktorenansatz und stellen schliesslich die Verbindung mit «supra-f» her, einem sekundären Präventionsprogramm (Wicki, Alsaker, Hüsler, Michaud & Steffen, 1999).

## 2. Theorien, Konzepte, Modelle, Perspektiven

Alkohol- und Drogenmissbrauch beginnen sehr oft (aber längst nicht immer) in der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter; der Missbrauch psychotroper Substanzen entwickelt sich dabei meistens aus dem Probier- und Experimentierkonsum zunächst legaler Substanzen (Alkohol, Tabak) heraus (Newcomb & Bentler, 1986; Shedler & Block, 1990; Jonas, 1997).

### 2.1 Entwicklungspsychologische Perspektive

Aus *entwicklungspsychologischer Perspektive* ist bedeutsam, dass der Gebrauch psychotroper Substanzen insofern für viele Jugendliche funktional ist,

## Key Words

Drug Prevention  
Adolescence  
At-Risk-Youth  
Substance Abuse  
Evaluation

\* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit aus dem Vertrag Nr. 8150 unterstützt.

als dadurch (tatsächliche oder vermeintliche) Attribute, Privilegien und Symbole Erwachsener beansprucht und «vereeinnahmt» werden, was in der Peergruppe einen Zuwachs an Status und für die eigene Person eine Ergänzung des fragilen Selbstkonzeptes bewirkt (Oerter & Dreher, 1995; Silbereisen, 1995, 1999). Moffitt (1993) und weitere AutorInnen stellen in diesem Zusammenhang die sogenannte Maturity-Gap-Hypothese zur Diskussion, die im wesentlichen Folgendes besagt: Das Menarchealter hat in den westlichen Industriegesellschaften im Verlaufe der letzten 100 Jahre kontinuierlich abgenommen (säkulare Akzeleration), während die Schul- und Berufsbildungen länger geworden sind. Es hat sich demnach eine Schere aufgetan zwischen dem Zeitpunkt der biologischen Reifung und dem Übergang vom Jugendlichen- zum Erwachsenenstatus: Die Zeit, in der den Jugendlichen der Zugang zu vielen Ressourcen und Statussymbolen der Erwachsenen verwehrt bleibt, hat sich verlängert und damit auch die Zeit, während der sich die Jugendlichen solche Symbole nur mit illegalen Mitteln beschaffen können (vgl. z.B. Jessor & Jessor, 1977). Diese entwicklungspsychologische Perspektive ergänzt die nachfolgend skizzierten allgemeinen, auf proximale und distale Faktoren fokussierenden Theorien des Substanzgebrauchs.

## 2.2 Einstellungen und Erwartungen

Proximale Faktoren sind insbesondere Einstellungen, normative Erwartungen und Wirksamkeitserwartungen der Jugendlichen gegenüber bestimmten Substanzen. Distalen Faktoren schreiben wir indirekte Effekte zu, weil sie im Wesentlichen die proximalen Faktoren beeinflussen.

Jugendliche mit positiven Einstellungen gegenüber psychotropen Substanzen (hohe Nutzen- und geringe Kostenerwartungen) und mit der normativen Annahme, dass diese Substanzen auch von den meisten anderen Jugendlichen konsumiert würden, nehmen den Probierkonsum häufiger auf als Jugendliche mit anderen (weniger positiven) Einstellungen und Erwartungen (Ajzen, 1988; Ajzen, Timko & White, 1982). Neben Einstellungen und normativen Erwartungen sind zwei Typen von Wirksamkeitserwartungen (Ajzen, 1988; Bandura, 1986) einflussreich: einerseits die Erwartung, die mit dem Konsum verbundenen Handlungen auch vollbringen zu können (use self-efficacy; vgl. auch «agency»), und umgekehrt die Erwartung, dem Gebrauch einer Substanz und dem damit verbundenen Gruppendruck widerstehen zu können (refusal self-efficacy). Gerade auch zum Einfluss des zweiten Typs (refusal self-efficacy) liegt heute einige empirische Evidenz vor (z.B. DeVries, Kok & Dijkstra, 1990). Kognitiv-affektive Theorien wie diejenige von Ajzen greifen sicher zu kurz, solange sie die sozialen Beziehungen der

Jugendlichen (Peer-Gruppe, Beziehungen zu Eltern und andern Erwachsenen) und deren Einfluss nicht systematisch miteinbeziehen. Auch wenn die Bedeutung von Einstellungen und Erwartungen offensichtlich ist, so bleibt doch unklar, wie die Jugendlichen zu diesen Einstellungen und Erwartungen überhaupt gekommen sind.

## 2.3 Soziale Modelle

An diesem Punkt setzt die sozial-kognitive Lerntheorie (Bandura, 1986) an. Diese Theorie kann vorhersagen, welche sozialen Modelle unter welchen Umständen imitiert und von wem Einstellungen und Haltungen übernommen werden. Zentral ist die These, dass Modelle mit hohem Status, zu denen eine positive Beziehung besteht, besonders häufig imitiert werden. Daraus folgt der gewichtige (positive oder negative) Einfluss von Lehrpersonen, Eltern und Freunden sowie medial vermittelter Idole (Film, Musik, Sport), den diese mit ihrem (vorhandenen oder fehlenden) Substanzkonsum und ihren damit verbundenen Haltungen und Einstellungen auf den Beginn des Experimentierkonsums Jugendlicher ausüben (z.B. Huba, Wingard & Bentler, 1980; Newcomb & Bentler, 1986). Die Annahme, dass sich Sucht vor dem Hintergrund sozialer Beeinflussung entwickelt, steht hinter einer grossen Zahl primärpräventiver Programme (zusammenfassend: Hawkins, Catalano & Miller, 1992). Weniger beachtet wird die Überlegung, dass die Kausalität in manchen Fällen auch umgekehrt vorliegen könnte: Dass nämlich Jugendliche mit Probierkonsum (und entsprechenden Einstellungen und Erwartungen) andere ebenfalls experimentierende Peers aktiv auswählen (Fisher & Bauman, 1988).

## 2.4 Soziale Einbindung

Selbst wenn wir nun annehmen wollen, dass ein Teil der substanzbezogenen Haltungen und Einstellungen von signifikanten Peers und Erwachsenen übernommen wird, so stellt sich immer noch die Frage, wie es kommt, dass die einen Jugendlichen mehrheitlich mit positiven Vorbildern, andere häufiger mit negativen in Kontakt kommen. Darauf finden wir in den Theorien zur sozialen Kontrolle (Elliott, Huizinga & Menard, 1989) und zur sozialen Entwicklung (Hawkins & Weis, 1985) Antworten. Der Fokus dieser Theorien ist in Bezug auf den Drogengebrauch vergleichsweise distaler Natur. Es wird postuliert, dass die erfolgreiche Einbindung in konventionelle Institutionen (Schule, Vereine etc.) und das daraus resultierende Engagement für deren Werte auch die Übernahme weiterer konventioneller Standards fördern. Soziale Desintegration (der Familie oder des Quartiers), Schulmisserfolg oder Lehrabbruch sind Ereignisse, die eine erfolgreiche

Einbindung in Institutionen und Wertesysteme im Sinne dieser Theorie verhindern und demnach das Risiko für Substanzkonsum und andere ausserhalb gesellschaftlicher Konventionen liegende Handlungen (antisoziales Verhalten) erhöhen. Insbesondere für den positiven Zusammenhang zwischen Schulschlechte und Substanzgebrauch liegen zahlreiche empirische Befunde vor (z. B. Shedler & Block, 1990; Efonayi-Mäder, François, Fröchling & Le Gauffey, 1996). Auch die Erfahrung, keine positiv bewertete Lehrstelle zu finden, kann im Lichte dieser Theorien eine geringere Anbindung an konventionelle Überzeugungen (z. B. gegen den Konsum psychotroper Substanzen) implizieren. Tatsächlich finden wir hier einen Schlüssel für die oben formulierte Frage, wie die Peerkontakte gesteuert werden. Es sind nicht nur individuelle Selektionsprozesse im Spiel, sondern auch Ausschluss- und Einchlussprozesse von Seiten der Institutionen. Schulen und Betriebe können Jugendliche aufnehmen oder ausschliessen, ihnen Entwicklungschancen bieten oder sie entmutigen. Im zweiten Fall werden sich die Jugendlichen in Gruppen von Ausgeschlossenen formieren, im ersten eher nicht.

## 2.5 Konzepte, welche die Vorhersage schädigenden Konsums ermöglichen

Die bis zu dieser Stelle referierten Theorien und Konzepte haben sich empirisch vor allem bei der Erklärung des *Probier- und Experimentierkonsums* Jugendlicher bewährt und weniger zur Vorhersage von *habituellem und schädigendem Konsum*. Nun soll aber die Primär- und Sekundärprävention insbesondere den schädigenden Konsum verhindern, während der Probierkonsum im Bereich der legalen Substanzen zum normalen Aneignungsmuster des Erwachsenenhabitus und der zugehörigen Rituale gehört. Shedler und Block (1990) haben die individuellen Entwicklungen vom Vorschulalter bis zum 18. Altersjahr verfolgt. Die am besten angepasste Gruppe in dieser Studie waren diejenigen Jugendlichen, die mit Drogen *experimentiert* hatten, aber *nicht* zu einem *problematischen Konsum übergegangen* waren. Jugendliche, die bis zum Alter von 18 Jahren überhaupt nicht experimentiert hatten, erwiesen sich im Vergleich zu den übrigen Jugendlichen als ängstlicher und sozial weniger geschickt. Jugendliche mit problematischem Substanzkonsum waren sozial am schlechtesten angepasst, hatten mehr soziale Probleme und eine geringere Impulskontrolle als die übrigen Jugendlichen.

Was wissen wir also über den Übergang vom Probierkonsum zum schädlichen Konsum?

In einer Längsschnittstudie (Wills, McNamara, Vaccaro & Hirky, 1996) gelang es, die Charakteristika derjenigen Jugendlichen zu identifizieren, die von

einem Probierkonsum zu einem problematischen Konsum übergingen. Eskalation des Substanzkonsums konnte vorhergesagt werden durch *erhöhte Stressexposition, geringere Unterstützung durch die Eltern, erhöhten Substanzkonsum der Eltern, normabweichende Einstellungen, unangepasstes Coping* (z. B. Ärgerreaktionen), *geringe Selbstkontrolle und Anschluss an Peergruppen mit häufigem Substanzgebrauch*. Diese Faktoren haben wir nun aber teilweise auch schon weiter oben besprochen: Anschluss an konsumierende Peergruppen und Substanzkonsum der Eltern im Rahmen der sozial-kognitiven Lerntheorie, normabweichende Einstellungen im Zusammenhang mit der Theorie der sozialen Kontrolle. Was bleibt und konzeptionell nirgends eingeordnet werden kann, sind Stressbelastung und individuelle Copingfähigkeiten. Damit kommen wir zurück auf individuelle Faktoren, die nochmals näher betrachtet werden sollen.

## 2.6 Verlaufstypen jugendlichen Problemverhaltens

Neuerdings wird diskutiert, dass die Adoleszenten bezüglich ihres Problemverhaltens nicht als homogene Gruppe betrachtet werden sollten (Moffitt, 1993; in Bezug auf Substanzkonsum vgl. auch Gorman, 1996): Die grosse Mehrheit der Adoleszenten zeigt vorübergehendes Problemverhalten (inkl. delinquentem Verhalten sowie legalem und illegalem Drogenkonsum), das im frühen Erwachsenenalter mit der Übernahme von Status und Pflichten meistens verschwindet (Abschnitt 2.1). Eine viel kleinere zweite Gruppe (ca. 5% der Jugendlichen) weist eine ungünstige Entwicklung auf, die persistiert («*life-course-persistent antisocial behavior*»). Diese Jugendlichen waren oft bereits als Säuglinge und Kleinkinder auffällig (schwieriges Temperament); in der Vorschulzeit sind Erziehungsprobleme häufig, in der Kindergarten- und Schulzeit Konzentrations- und Leistungsschwächen, Impulsivität und antisoziales Verhalten. Diese Probleme setzten sich im Jugend- und Erwachsenenalter fort in Form von delinquentem Verhalten und Drogenkonsum (Moffitt, 1993). Diese zweite Gruppe hat möglicherweise auch eine Schrittmacherfunktion im Hinblick auf den Drogengebrauch der Jugendlichen mit vorübergehendem Problemverhalten – vermutlich so lange, bis letztere an Status zugelegt haben (und der Drogengebrauch nicht mehr funktional ist).

In analoger Weise wurden auch unterschiedliche Entwicklungstypen des Substanzmissbrauchs identifiziert. Im Hinblick auf Alkoholmissbrauch wurden zwei Subtypen beobachtet und validiert. Für den einen Typ ist später Beginn, geringe Vererblichkeit, wenig belastende Risikofaktoren in der Kindheit und geringe Impulsivität charakteristisch. Im Gegensatz dazu beinhaltet der andere Typ frühen Beginn, hohe



Vererblichkeit, mehr Risikofaktoren in der Kindheit, stärkere Abhängigkeit, höhere Impulsivität und höhere Wahrscheinlichkeit, gleichzeitig an einer anderen Krankheit zu leiden (Cloninger, 1987; Babor, Dolinsky, Meyer, Hesselbrock, Hoffman & Temmem, 1992). Ähnliche Subtypen wurden auch für Kokaingebraucherinnen und -gebraucher beschrieben (Ball, Carroll, Babor & Rousaville, 1995).

### 3. Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept im Dienste der Prävention

Das Ziel der Präventionswissenschaft kann wie folgt definiert werden: Verhinderung oder Veränderung der hauptsächlichsten Dysfunktionen durch Manipulation der Vorläufer von Krankheit und Gesundheit (Coie et al., 1993). Diese Vorläufer bezeichnet man als Risiko- und protektive Faktoren. Risikofaktoren werden dabei definiert als Variablen, die mit Beginn, Schweregrad und Dauer einer Krankheit oder Störung assoziiert sind. Im Gegensatz dazu werden protektive Faktoren (Schutzfaktoren) definiert als Variablen, die den Widerstand einer Person gegen den negativen Einfluss der Risikofaktoren und gegen Krankheiten stärken. Dabei kann es sich um Eigenschaften der Person selbst (z. B. Persönlichkeit) oder der sozialen Umwelt handeln (Garmezy, 1985; Rutter 1985; Werner & Smith, 1982; vgl. auch Übersicht von Wicki, Shantinath & Streuli, 1999). Trotz dieser einfachen Differenzierung kommen in der Empirie immer wieder relativ beliebige Zuordnungen vor: Was in den einen Studien als Schutzfaktor bezeichnet wird, gilt nicht selten in andern Studien mit umgekehrten Vorzeichen als Risikofaktor.

Coie und Kollegen (Coie et al., 1993) halten im Zusammenhang mit Risiko- und Schutzfaktoren die folgenden Überlegungen für zentral:

- *Risikofaktoren* üben ihren Einfluss *auf verschiedenen Wegen* (resp. in verschiedenen Kontexten) aus: in Familie, Schule, Betrieb, Vereinen und im weiteren gesellschaftlichen Kontext.
- Individuelle Risiken sind ein Resultat der *Wechselwirkungen* zwischen personalen und Umweltfaktoren (vgl. auch Petraitis et al., 1995).
- Der Einfluss eines Risikofaktors ist abhängig von der Interaktion zwischen dem *Entwicklungsstand des Individuums* und der korrespondierenden Vulnerabilität. Risikofaktoren können die Vulnerabilität kumulativ beeinflussen.
- *Verschiedene Störungen* oder Krankheiten können *durch die gleichen Risikofaktoren* verursacht, ausgelöst oder negativ beeinflusst werden.
- *Protektive Faktoren* können als individuelle oder soziale Charakteristika die Effekte von Risiken abschwächen. Deshalb sind sie im Zusammenhang mit Prävention wichtig.

Die epidemiologische Forschung der letzten 20 Jahre hat im Hinblick auf den Konsum legaler und illegaler Drogen bei Jugendlichen eine Reihe von Risiko- und Schutzfaktoren identifiziert (Tab.1). Unsere nicht abschliessende, nach sozialökologischen Kontexten gegliederte Liste vermag vielleicht zu verdeutlichen, dass eine beachtliche Zahl identifizierter Faktoren vorliegt, die zuhanden der Suchtprävention eine Vielfalt von Ansatzpunkten bieten. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit und auch ohne jedes einzelne Ergebnis zu kommentieren, haben wir die Tabelle 1 um eine Reihe von Interventionsstudien ergänzt, die an den identifizierten Faktoren ansetzen. Wir diskutieren ausgewählte Ergebnisse im nächsten Abschnitt.

Die auf den ersten Blick theoriefrei wirkende Auflistung von Risiko- und Schutzfaktoren sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass die meisten dieser Faktoren theoretischen Konzepten entstammen, wie sie oben skizziert worden sind.

### 4. Primäre und sekundäre Präventionsprogramme: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Während primäre Suchtprävention das Ziel verfolgt, (verschiedene) Suchtentwicklungen in der gesamten Bevölkerung zu verhindern, zielt die sekundäre Suchtprävention auf die Verhinderung der Suchtentwicklung bei Personen, die ungünstigen (d. h. Suchtentwicklungen fördernden) Risiken in besonders hohem Masse ausgesetzt sind oder bereits erste Anzeichen einer Suchtentwicklung zeigen (Laaser, Hurrelmann & Wolters, 1993). In Bezug auf die theoretische Basis unterscheiden sich neuere primär- und sekundärpräventive Programme wenig, einmal abgesehen von der Bedeutung, die letztere der frühen Intervention bei besonders gefährdeten Zielgruppen beimessen: Beide betonen soziale, kontextuelle Faktoren und langfristiges Engagement sowie die Berücksichtigung und Stärkung von Schutzfaktoren.

Neuere *primärpräventiv* ausgerichtete Programme arbeiten sowohl an der Reduktion von Risikofaktoren als auch an der Stärkung der Schutzfaktoren (vgl. z. B. Gager & Elias, 1997; Hostetler & Fisher, 1997; Sambrano, Springer & Hermann, 1997). Erfolgversprechend ist die Implementierung längerfristiger, in den gegebenen Lebenskontexten abgestützter Programme anstelle kurzfristiger punktueller Interventionen und die Berücksichtigung individueller Entwicklungsschritte und Entwicklungsaufgaben der Kinder und Jugendlichen (vgl. Springer et al., 1997; St. Pierre & Kaltreider, 1997; Flores-Fahs, Lorion & Jakob, 1997; Carrel, 1994).

**Tabelle 1: Konsum legaler und illegaler Drogen bei Jugendlichen: Risiko-/Schutzfaktoren und Interventionen**

Kontext	Risiko- und Schutzfaktoren* für (substanzgebundene) Suchtentwicklung	Korrelative Studien	Interventionsstudien
<b>Peers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empfänglichkeit für den Peer-Einfluss bezüglich des Konsums von Alkohol/Drogen (-)</li> <li>- Enge FreundInnen konsumieren Drogen/Alkohol (-)</li> <li>- Enge FreundInnen begehen illegale/ antisoziale Handlungen (-)</li> <li>- Anzahl Peers, die Tabak/Alkohol/Drogen konsumieren (-)</li> <li>- Soziale Unterstützung (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Webb, Baer, Getz &amp; McKelvey (1996); Donaldson (1995)</li> <li>Dolcini &amp; Adler (1994)</li> <li>Sigler (1995); Elliott, Huizinga &amp; Ageton (1985); Jessor, Donovan &amp; Costa (1991)</li> <li>Kandel, Kessler &amp; Margulies (1978); Huba et al. (1980); Akers, Krohn, Lanza-Kaduce &amp; Radosevich (1979)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gottfredson, Gottfredson &amp; Skroban (1996); Dielman (1994); Moskowitz (1989); Botvin (1986)</li> </ul>
<b>Schule</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gute Schulleistungen (+)</li> <li>- Negative Einstellung zur Schule (-)</li> <li>- Negative Einstellung zu den Lehrenden (-)</li> <li>- Fehlen in der Schule (-)</li> <li>- Negativ wahrgenommenes Schulklima (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lifrak, McKay, Rostain &amp; Alterman (1997)</li> <li>Lifrak et al. (1997)</li> <li>Kelly &amp; Balch, (1971); Johnston, O'Malley, Bachmann (1985); Ried, Martinson &amp; Weaver (1987)</li> <li>Kaplan, Martin &amp; Robbins (1982); Kaplan, Martin, Johnson &amp; Robbins (1986)</li> <li>Kandel et al. (1978); Schulenberg, Bachman, O'Malley &amp; Johnston (1994)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spoth, Redmond, Hockaday &amp; Yoo (1996)</li> <li>Gotts (1989); Hawkins &amp; Lam (1987)</li> <li>Madden &amp; Slavin (1983); Gottfredson (1986)</li> <li>Freiberg, Brady, Swank &amp; Taylor (1989)</li> <li>Felner &amp; Adan (1988); Blechman, Taylor &amp; Schrader (1981); Hawkins &amp; Lam (1987)</li> <li>Eggert, Thompson, Herting &amp; Nicholas (1994a); Dolan, Kellam &amp; Brown (1989)</li> </ul>
<b>Familie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alkohol- und Tabakkonsum der Eltern (-)</li> <li>- Elterliche Kontrolle über die Aktivitäten des/der Jugendlichen (+)</li> <li>- Verbrachte Zeit mit der Familie</li> <li>- Schlechtes Familienklima (Konflikte) (-)</li> <li>- Emotionale und praktische Unterstützung durch die Eltern (+) (1990)</li> <li>- Familienkohäsion, Bindungen (+)</li> <li>- Positive Einstellung der Eltern bezüglich Substanzkonsum (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hops, Duncan, Duncan &amp; Stoolmiller (1996); Cloninger, Bohman, Sigvardsson &amp; von Knorring (1985)</li> <li>Kandel &amp; Andrews (1987); Penning &amp; Barnes (1982)</li> <li>Penning &amp; Barnes (1982)</li> <li>Farrington, Gallagher, Morley, Ledger &amp; West, (1985); Rutter &amp; Giller, (1983); Simcha-Fagan &amp; Schwartz, (1986)</li> <li>Elliott et al. (1985); Kaplan et al. (1986); Brook, Brook, Gordon, Whiteman &amp; Cohen</li> <li>Webb et al. (1996); McDermott (1984)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wolin &amp; Wolin (1996); DeMarsh &amp; Kumpfer (1986)</li> <li>Fleischman (1981); Patterson &amp; Fleischman (1979)</li> <li>Patterson, Chamberlain &amp; Reid (1982); Baum &amp; Forehand (1981)</li> <li>Bry (1994); Rohrbach, Hodgson &amp; Broder (1994)</li> <li>Springer, Wright &amp; McCall (1997); St. Pierre &amp; Kaltreider (1997); Spoth et al. (1996); Richards-Colocino, McKenzie &amp; Newton (1996)</li> </ul>
<b>Person</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoher Selbstwert (+)</li> <li>- Selbstwirksamkeit (+)</li> <li>- Soziale und kognitive Kompetenzen (+)</li> <li>- Einstellungen zum Konsum von Suchtmitteln (-)</li> <li>- «Schwieriges» Temperament (-)</li> <li>- Aggressives Verhalten (-)</li> <li>- Suizidalität (-)</li> <li>- Essverhalten</li> <li>- Psychische Störungen (-)</li> <li>- Geschlecht</li> <li>- «sensation seeking» (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dolcini &amp; Adler (1994); Kaplan et al. (1982); Ried et al. (1987)</li> <li>Wills, Baker &amp; Botvin (1989); Lifrak et al. (1997); Kline &amp; Canter (1994)</li> <li>Milgram (1996); Webb et al. (1996)</li> <li>Walton &amp; Gomberg (1994); Lerner &amp; Vicary (1984)</li> <li>Bukstein (1996); Block, Block &amp; Keyes (1988); Brook et al. (1990)</li> <li>Kaminer (1996)</li> <li>Isralowitz &amp; Trostler (1996)</li> <li>Brown, Lewinsohn, Seeley &amp; Wagner (1996); Young, Mikulich, Goodwin &amp; Hardy (1995)</li> <li>Opland, Winters &amp; Stinchfield (1995)</li> <li>Donohew, Palmgreen &amp; Lorch (1994); Cloninger, Sigvardsson &amp; Bohman (1988)</li> <li>Schiff &amp; Cavaola (1990); Cox &amp; Cox (1984)</li> <li>Saner &amp; Ellickson (1996); Forst (1994)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>How (1996); Emshoff, Avery, Raduka &amp; Anderson (1996)</li> <li>Palinkas, Atkins, Miller &amp; Ferreira (1996); How (1996); Boyer, Shafer &amp; Tschann (1997); LoSciuto, Rajala, Townsend &amp; Taylor (1996); Donaldson, Graham, Piccinin &amp; Hansen (1995); Dielman (1994); Eggert, Thompson, Herting &amp; Nicholas (1994b)</li> <li>Milgram (1996); Hansen (1996); Donaldson, Graham &amp; Hansen (1994)</li> <li>Bierman, Miller &amp; Stabb (1987)</li> </ul>
<b>Kritische Lebensereignisse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trennung der Eltern (-)</li> <li>- Delinquenz (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schiff &amp; Cavaola (1990); Cox &amp; Cox (1984)</li> <li>Saner &amp; Ellickson (1996); Forst (1994)</li> </ul>	

\*Legende: (- / +) = die betreffenden Phänomene gehen mit höherem/geringerem Konsum einher (siehe Band 1, 5.51)

Nach wie vor fehlen auch im primärpräventiven Bereich die Studien, die deren *langfristige* Effekte überprüfen würden. Von den 33 Evaluationsstudien zur Wirksamkeit von Alkoholpräventionsprogrammen, die nach Foxcroft, Lister-Sharp & Lowe (1997) in methodischer Hinsicht höheren Ansprüchen genügen konnten, haben nur gerade deren zwei auch Langzeiteffekte untersucht. Eine der beiden, die Evaluation einer 15 Stunden umfassenden «life-skills»-Intervention (Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin & Diaz, 1995), die eine beachtliche Stichprobe von 3500 Schülern und Schülerinnen in 56 Schulen untersuchte, konnte direkte Effekte auf den Substanzkonsum (Reduktionen bei Tabak, Alkohol und Cannabis) nachweisen. Tobler und Stratton (1997) untersuchten in einer umfassenden Metaanalyse die Effektivität von 120 schulischen primärpräventiven Programmen und unterteilten diese in Programme mit oder ohne interaktive Vermittlung. Kriterium für die Unterteilung war der Gruppenprozess, die Beteiligung der Schüler im Programm (von reiner Wissensvermittlung bis zum Training spezifischer Kompetenzen reichend). Interaktive Programme waren deutlich effektiver als nicht-interaktive Programme, dieser Effekt war über unterschiedliche Substanzen oder unterschiedliche Schülergruppen hinweg stabil. Je grösser die interaktiven Programme waren, desto kleiner war der Unterschied zu nicht-interaktiven Programmen, er blieb aber signifikant. Dies könnte mit Problemen bei der Implementierung von grösseren Programmen zusammenhängen.

Die *Schule* als Bildungsinstitution und wichtiger Erfahrungsraum ist der wohl mit Abstand am häufigsten gewählte *institutionelle Rahmen*, in dem Suchtpräventionsprogramme bisher eingesetzt und (teilweise) evaluiert wurden (Tobler, 1986; Tobler & Stratton, 1997; Laaser et al., 1993). Ob es allerdings sinnvoll ist, ganze Schulklassen oder sogar Schulen mit den gleichen Programmen zu bedienen, sollte angesichts der Heterogenität des jugendlichen Problemverhaltens (s.o.) und der unterschiedlichen «Drogennähe» von SchülerInnen (Fahrenkrug, 1995) immer wieder kritisch hinterfragt werden.

Als weiteres Setting sollte – angesichts der dort identifizierten Risiko- und Schutzfaktoren – insbesondere die Familie im Zentrum suchtpreventiver Bemühungen stehen (vgl. Künzel-Böhmer, Bühringer & Janik-Konecny, 1994), was aber bisher seltener der Fall war (vgl. Springer et al., 1997; St. Pierre & Kaltreider, 1997; Hofmann, Cloetta & Bolliger-Salzmann, 1994; Meier Kressig, 1998).

Die *breite Anwendung* von primären Suchtpräventionsprogrammen beruht einerseits auf der (begründeten) Annahme, dass sich Sucht auf dem Hintergrund sozialer Beeinflussung entwickelt, andererseits gehen die Programme implizit davon aus, dass

das Risiko, Suchtverhalten zu entwickeln, für jedes Kind gleich hoch ist. Letztere Annahme ist jedoch unsicher: Die Beziehung zwischen Peergruppenzugehörigkeit und Suchtentwicklung ist vermutlich reziprok und bei einzelnen Jugendlichen ist das Risiko der Suchtentwicklung vergleichsweise grösser (Gorman, 1996).

Wie bereits erwähnt, unterscheiden sich *sekundär-* und *primärpräventive* Programme in erster Linie im Hinblick auf die Zielgruppe: Während Programme der primären Suchtprävention in der Regel die Gesamtheit der SchülerInnen oder Lehrlinge oder Erwachsenen zu erreichen versuchen, fokussieren sekundärpräventive Programme besonders gefährdete Zielgruppen, z.B. Lehrabbrecher (Ferron, Cordonier, Delbos Piot, Schallbetter & Michaud, 1997; Süss, Neuenschwander & Dumont, 1996; Süss & Neuenschwander, 1997), Kinder und Jugendliche, die in Heimen leben (Fors & Jarvis, 1995, Krucker & Wicki, 1996; Wicki & Krucker & Flammer, 1997; Wicki & Friedrich, 1997), Jugendliche, die bereits Suchtmittel konsumieren, aber noch nicht davon abhängig sind, Kinder suchtkranker Eltern etc. Hierbei wird die «besondere Gefährdung», wie diese Beispiele zeigen, einmal aus Kontextbedingungen (z.B. Heimaufenthalt, suchtkranke Eltern, Armut), dann wieder aus individuellen Merkmalen oder Entwicklungsverläufen (z.B. Lehrabbruch, Schulschwierigkeiten) hergeleitet.

Ungeklärt ist die unter Praktikern gelegentlich geäusserte Befürchtung, sekundärpräventive Angebote könnten ungünstige Stigmatisierungseffekte zeitigen, indem sie Jugendliche mit besonderer Gefährdung als solche ansprechen und dadurch – unbeabsichtigt – in deren eigenem sozialen Umfeld eben auch kennzeichnen. In der Folge könnten sich diese Jugendlichen vermehrt mit ungünstigen Entwicklungserwartungen konfrontiert sehen (self fulfilling prophecy).

## 5. Das multizentrische Suchtpräventionsforschungsjahr «supra-f»

«Supra-f» (= SUCHtPRAevention-Forschung) bezeichnet einerseits die (dezentral an 13–15 Standorten in verschiedenen Landesregionen der Schweiz seit 1999/2000 bestehende) individuell befristete Intervention für Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 20 Jahren (Schülerinnen und Schüler, stellenlose Jugendliche und Lehrlinge), die hinsichtlich Suchtentwicklung und selbstschädigendem Verhalten ein spezifisches Risikoprofil aufweisen.<sup>1</sup> Andererseits

<sup>1</sup> Es gibt Supra-f-Projekte in Basel, Bern, Biel, Delémont, Fribourg, Genf, Lausanne, Liestal, Meyrin, Moudon, Renens, Winterthur und Zürich. Alle Projekte erhalten vom Bundesamt für Gesundheit eine Startfinanzierung.

bezeichnet «supra-f» auch die Begleitforschung dieser Intervention im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, bezieht sich also auf das entsprechende Suchtpräventionsforschungsprojekt, das dieses sekundärpräventive Angebot in allen wesentlichen Aspekten evaluieren soll.

«supra-f» richtet sich an Kinder und Jugendliche in Risikosituationen und ist von daher ein sekundärpräventives Programm. Es liegt jedoch insofern nicht ganz im «Mainstream» evaluierter sekundärpräventiver Programme, als die geplante Intervention eine teilstationäre Tagesbetreuung (plus sozialpädagogische Betreuung) vorsieht. Ergebnisse evaluativer Outcome-Studien liegen zu dieser Komponente der Prävention bis heute nicht vor.

Aus der vor dem Projektbeginn im Jahre 1999 durchgeführten Machbarkeitsstudie wurde ersichtlich, dass sich die «supra-f»-Projekte untereinander aufgrund der erwarteten KlientInnen (Alter, Geschlecht, Problematik, Zuweisung) und aufgrund der Betreuungsangebote relativ stark unterscheiden (Wicki et al., 1999). Einige Projekte der Deutschschweiz nehmen Jugendliche auf, die ihnen im Zusammenhang mit einer Erziehungsmassnahme von der zuständigen Justizbehörde zugewiesen werden. Diese Jugendlichen kommen also nicht ganz freiwillig in die Projekte und haben eine delinquente Vorgeschichte. In anderen Projekten steht die Aufnahme Jugendlicher mit schulischen, familiären, persönlichen oder berufsausbildungsbezogenen Problemen im Vordergrund, ohne dass bereits eine gravierende Drogen- oder Delinquenzproblematik vorliegt. Ein Projekt arbeitet mit 7- bis 11-jährigen Kindern, wieder ein anderes nur mit männlichen Jugendlichen. Allen Projekten ist gemeinsam, dass die Gefährdung, suchtmittelabhängig zu werden, weit definiert wird, was aufgrund des heutigen Kenntnisstandes (s.o.) durchaus berechtigt ist.

Die Angebote der «supra-f»-Einrichtungen sind im allgemeinen sozial-pädagogisch ausgerichtet. Es wird mit individuell abgestimmten Aktionsplänen ressourcenorientiert gearbeitet, vielfach im Rahmen von geleiteten Gruppen: Hausaufgaben werden gelöst, Beziehungsprobleme besprochen, Orientierungshilfen gegeben, Kurse vermittelt, Normen und Werte reflektiert, Lehrstellen organisiert etc.

Die Begleitforschung<sup>2</sup> wird im Rahmen der geplanten Prozessevaluation prüfen, welche Angebote für welche Kinder und Jugendlichen in welcher Qualität

<sup>2</sup> Mit der Begleitforschung sind zur Zeit unter der Leitung von Werner Wicki vier Forschungsteams der Universitäten Bern (Françoise Alsaker, Nathalie Bider, Andreas Brunner, Etienne Hartwagner und Beat Stübi), Fribourg (Gebhard Hüsler und Bernard Plancherel) und Lausanne (Karen Klaue, Pierre-André Michaud und Françoise Narring) und des Institutes für Suchtforschung in Zürich (Richard Blättler, Daniela Dombrowski und Thomas Steffen) beauftragt.

realisiert wurden, und sie wird prüfen, welche Ziele in welchem Ausmass bei welchen Jugendlichen erreicht wurden (Effekteevaluation).

Auf der Ebene der Teilnehmenden ermöglicht «supra-f» die Überprüfung der folgenden Annahmen:

Teilnahme an «supra-f» führt mittelfristig im Vergleich zu Jugendlichen, die von keinem oder einem anderen Angebot profitieren können, zur

1. Reduktion der spezifischen Risiken (z.B. Verbesserung der Situation in Schule und Lehre, Reduktion des Kontaktes zu suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen etc.),
2. Verstärkung spezifischer Schutzfaktoren (z.B. Verbesserung des Problem- und Stressmanagements, Konkretisierung positiver Zukunftspläne, qualitative Verbesserung der Beziehungen und Interaktionen in der Familie etc.),
3. Verbesserung sozialer Kompetenzen,
4. Reduktion von problematischem Suchtmittelgebrauch (legale und illegale Drogen) und zur Reduktion von selbstschädigendem Verhalten.

Zur Überprüfung der postulierten Effekte ist die Untersuchung aller Jugendlichen der «supra-f»-Projekte (erwartetes N: 13 Projekte mal 20-30 Jugendliche/Jahr mal 3 Jahre => 780-1070) sowie einer ebenso umfangreichen (quasi-experimentellen) Kontrollgruppe vorgesehen: In den ersten zwei Wochen nach der definitiven Aufnahme ins Projekt werden die «supra-f»-Jugendlichen persönlich interviewt und schriftlich (computerunterstützt) befragt. Weitere Datenerhebungen (Interviews und Fragebogen) erfolgen nach 6 Monaten (das ist der Zeitpunkt, zu dem die Jugendlichen mehrheitlich die Projekte wieder verlassen) und 18 Monate nach Projekteintritt (ca. ein Jahr nach Projektaustritt). Die Messzeitpunkte der Kontrollgruppe sind mit denjenigen der Untersuchungsgruppe identisch.

## 6. supra-f im Vergleich mit anderen (evaluierten) sekundärpräventiven Interventionen

Um «supra-f» mit ähnlichen sekundärpräventiven Interventionen vergleichen zu können, ermittelten wir in Fachdatenbanken (PSYCIInfo, PSYINDEXplus-Lit&AV sowie MEDLINE) alle Publikationen, die Kombinationen der Begriffe «secondary prevention», «high-risk», «adolescent» «drug» und «substance abuse» enthielten. Daraus trafen wir eine Auswahl von 12 Publikationen, welche evaluierte sekundärpräventive Interventionen beschreiben (siehe die Zusammenstellung im Anhang). Im Folgenden werden diese 12 Studien kurz vorgestellt und anschliessend diskutiert:

– Emshoff et al. (1996) evaluierten die Intervention «Super Stars», die mit Risikofamilien in Atlanta durchgeführt wurde.

- Fromme, Marlatt, Baer & Kivlahan (1994) führten an der «University of Washington» ein «alcohol skills training program» für Schüler mit moderatem Alkoholkonsum durch.
- Gottfredson et al. (1996) untersuchten eine an einer Mittelschule in South-Carolina durchgeführte, sowohl primäre als auch sekundäre Suchtpräventionsmassnahme.
- Gropper, Liraz, Portowicz & Schindler (1995) beschreiben eine in Armutsvierteln in Jaffa durchgeführte Intervention, welche mit unterhaltsamen Computerprogrammen arbeitete.
- Grossman & Tierney (1998) beschreiben den Erfolg des Projektes «Big brothers big sisters», das schon seit über 90 Jahren in den USA besteht.
- Hostetler & Fisher (1997) evaluierten in der «City of Lancaster» das «project care»-Präventionsprogramm an Elementarschulen.
- Johnson et al. (1990) beschreiben ein primär- und sekundärpräventives Programm für Jugendliche in Schulen in Kansas City.
- Johnson et al. (1996) evaluierten ein in den USA durchgeführtes, kirchliches Präventionsprojekt.
- Laflin, Edmundson & Moore-Hirschl (1995) beschreiben ein Suchtpräventionsprojekt, welches sich nicht direkt an Jugendliche, sondern an deren LehrerInnen und ErzieherInnen richtet und diskutieren verschiedene Phasen der Implementierung dieses Programmes.
- LoSciuto et al. (1996) evaluierten ein Präventionsprojekt, in welchem Mentoren und Mentorinnen für Jugendliche in Problemvierteln in Philadelphia eingesetzt wurden.
- Palinkas et al. (1996) untersuchten ein Präventionsprogramm in Kalifornien für schwangere Mädchen und junge Mütter, welche besonderen Risiken ausgesetzt sind.
- Richards-Colocino et al. (1996) evaluierten eine im «Irvine United School District» durchgeführte, suchtpräventive Intervention für gefährdete Jugendliche an Mittelschulen.

### *Kontext/Setting*

Auffallend (aber nicht überraschend) ist, dass die meisten Studien in den USA durchgeführt wurden. Nur gerade eine sekundärpräventive Intervention stammt aus Israel. Es wurden keine Evaluationen zu mit «supra-f» vergleichbaren europäischen Suchtpräventionsprogrammen publiziert (vgl. Schmidt, 1998).

Keine der berichteten Studien beschreibt eine Intervention, die wie «supra-f» halbstationär durchgeführt wird. Die Mehrheit der beschriebenen Interventionen findet in Schulen statt, eine Intervention wurde an einer Universität, eine Intervention im kirchlichen Umfeld und zwei weitere in speziellen Wohnquartieren mit hohen Risiken (Armut, soziale

Probleme) durchgeführt. Oft wird mit den Kindern und Jugendlichen in Gruppen gearbeitet und in knapp der Hälfte der Programme werden auch die Eltern der Kinder ins Programm einbezogen. Ein Sonderfall ist die von Laflin et al. (1995) beschriebene Intervention, welche sich nicht an Jugendliche, sondern an Mediatoren richtete und Konferenzen für ErzieherInnen und LehrerInnen beinhaltete.

### *Zielgruppen*

Zielgruppen der Studien sind meist Kinder und Jugendliche, die den folgenden Risiken ausgesetzt sind: Kinder von drogensüchtigen Eltern oder von Alkoholikern, Kinder von alleinerziehenden Eltern, missbrauchte oder vernachlässigte Kinder, delinquente Kinder, Kinder mit Schulproblemen, behinderte Kinder, Kinder mit emotionalen Problemen, Kinder aus ökonomisch benachteiligten Quartieren, Schüler mit moderatem Alkoholkonsum, schwangere Mädchen und junge schwangere Frauen.

### *Altersgruppe*

Die Altersgruppe von supra-f reicht von 7 bis zu 20 Jahren. Diese Altersverteilung ist verglichen mit den anderen Studien eher breit und findet sich nur in der Studie von Grossman & Tierney (1998). Deren «Big brothers big sisters»-Programm richtet sich an Kinder und Jugendliche von 6 bis 19 Jahren. Die meisten der anderen Programme sind für 10- bis 14-jährige Kinder konzipiert. An jüngere Kinder (6- bis 11-jährige) richtet sich das «Super-stars»-Projekt von Emshoff et al. (1996). Palinkas et al. (1996) haben als Zielgruppe schwangere Jugendliche von 14 bis 19 Jahren. Die älteste Zielgruppe geben mit einem Altersdurchschnitt von 23 Jahren Fromme et al. (1994) für ihr Präventionsprogramm an der Universität von Washington an.

### *Rekrutierung*

In Schulen wurden die Kinder und Jugendlichen häufig durch ihre Lehrerinnen und Lehrer rekrutiert, welche die Aufgabe hatten, Kinder und Jugendliche in Risikosituationen zu identifizieren. In der Untersuchung von Johnson et al. (1996) wurden Freiwillige speziell für die Rekrutierung ausgebildet, wobei Wert darauf gelegt wurde, dass keine stigmatisierende Atmosphäre entstehen konnte. Ausser in Schulen wurden die Kinder und Jugendlichen in Risikosituationen in Kirchen oder in Jugendtreffs rekrutiert. Die schwangeren Mädchen und jungen Frauen der Studie von Palinkas et al. (1996) wurden in Kliniken, medizinischen Zentren und Beratungszentren sowie über Schulkrankenschwestern rekrutiert. An der «University of Washington» wurden

Studierende, die moderaten Alkoholkonsum aufwiesen, durch Bezahlung angeworben.

### *Stichprobengrösse*

Die Stichprobengrößen der Evaluationsstudien (inklusive Kontrollgruppen) sind recht unterschiedlich, sie reichen von 120 bis zu 1105 Jugendlichen. «supra-f» gehört mit einer erwarteten Stichprobe von ca. 2000 Jugendlichen klar zu den grössten evaluierten sekundärpräventiven Projekten.

### *Dauer*

Die Dauer der «supra-f»-Intervention ist mit 6 Monaten im Durchschnitt der anderen Studien. Die durchschnittliche Dauer der kürzeren Interventionen liegt bei 3 bis 5 Monaten. Das Training im Umgang mit Alkohol an der «University of Washington» war auf 6 Wochen begrenzt. Fünf Projekte hatten eine Interventionsdauer von ungefähr einem Jahr, z. B. Präventionsprogramme an Schulen oder die beiden Interventionen, welche die Betreuung von Jugendlichen durch erwachsene Mentorinnen und Mentoren beinhaltete.

Die Dauer der Projekte liegt meist zwischen zwei und fünf Jahren. Zum Teil ist die Projektdauer nicht angegeben, da die Projekte wahrscheinlich noch weiter bestehen. Mit Abstand die längste Projektdauer gibt das «Big brothers big sisters»-Projekt an, das schon seit 1904 existiert.

### *Konzepte und Ziele*

Bezüglich theoretischem Hintergrund sind die untersuchten Studien mit «supra-f» vergleichbar: Am verbreitetsten sind Programme, die sich auf Theorien der sozialen und kognitiven Entwicklung (Eisenberg & Harris, 1984; Fischer, 1980; Hawkins et al. 1992), soziale Lerntheorien (Bandura, 1977), Assoziations-theorien (Akers, 1977), Stressbewältigungstheorien (Orford, 1987), Resilienztheorien (Werner & Smith, 1982; Rutter, 1985), die Theorie der sozialen Kontrolle (Hirschi, 1969), Rollentheorien (Burr, Leigh, Day & Constantine, 1979) und auf das «Health-belief-model» (Becker, 1974) stützen. Knapp die Hälfte der Interventionen basiert wie «supra-f» explizit auf dem Risiko- und Schutzfaktoren-Ansatz.

Auch die mit den Interventionen verfolgten Ziele sind den Zielen im «supra-f»-Projekt ähnlich. Hauptsächlich soll die soziale Kompetenz der Jugendlichen verbessert, sollen soziale Bindungen, insbesondere Familienbindungen und Bindungen an die Schule gestärkt und sollen die elterlichen (Erziehungs-)Kompetenzen gefördert werden. Einige In-

terventionen zielen auf eine verbesserte Stressverarbeitung, auf die Fähigkeit, Gruppendruck zu widerstehen, auf mehr Schulerfolg, auf spezifische Intentionen bezüglich Substanzkonsum, auf höhere Selbstwirksamkeitserwartungen und auf positivere Selbstbewertung ab.

Die beiden Mentoring-Interventionen wollen durch die Rekrutierung und Ausbildung von Erwachsenen, welche dann einzelne Jugendliche betreuen, über positive Rollenmodelle und bessere soziale Unterstützung die Ressourcen der Jugendlichen stärken.

### *Durchgeführte Aktionen*

Die realisierten Aktionen sind entsprechend der genannten Ziele Vermittlung von substanzbezogenem Wissen, Training sozialer Kompetenzen, Kommunikationstraining, Selbstmanagementtraining, Vermittlung von alternativen Copingstrategien, Lerngruppen, Rollenspiele, Ausflüge, Sommerlager, Sozialeinsätze für Jugendliche, Familiensitzungen, Familienaktivitäten und Elternberatung. In den beiden Mentoring-Interventionen wurden unterschiedlichste Aktivitäten unternommen: Die Mentoren halfen bei Hausaufgaben, machten Sport mit den Kindern, besuchten mit ihnen Museen, Kinos etc. oder beteiligten sich zusammen an Sozialeinsätzen in den Quartieren.

In den Präventionsprojekten von Johnson et al. (1990), Johnson et al. (1996), LoSciuto et al. (1996) und Richards-Colocino et al. (1996) wird implizit auch die soziale Umwelt in das Interventionsmodell einbezogen, so wird z. B. versucht, das Schulklima oder das Klima und die Betreuung in Wohnvierteln und Gemeinden zu verbessern.

### *Aufwand*

Interessant ist auch ein Vergleich des mit der Zielgruppe realisierten Aufwandes, der Intensität der einzelnen Projekte. Deutlich den geringsten Aufwand geben Laflin et al. (1995) an. Ihr Programm besteht aus einem eintägigen Kongress für Lehrerinnen/Lehrer und Erzieherinnen/Erzieher, die als Mediatoren fungieren. Projekte mit eher geringem Aufwand (10 bis 50 Stunden) sind Interventionen in ganzen Schulklassen oder in Gruppen, so z. B. das «alcohol skills training» von Fromme et al. (1994) oder die Gruppeninterventionen in Familien von Emshoff et al. (1996). Mittleren Aufwand (50 bis 100 Stunden) geben Projekte an, die multidimensionale Ansätze haben, also neben Gruppeninterventionen auch «life skills training», Lerngruppen oder Elternberatung etc. durchführen. Zu den intensivsten Programmen gehören die Mentoring-Interventionen: Grossmann & Tierney (1998) geben einen durch-

schnittlichen Kontakt von 144 Stunden an, LoSciuto et al. (1996) über 200 Stunden pro Jugendlichen. Die Intensität ist in diesen Programmen auch deshalb höher als in den anderen Programmen, da das Betreuungsverhältnis jeweils 1:1 ist, die Kinder und Jugendlichen also nicht in Gruppen betreut werden, sondern ihren individuellen Mentor haben. Höhere Intensität heisst aber nicht zwingend höhere Kosten, da gerade in den Mentoring-Projekten viel *Freiwilligenarbeit* geleistet wird.

### *Evaluationsdesign*

Die Mehrheit der Evaluationsstudien basiert auf einem experimentellen Design mit Kontrollgruppen und Randomisierung. In drei Studien wurde auf die Randomisierung verzichtet und ein quasi-experimentelles Design gewählt. Der Fokus der Evaluationsstudien ist auf summativer Evaluation, aber einzelne Projekte wurden zusätzlich auch formativ evaluiert.

### *Resultate*

Die Studie von Gropper et al. (1995) berichtet nur formative Evaluationsergebnisse (Durchführung und Akzeptanz ihres Programms). Auch Laflin et al. (1995) machen in ihrer Studie nur prozessevaluative Angaben zur Implementierung ihres Programms. Ein Evaluationskriterium war in dieser Studie z. B., wie viele Besucherinnen und Besucher ihres Kongresses in einer anschliessenden brieflichen Befragung angaben, ihr Wissen an mehr als fünf Personen weitergegeben zu haben.

Kaum eine Studie berichtet über die Akzeptanz ihrer Interventionsprogramme. Einzig die israelische Studie von Gropper et al. (1995) gibt eine sehr gute Akzeptanz ihres Programms an. Dies begründen die Autoren damit, dass die Kinder gerne mit Computern arbeiteten und das Programm unterhaltend war (Comics, Spiele etc.).

Die summativen Evaluationsergebnisse der Studien sind heterogen. Fünf Studien berichten Reduktionen des Substanzkonsums, vier Studien konnten positive Effekte auf Ressourcenvariablen, nicht aber direkt auf den Drogenkonsum nachweisen, und drei Studien mussten eine Zunahme des Substanzkonsums der Jugendlichen feststellen. Vergleicht man erfolgreiche Interventionen mit weniger erfolgreichen Interventionen, lassen sich kaum klare Unterschiede bezüglich Setting, Rekrutierung, realisierten Aktionen, Dauer und Intensität der Interventionen feststellen. Über die Gründe für Erfolg oder Misserfolg von Suchtpräventionsprogrammen lassen sich nur Hypothesen formulieren.

Negative Effekte auf den Cannabiskonsum mussten Panlinkas et al. (1996) für ihr Training sozialer Kompetenzen von schwangeren Mädchen und jungen Frauen feststellen. In einer Nachuntersuchung konsumierten Frauen der Treatment-Gruppe dreimal so häufig Cannabis wie Frauen der Kontrollgruppe. Als mögliche Erklärung für diese Ergebnisse geben die Autoren an, dass erhöhte soziale Kompetenz der Frauen zu mehr und besseren Kontakten zu drogenkonsumierenden Peers geführt haben könnte. Kontakte zu drogenkonsumierenden Peers gelten als starker Prädiktor für eigenen Substanzkonsum. Panlinkas et al. (1996) kamen zum Schluss, dass Training sozialer Kompetenzen in ihrer Studie nicht erfolgreicher war als reine Wissensvermittlung. Hostetler et al. (1997) stellten in einer Nachuntersuchung fest, dass der Alkohol- und Tabakkonsum der Treatment-Gruppe stärker zunahm als derjenige der Kontrollgruppe. Die Autoren vermuten als Gründe für diesen negativen Effekt die Etikettierung der Jugendlichen als «Risikojugendliche» und vermehrte Kontakte mit anderen drogenkonsumierenden Peers. Als Alternativerklärung geben die Autoren an, dass die Intervention auch zu grösserer Ehrlichkeit der Jugendlichen geführt haben könnte.

Gottfredson et al. (1996) führten negative Effekte in ihrer Untersuchung auf Implementierungsschwierigkeiten ihres Projektes in der ersten Projektphase zurück.

Einige Studien berichten von positiven Effekten auf Ressourcenvariablen wie Wissen über Drogen, alternative Aktivitäten, Schulerfolg, «peer-pressure», Stressverarbeitung, Familienbindung u. a. (Emshoff et al., 1996; Gottfredson et al., 1996; Hostetler et al., 1997; Johnson et al., 1996). Direkte Effekte auf den Substanzkonsum der Jugendlichen konnten sie nicht nachweisen.

Hostetler et al. (1997) stellten differentielle Effekte fest: Es zeigte sich, dass schwarze Jugendliche mehr von den Interventionen profitieren konnten als weisse Jugendliche. Zudem erwies sich die Aktivität im Programm als entscheidend für Erfolg oder Misserfolg ihrer Intervention: Jugendliche mit geringer Aktivität im Programm zeigten in einer Nachuntersuchung sogar mehr Problemverhalten als die Jugendlichen der Kontrollgruppe.

Eine signifikante Reduktion des selbstberichteten Alkoholkonsums konnten Fromme et al. (1994) für ihr «alcohol skills training program» in Gruppen nachweisen. Gleichzeitig mussten sie aber feststellen, dass ihr Programm nur wenig erfolgreicher war als herkömmliche Interventionen mit Fokus auf Wissen und Einstellungen bezüglich Alkohol.

Auch Johnson et al. (1990) sowie Richards-Colcino et al. (1996) berichten über eine signifikante Reduk-

tion des Substanzkonsums der Jugendlichen. Johnson et al. (1990) konnten eine Reduktion des Tabak- und Cannabiskonsums für Jugendliche auf verschiedenen Risikostufen nachweisen, die Effekte zeigten sich auch in einer Follow-up-Messung nach drei Jahren. Eine Reduktion des Alkoholkonsums konnte jedoch nicht festgestellt werden.

Die drei eben genannten Suchtpräventionsprogramme gehören nicht zu den speziell aufwendigen Programmen, die Intensität der Interventionen ist also nicht zwingend mit positiven Ergebnissen gekoppelt. Auch das Setting und die realisierten Aktionen unterscheiden sich nicht von anderen, weniger erfolgreichen Interventionen.

Deutliche Unterschiede zu den anderen Programmen weisen die beiden verbleibenden Suchtpräventionsprogramme auf. Die von LoSciuto et al. (1996) und von Grossman & Tierney (1998) evaluierten Interventionen basieren beide auf einem Mentoringkonzept: Freiwillige Erwachsene verbringen Zeit mit Kindern und Jugendlichen in Risikosituationen. Die Intensität ist in beiden Programmen deutlich grösser als in den anderen beschriebenen Programmen. LoSciuto et al. (1996) stellten positive Effekte einerseits auf Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich Drogen und andererseits auf damit zusammenhängende Ressourcen fest. Je involvierter die Mentoren waren, desto grösser waren die gemessenen Effekte.

Beeindruckende Resultate konnten Grossman & Tierney (1998) für ihr «Big Brothers, Big Sisters»-Programm feststellen. Die Wahrscheinlichkeit, erstmals Drogen zu konsumieren, sank nach ihrer Intervention um durchschnittlich 46%. Bezüglich Alkohol sank die Wahrscheinlichkeit des erstmaligen Konsums um 27%. Die Wahrscheinlichkeit, die Schule zu schwänzen, sank um 52%. Zudem konnten die Autoren verbesserte Beziehungen zu Eltern und Peers nachweisen.

Die Erfolge der beiden Mentoring-Projekte weisen auf die zentrale Bedeutung der persönlichen Beziehung zwischen den Jugendlichen und den Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern hin. Wenn es gelingt, mit Kindern und Jugendlichen in Risikosituationen ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, kann für die Jugendlichen eine tragfähige Beziehung zu einem Erwachsenen entstehen, die mit Eltern, Lehrern oder sonstigen Bezugspersonen oft nicht möglich ist. In einer solchen tragfähigen Beziehung können dann Einstellungen und Verhalten bezüglich psychotropen Substanzen konstruktiv angesprochen werden. Für Suchtpräventionsprogramme wie das «supra-f»-Projekt müssen demnach nicht nur die realisierten Aktionen, sondern auch die Beziehungen zu den Jugendlichen im Zentrum der Bemühungen stehen.

## 7. Diskussion

Die substanzbezogene Suchtpräventionsforschung geht heute von verschiedenen Theorien, Modellen und Konzepten der Suchtentstehung aus, die – wie wir oben gezeigt haben – meistens zu einander in komplementärer Beziehung stehen. Die einzelnen Modelle und Theorien greifen für sich allein oft zu kurz, machen aber im Kontext der übrigen Ansätze Sinn. So gesehen haben wir in diesem Bereich kein eigentliches Theorie-, sondern eher ein Kohärenzdefizit: Die Ansätze bleiben oftmals isoliert, werden zu wenig miteinander in Verbindung gebracht. Dies zu leisten war das Anliegen des unmittelbar auf die Einleitung folgenden Kapitels.

Wir haben danach dem heute von vielen Autorinnen und Autoren als zentral betrachteten Risiko- und Schutzfaktorenkonzept ein eigenes Kapitel gewidmet und versucht, Brücken zwischen der epidemiologisch ausgerichteten Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren zurück zu den Theorien und nach vorn zur Umsetzung in Präventionsprojekte zu schlagen. Der Bezug zur Theorie scheint uns wichtig, weil der Risiko- und Schutzfaktorenansatz per se kaum theoretische Substanz aufweist. Wenn wir beispielsweise aus der epidemiologischen Forschung wissen, dass eine gute (unterstützende) Eltern-Kind-Beziehung im Jugendalter die ungünstigen Wirkungen von Schulstress auffangen hilft und gleichzeitig bekannt ist, dass ausgeprägter Schulstress mit höherem Substanzkonsum korreliert ist, so bleibt der Zusammenhang zwischen der Elternbeziehung und dem Verhalten von Jugendlichen immer noch reichlich erklärungsbedürftig. Je nach Erklärung (Theorie) sieht vielleicht auch die gewählte Intervention anders aus. Wenn man z. B. annimmt, dass eine längerfristige positive Beziehung zu einer/m Erwachsenen wichtig ist, weil sie/er die Übernahme positiver (sozial adaptiver) Rollen fördert, so liegt die Idee nahe, dass Mentoren eine ähnliche Funktion übernehmen könnten. Dann wird man auch darauf achten, dass diese Mentoren zu den Jugendlichen eine wertschätzende Beziehung aufbauen. Oder wenn man aus Studien die Zusammenhänge zwischen Schulmisserfolg und Substanzkonsum kennt, so wird man ausgehend von Copingtheorien vielleicht auf der individuellen Ebene Bewältigungsfähigkeiten (life skills) trainieren, oder man konzentriert sich auf die Verbesserung des Schulhausklimas (in Anlehnung an Theorien der sozialen Entwicklung (s.o.) oder der ökologischen Entwicklung nach Bronfenbrenner, 1979).

Betrachten wir die bis heute durchgeführten Evaluationsstudien über substanzbezogene Präventionsprogramme, so ergibt sich ein einigermaßen ernüchterndes Bild. Wir haben im Rahmen dieses Artikels darauf verzichtet, nochmals die Studien zur Wirksamkeit primärer Präventionsprogramme im



Detail zu analysieren, da dies bereits von anderen Autoren geleistet wurde (vgl. z. B. Foxcroft et al., 1997; Tobler & Stratton, 1997). Die Tatsache allerdings, dass auch im Bereich der primären Prävention (und nicht nur im Bereich der Sekundärprävention, wie man vermuten würde) Studien, die längerfristige Effekte untersuchen, äusserst rar sind, scheint uns doch speziell erwähnenswert.

Wir haben kein Theoriedefizit, aber wir haben immer noch ein empirisches Defizit im Hinblick auf die methodisch saubere Überprüfung postulierter mittel- und langfristiger Effekte. Dies gilt für die Prävention insgesamt, aber in besonderem Masse für die sekundäre Prävention.

Aufgrund unserer theoretischen Auslegeordnung ist Sekundärprävention, das heisst die Arbeit mit Jugendlichen in Risikosituationen, wichtig und gut begründbar. Dieses Argument allein wird aber den politischen Entscheidungsträgern und Instanzen in der Zukunft möglicherweise nicht genügen, wenn sie Mittel für neue sekundäre Präventionsprojekte bewilligen sollten. Sie möchten sehen, was vergleichbare Projekte den Jugendlichen selbst und ihrem Umfeld gebracht haben.

Unsere diesbezügliche Übersicht zeigt, dass die Resultate ebenso wie die Studien selbst (in methodischer Hinsicht) ein heterogenes Bild abgeben und noch kaum Generalisierungen zulassen. Beeindruckend sind immerhin die Resultate zu den Mentorenprogrammen, welche die Bedeutung und den Einfluss persönlicher Beziehungen unterstreichen.

Die Übersicht zeigt ausserdem, dass «supra-f» ein vergleichsweise gross angelegtes Forschungsprojekt im Bereich der Sekundärprävention darstellt, das, wie wir glauben, zu Behebung der vorliegenden empirischen Defizite beiträgt.

## 8. Literatur

1. Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Homewood, IL: Dorsey Press.
2. Ajzen, I., Timko, C., & White, J.B. (1982). Self-monitoring and the attitude-behavior relation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 426–35.
3. Akers, R.L. (1977). *Deviant behavior: A social learning approach*. Belmont, CA: Wadsworth.
4. Akers, R.L., Krohn, M.D., Lanza-Kaduce, L., & Radosevich, M. (1979). Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory. *American Sociological Review*, 44, 636–55.
5. Babor, T.F., Dolinsky, Z.S., Meyer, R.E., Hesselbrock, M., Hoffman, M., & Temmem H. (1992). Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes. *British Journal of Addiction*, 87, 1415–31.
6. Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
7. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NA: Prentice Hall.
8. Ball, S.A., Carroll, K.M., Babor, T.F., & Rounsaville, B.J. (1995). Subtypes of cocaine abusers: Support for a Type A-Type B distinction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 115–24.
9. Baum, C.G., & Forehand, R. (1981). Long-term follow-up assessment of parent training by use of multiple outcome measures. *Behavior Therapy*, 12, 643–52.
10. Becker, M.H. (Ed.) (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Health Education Monographs, 2, 324–473.
11. Bierman, K.L., Miller, C.L., & Stabb, S.D. (1987). Improving the social and peer acceptance of rejected boys: Effects of social skill training with instructions and prohibitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 194–200.
12. Blechman, E.A., Taylor, C.J., & Schrader, S.M. (1981). Family problem solving versus home notes as early intervention with high-risk children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 919–26.
13. Block, J., Block, J.H., & Keyes, S. (1988). Longitudinally foretelling drug usage in adolescence: Early childhood personality and environmental precursors. *Child Development*, 52, 336–55.
14. Botvin, G.J. (1986). Substance use prevention research: Recent developments and future directions. *Journal of School Health*, 56, 369–74.
15. Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M., & Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, 273(14), 1106–12.

16. Boyer, C.B., Shafer, M.A., & Tschann, J.M. (1997). Evaluation of a knowledge- and cognitive-behavioral skills-building intervention to prevent STDs and HIV infection in high school students. *Adolescence*, 32, 25–42.
17. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
18. Brook, J. S., Brook, D.W., Gordon, A.S., Whitman, M., & Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 116.
19. Brown, R.A., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., & Wagner, E.F. (1996). Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1602–10.
20. Bry, B. (1994). Preventing substance abuse by supporting families efforts with community resources. *Child and Family Behavior Therapy*, 16, 21–26.
21. Bukstein, O.G. (1996). Aggression, violence, and substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 93–109.
22. Burr, W.R., Leigh, G.K., Day, R.D., & Constantine, J. (1979). Symbolic interaction and the family. In W.R. Burr, R. Hill, F.I. Nye, I. L. Reiss (Eds.). *Contemporary theories about the family: Vol. 2*. New York: Free Press.
23. Carrel, R. (1994). Drug abuse prevention programs for high risk youth. A report from a review of the literature. Institute of preventive and social medicine, Berne.
24. Cloninger, C.R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410–16.
25. Cloninger, C.R., Bohman, M., Sigvardsson, S., & von Knorring, A.L. (1985). Psychopathology in adopted-out children of alcoholics: The Stockholm Adoption Study. *Recent Developments in Alcoholism*, 3, 37–51.
26. Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism*, 12, 494–503.
27. Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J. D., Asarnow, J.R., Markman, H.J., Ramey, S. L., Shure, M.B., & Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48(10), 1013–22.
28. Cox, R.D., & Cox, M.J. (1984). Children in contemporary American families: Divorce and remarriage. *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics*, 5, 1–31.
29. DeMarsh, J., & Kumpfer, K.L. (1986). Family-oriented interventions for the prevention of chemical dependency in children and adolescents. In S. Griswold-Ezekoye, K.L.Kuppfer, & W.J. Bukoski (Eds.), *Childhood and chemical abuse: Prevention and intervention* (pp.117–151). New York: Haworth.
30. DeVries, H., Kok, G., & Dijkstra, M. (1990). Self-efficacy as a determinant of the onset of smoking and interventions to prevent smoking in adolescents. *European Perspectives in Psychology*, 2, 209–22.
31. Dielman, T.E. (1994). School-based research on the prevention of adolescent alcohol use and misuse: Methodological issues and advances. *Journal of Research on Adolescence*, 4, 271–93.
32. Dolan, L., Kellam, S., & Brown, C.H. (1989). Short term impact of a mastery learning preventive intervention on early risk behaviors. Baltimore: Johns Hopkins University.
33. Dolcini, M.M., & Adler, N.E. (1994). Perceived competencies, peer group affiliation, and risk behavior among early adolescents. *Health Psychology*, 13, 496–506.
34. Donaldson, S.I. (1995). Peer influence on adolescent drug use: Comment. *American Psychologist*, 50, 801–2.
35. Donaldson, S.I., Graham, J.W., & Hansen, W.B. (1994). Testing the generalizability of intervening mechanism theories: Understanding the effects of adolescent drug use prevention interventions. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 195–216.
36. Donaldson, S.I., Graham, J.W., Piccinin, A.M., & Hansen, W.B. (1995). Resistance-skills training and onset of alcohol use: Evidence for beneficial and potentially harmful effects in public schools and in private Catholic schools. *Health Psychology*, 14, 291–300.
37. Donohew, L., Palmgreen, P., & Lorch, E.P. (1994). Attention, need for sensation, and health communication campaigns. *American Behavioral Scientist*, 38, 310–22.
38. Eflonayi-Mäder, D., François, Y., Fröchling, H., & Le Gauffey, Y. (1996). *Gesundheitsverhalten der Jugendlichen im Kanton Zürich. Ein Vergleich zur Gesamtschweiz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
39. Eggert, L.L., Thompson, E.A., Herting, J.R., & Nicholas, L.J. (1994a). Preventing adolescent drug abuse and high school dropout through an intensive school-based social network development program. *American Journal of Health Promotion*, 8, 202–15.
40. Eggert, L.L., Thompson, E.A., Herting, J.R., & Nicholas, L.J. (1994b). Prevention research program: Reconnecting at-risk youth. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 107–35.
41. Eisenberg, N., & Harris, J.D. (1984). Social competence: A developmental perspective. *School*

- Psychology Review, 13, 267–77.
42. Elliott, D.S., Huizinga, D., & Ageton, S.S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
  43. Elliott, D.S., Huizinga, D., & Menard, S. (1989). *Multiple problem youth: Delinquency, substance use, and mental health problems*. New York: Springer-Verlag.
  44. Emshoff, J., Avery, E., Raduka, G., & Anderson, D.J. (1996). Findings from SUPER STARS: A health promotion program for families to enhance multiple protective factors. *Journal of Adolescent Research*, 11, 68–96.
  45. Fahrenkrug, H. (1995). Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Prävention von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit Risikoprofil. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
  46. Farrington, D.P., Gallagher, B., Morley, L., Ledger, R.J., & West, D.J. (1985). Cambridge study in delinquent development: Long term follow-up (First annual report to the home office, August 31, 1985). Cambridge, England: Cambridge University.
  47. Felner, R.D., & Adan, A.M. (1988). The school transitional environment project: An ecological intervention and evaluation. In R.H. Price, E.L. Cowen, R.P. Lorion, & J. Ramos-McKay, (Eds.). *14 Ounces of Prevention: A Casebook for Practitioners* (pp. 111–22). Washington DC: American psychological Association.
  48. Ferron C., Cordonier D., Delbos Plot I., Schallbetter P., & Michaud P.A. (1997). La santé des jeunes en rupture d'apprentissage: une recherche-action sur les modalités de soutien, les déterminants de la santé et les facteurs favorisant une réinsertion socio-professionnelle. Rapport de recherche, IUMSP, Lausanne.
  49. Fischer, K.W. (1980). A theory of cognitive development: The control and construction of hierarchies of skills. *Psychological Review*, 87, 477–531.
  50. Fisher, L.A., & Bauman, K.E. (1988). Influence and selection in the friend-adolescent relationship: Findings from studies of adolescent smoking and drinking. *Journal of Applied Social Psychology*, 18, 289–314.
  51. Fleischman, M.J. (1981). A replication of Patterson's «Intervention for Boys with Conduct Problems». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 342–51.
  52. Flores-Fahs, P.J., Lorion, R.P. & Jakob, D. (1997). Impact of home-school liaisons on the reduction of risk factors for ATOD use among preadolescents. *Journal of Community Psychology*, 25, 487–503.
  53. Fors, S.W. & Jarvis, S. (1995). Evaluation of a peer-led risk reduction project for runaway/homeless youths. *Journal of Drug Education*, 25, 321–33.
  54. Forst, M.L. (1994). A substance use profile of delinquent and homeless youths. *Journal of Drug Education*, 24, 219–31.
  55. Foxcroft, D.R., Lister-Sharp, D., & Lowe, G. (1997). Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction*, 92(5), 531–37.
  56. Freiberg, H.J., Brady, M.P., Swank, P.R., & Taylor, R.D. (1989). Middle school interaction study of mainstreamed students. *Journal of Classroom Interaction*, 24, 31–42.
  57. Fromme, K., Marlatt, G.A., Baer, J.S., & Kivlahan, D.R. (1994). The Alcohol Skills Training Program: A group intervention for young adult drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 143–54.
  58. Gager, P.J. & Elias, M.J. (1997). Implementing prevention programs in high-risk environments: Application of the resiliency paradigm. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 363–73.
  59. Garmezy, N. (1985). Stress resistant children: The search for protective factors. In J. E. Stevenson (Ed.). *Recent research in developmental psychopathology*, (pp. 213–33). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4 Book supplement.
  60. Gorman, D.M. (1996). Etiological theories and the primary prevention of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26, 505–20.
  61. Gottfredson, D.C. (1986). An empirical test of school-based environmental and individual interventions to reduce the risk of delinquent behavior. *Criminology*, 24, 705–31.
  62. Gottfredson, D.C., Gottfredson, G.D., & Skroban, S. (1996). A multimodel school-based prevention demonstration. *Journal of Adolescent Research*, 11, 97–115.
  63. Gotts, E.E. (1989). HOPE revisited: Preschool to graduation, reflections on parenting and school-family relations. Charleston, WV: Appalachia Educational Lab.
  64. Gropper, M., Liraz, Z., Portowicz, D., & Schindler, M. (1995). Computer integrated drug prevention: A new approach to teach lower socioeconomic 5th and 6th grade Israeli children to say No to drugs. *Social Work in Health Care*, 22, 87–103.
  65. Grossman, J.B., & Tierney, J.P. (1998). Does mentoring work? An impact study of the big brothers big sisters program. *Evaluation Review*, 22, 403–26.
  66. Hansen, W.B. (1996). Pilot test results comparing the All Star program with seventh grade D.A.R.E.: Program integrity and mediating variable analysis. *Substance Use and Misuse*, 31, 1359–77.
  67. Hawkins, D.J., Catalano, R.R., & Miller, Y.J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and

- early adulthood: Implications for substance use prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64–105.
68. Hawkins, J.D., & Lam, T. (1987). Teacher practices, social development, and delinquency. In J. D. Burchard & S.N. Burchard (Eds.), *The prevention of delinquent behavior* (pp. 241–74). Newbury Park, CA: Sage.
  69. Hawkins, J.D. & Weis, J.G. (1985). The social developmental model: An intergrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73–97.
  70. Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
  71. Hofmann, C., Cloetta, B. & Bolliger-Salzman, H. (1994). Evaluation des Kurses «Eltern reden über Sucht». Schlussbericht. Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.
  72. Hostetler, M., & Fisher, K. (1997). Project C.A.R.E. substance abuse prevention program for high-risk youth: A longitudinal evaluation of program effectiveness. *Journal of Community Psychology*, 25, 397–419.
  73. Hops, H., Duncan, T.E., Duncan, S.C., & Stoolmiller, M. (1996). Parent substance use as a predictor of adolescent use: A six-year lagged analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 157–64.
  74. How, T.B. (1996). Evaluation of drug abuse prevention programmes in Malaysia. *Drugs-education, prevention and policy*, 3, 185–93.
  75. Huba, G.J., Wingard, J.A., & Bentler, P.M. (1980). Longitudinal analysis of the role of peer support, adult models, and peer subcultures in beginning of adolescent substance use: An application of setwise canonical correlation method. *Multivariate Behavioral Research*, 15, 259–79.
  76. Isralowitz, R.E., & Trostler, N. (1996). Substance use: Toward an understanding of its relation to nutrition-related attitudes and behavior among Israeli high school youth. *Journal of Adolescent Health*, 19, 184–90.
  77. Jessor, R., & Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. New York, NY: Academic Press.
  78. Jessor, R., Donovan, J.E., & Costa, F.M. (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
  79. Johnson, C.A., Pentz, M.A., Weber, M.D., Dwyer, J.H., Baer, N., MacKinnon, D.P., & Hansen, W.B. (1990). Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 447–56.
  80. Johnson, K., Bryant, D., Strader, T., & Bucholtz, G. (1996). Reducing alcohol and other drug use by strengthening community, family, and youth resiliency: An evaluation of the Creating Lasting Connections Program. *Journal of Adolescent Research*, 11, 36–67.
  81. Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachmann, J.G. (1985). Use of licit and illicit drugs by America's high school students. 1975–1984. Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.
  82. Jonas, S. (1997). Public health approaches. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman, J.G. Langrod, (Eds.), *Substance Abuse: a comprehensive textbook*, (p. 779). Williams and Wilkins.
  83. Kaminer, Y. (1996). Adolescent substance abuse and suicidal behavior. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 59–71.
  84. Kandel, D.B., & Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *International Journal of the Addictions*, 22, 319–42.
  85. Kandel, D.B., Kessler, R.C., & Margulies, R.Z. (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 7, 13–40.
  86. Kaplan, H.B., Martin, S.S., Johnson, R.J., & Robbins, C. (1986). Escalation of marijuana use: Application of a general theory of deviant behavior. *Journal of Health and Social behavior*, 27, 44–61.
  87. Kaplan, H.B., Martin, S.S., & Robbins, C. (1982). Application of a general theory of deviant behavior: Self-derogation and adolescent drug use. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 274–94.
  88. Kelly, D.H., & Balch, R.W. (1971). Social origins and school failure: A reexamination of Cohen's theory of working-class delinquency. *Pacific Social Review*, 14, 413–30.
  89. Kline, R.B., & Canter, W.A. (1994). Can educational programs affect teenage drinking? A multivariate perspective. *Journal of Drug Education*, 24, 139–49.
  90. Krucker, S., & Wicki, W. (1996). Evaluation des Projektes «Suchtprävention in Kinder- und Jugendheimen». Schlussbericht. Institut für Psychologie, Universität Bern.
  91. Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G. & Janik-Konecny, T. (1994). Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs (Kurzfassung). *DrogenMagazin*, 2/3, 10–21.
  92. Laaser, U., Hurrelmann, K., & Wolters, P. (1993). Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.). *Gesundheitswissenschaften* (S. 176–203). Basel: Beltz.
  93. Laflin, M., Edmundson, E.W., & Moore-Hirschl, S. (1995). Enhancing adoption of an alcohol abuse prevention program: An application of diffusion theory. *Journal of Primary Prevention*, 16, 75–101.
  94. Lerner, J.V., & Vicary, J.R. (1984). Difficult temperament and drug use: Analyses from the

- New York longitudinal study. *Journal of Drug Education*, 14, 1–8.
95. Lifrak, P.D., McKay, J.R., Rostain, A., & Alterman, A.I. (1997). Relationship of perceived competencies, perceived social support, and gender to substance use in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 933–40.
  96. LoSciuto, L., Rajala, A.K., Townsend, T.N., & Taylor, A.S. (1996). An outcome evaluation of Across Ages: An intergenerational mentoring approach to drug prevention. *Journal of Adolescent Research*, 11, 116–29.
  97. Madden, N.A., & Slavin, R.E. (1983). Cooperative learning and social acceptance of mainstreamed academically handicapped students. *Journal of Special Education*, 17, 171–82.
  98. McDermott, D. (1984). The relationship of parental drug use and parent's attitude concerning adolescent drug use to adolescent drug use. *Adolescence*, 19, 89–97.
  99. Meier Kressig, M. (1998). Evaluation des Elternkurses «läbig statt süchtig». Eine Studie im Auftrag der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich. Forschungsbericht Nr. 55 aus dem Institut für Suchtforschung Zürich.
  100. Milgram, G.G. (1996). Responsible decision making regarding alcohol: A re-emerging prevention/education strategy for the 1990s. *Journal of Drug Education*, 26, 357–65.
  101. Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-Limited and Life-Course-persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy. *Psychological Review*, 100(4) 674–701.
  102. Moskowitz, J.M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54–88.
  103. Newcomb, M.C., and Bentler, P.M. (1986). Frequency and sequence of drug use: A longitudinal study from early adolescence to young adulthood. *J. Drug Educ.* 16, 101–120.
  104. Oerter, R. & Dreher, E. (1995). Jugendalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 310–395). Psychologie Verlags Union (3. vollst. überarb. Aufl.).
  105. Opland, E.A., Winters, K.C., & Stinchfield, R.D. (1995). Examining gender differences in drug-abusing adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 167–75.
  106. Orford, J. (1987). *Coping with disorder in the family*. London: Croom Helm.
  107. Palinkas, L.A., Atkins, C.J., Miller, C., & Ferreira, D. (1996). Social skills training for drug prevention in high-risk female adolescents. *Preventive Medicine*, 25, 692–701.
  108. Patterson, G.R., Chamberlain, P., & Reid, J.B. (1982). A comparative evaluation of a parent training program. *Behavior Therapy*, 13, 638–50.
  109. Patterson, G.R., & Fleischman, M.J. (1979). Maintenance of treatment effects: Some considerations concerning family systems and follow-up data. *Behavior Therapy*, 10, 168–85.
  110. Penning, M., & Barnes, G.E. (1982). Adolescent marijuana use: A review. *International Journal of Addictions*, 17, 749–91.
  111. Petraitis, J., Flay, B. R., & Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67–86.
  112. Richards-Colocino, N., McKenzie, P., & Newton, R.R. (1996). Project Success: Comprehensive intervention services for middle school high-risk youth. *Journal of Adolescent Research*, 11, 130–63.
  113. Ried, L.D., Martinson, O.B., & Weaver, L.C. (1987). Factors associated with the drug use of fifth through eighth grade students. *Journal of Drug Education*, 17, 149–61.
  114. Rohrbach, L.A., Hodgson, C.S., & Broder, B.I. (1994). Parental participation in drug abuse prevention: Results from the Midwestern Prevention Project. *Journal of Research on Adolescence*, 4, 295–317.
  115. Rutter, M (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611.
  116. Rutter, M., & Giller, H. (1983). *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. New York: Penguin Books.
  117. Sambrano, S., Springer, J.F., & Hermann, J. (1997). Informing the next generation of prevention programs: CSAP's cross-site evaluation of the 1994–95 high-risk youth grantees. *Journal of Community Psychology*, 25, 375–95.
  118. Saner, H., & Ellickson, P. (1996). Concurrent risk factors for adolescent violence. *Journal of Adolescent Health*, 19, 94–103.
  119. Schiff, M.M., & Cavaioia, A.A. (1990). Teenage chemical dependence and the prevalence of psychiatric disorders: Issues for prevention. *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 1, 35–46.
  120. Schmidt, B. (1998). *Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen. Sekundärpräventive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit*. Weinheim: Juventa.
  121. Schulenberg, J., Bachman, J.G., O'Malley, P.M., & Johnston, L.D. (1994). High school educational success and subsequent substance use: A panel analysis following adolescents into young adulthood. *Journal of Health Social Behavior*, 35, 45–62.
  122. Shedler, J., & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health. *American Psychologist*, 45(5), 612–630.
  123. Sigler, R.T. (1995). Gang violence. *Journal of*

- Health Care for the Poor and Underserved, 6, 198–203.
124. Silbereisen, R.K. (1995) Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 1056–68). Psychologie Verlags Union (3. vollst. überarb. Aufl.).
  125. Silbereisen, R.K. (1999). Differenzierungen und Perspektiven für Prävention aus entwicklungspsychologischer Sicht. In P. Kolip (Hrsg.), *Programme gegen Sucht* (S. 70–85). München: Juventa.
  126. Simcha-Fagan, O., & Schwartz, J.E. (1986). Neighborhood and delinquency: an assessment of contextual effects. *Criminology*, 24, 667–703.
  127. Spoth, R., Redmond, C., Hockaday, C., & Yoo, S. (1996). Protective factors and young adolescent tendency to abstain from alcohol use: A model using two waves of intervention study data. *American Journal of Community Psychology*, 24, 749–70.
  128. Springer, J.F., Wright, L.S., & McCall, G.J. (1997). Family interventions and adolescent resiliency: The Southwest Texas State High-Risk Youth Program. *Journal of Community Psychology*, 25, 435–52.
  129. St. Pierre, T.L., & Kaltreider, D.L. (1997). Strategies for involving parents of high-risk youth in drug prevention: A three-year longitudinal study in boys and girls clubs. *Journal of Community Psychology*, 25, 473–85.
  130. Süss, D., & Neuenschwander, M.P. (1997). Jugendliche Ausbildungsabbrecher und selbstgefährdendes Verhalten. In M. Rihs-Middel & H. Lotti (Eds.), *Suchtforschung des BAG 1993–1996* (pp. 127–34). Bern: EDMZ.
  131. Süss, D., Neuenschwander, M.P., & Dumont, J. (1996). Lehrabbruch und gesundheitsgefährdendes Verhalten Jugendlicher. *Forschungsbericht*. Institut für Psychologie der Universität Bern: Druckerei der Universität Bern.
  132. Tobler, N.S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *The Journal of Drug Issues*, 16, 537–67.
  133. Tobler, N.S., & Stratton, H.H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *The Journal of Primary Prevention*, 18, 71–128.
  134. Walton, M.A., & Gombert, E.S.L. (1994). Determinants of early alcohol and drug use among young women in alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 6, 367–79.
  135. Webb, J.A., Baer, P.E., Getz, J.G., & McKelvey, R.S. (1996). Do fifth graders' attitudes and intentions toward alcohol use predict seventh-grade use? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1611–17.
  136. Werner, E., & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible*. New York: McGraw-Hill Book Co.
  137. Wicki, W., Alsaker, F., Hüsler, G., Michaud, P.-A., & Steffen, T. (1999). *Schlussbericht Machbarkeitsstudie. Interventionsforschung im Bereich der sekundären Suchtprävention*. Forschungsberichte aus dem Institut für Psychologie der Universität Bern, Nr. 1999–5. Bern: Institut für Psychologie.
  138. Wicki, W., & Friedrich, R. (1997). *Zusatzerhebung zur Evaluation des Projektes «Suchtprävention in Kinder- und Jugendheimen» («le fil rouge»)*. Institut für Psychologie, Universität Bern.
  139. Wicki, W., Krucker, S. & Flammer, A. (1997). *Evaluation des Projektes «Suchtprävention in Kinder- und Jugendheimen»*. In M. Rihs & H. Lotti (Hrsg.), *Suchtforschung des BAG 1993–1996* (S. 329–34). Bern: EDMZ.
  140. Wicki, W., Shantinath, S. & Streuli, E. (1999). *Suchtprobleme und Suchtprävention im Kanton Bern. Monitoringbericht zuhanden der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kt. Bern*. Forschungsbericht Nr. 97 Zürich: Institut für Suchtforschung.
  141. Wills, T.A., Baker, E., & Botvin, G.J. (1989). Dimensions of assertiveness: Differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 473–78.
  142. Wills, T.A., McNamara, G., Vaccaro, D., & Hirky, A.E. (1996). Escalated substance use: a longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, (2), 166–80.
  143. Wolin, S., & Wolin, S.J. (1996). The challenge model: Working with strengths in children of substance-abusing parents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 243–56.
  144. Young, S.E., Mikulich, S.K., Goodwin, M.B., & Hardy, J. (1995). Treated delinquent boys' substance use: Onset, pattern, relationship to conduct and mood disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 37, 149–62.

Korrespondenzadresse:  
 PD Dr. Werner Wicki  
 Institut für Psychologie  
 Universität Bern  
 Muesmattstr. 45  
 CH-3009 Bern  
 E-Mail: Werner.Wicki@psy.unibe.ch

## 9. Anhang: Evaluierte sekundäre Suchtpräventionsprogramme

### Tabellen des Anhangs

<b>supra-f</b>	
Theorie	Risiko- und Schutzfaktoren-Ansatz, sozial-kognitive Lerntheorie
Ziele	Reduktion von problematischem Suchtmittelgebrauch (legale und illegale Drogen), Risiken senken und Schutzfaktoren stärken
Setting	In 12 unterschiedlichen Projekten, halbstationär
Zielgruppe	Schülerinnen und Schüler, stellenlose Jugendliche, Lehrlinge mit spezifischem Risikoprofil
Alter	7 bis 20 Jahre
Rekrutierung	Durch die einzelnen Projekte, teilweise Jugendliche mit jugendgerichtlichen Massnahmen
Aktionen	Unterschiedlich (s.o.)
Dauer	6 Monate
N der Studie <sup>1</sup>	Voraussichtlich ungefähr 2000
Resultate	Liegen noch nicht vor
Bemerkungen	Quasi-experimentelles Design
<b>Emshoff et al. (1996): «Findings from SUPER STARS: A health promotion program for families to enhance multiple protective factors»</b>	
Theorie	Risiko- und Schutzfaktoren-Ansatz
Ziele	Familienbindung und kulturellen Stolz stärken
Setting	Gruppen von 8 bis 10 Familien
Zielgruppe	Kinder von drogensüchtigen Eltern, missbrauchte oder vernachlässigte Kinder, delinquente Kinder, Kinder mit emotionalen oder ökonomischen Problemen, behinderte Kinder (plus ihre jeweiligen Eltern oder Bezugspersonen)
Alter	6 bis 11 Jahre
Rekrutierung	über «community agencies», Kirchen, Schulen, Jugendtreffs, Heilsarmee
Aktionen	Interventionen in Familien mit multiplen Risiken
Dauer	9 Sitzungen von 2 Stunden Dauer, während 4 Monaten
N der Studie	232 Kinder und 184 Erwachsene (Eltern oder Elternsurrogate)
Resultate	Positivere Gefühle sich selbst und der eigenen Kultur gegenüber, verbessertes Familienklima, verbesserter Umgang mit Konflikten, verbesserte Stressverarbeitung. Prozessevaluation zeigte zufriedenstellende Implementation des Programms
Bemerkungen	Keine Kontrollgruppe
<b>Fromme et al. (1994): «The alcohol skills training program: a group intervention for young adult drinkers»</b>	
Theorie	Grundsatz: Umgang mit Alkohol muss gelernt werden
Ziele	nicht abstinentorientiert Kompetenzen im Umgang mit Drogen fördern
Setting	Gruppensetting
Zielgruppe	Studierende mit moderatem Alkoholkonsum und mindestens einer negativen Konsequenz
Alter	Studie 1: durchschnittlich 23 Jahre; Studie 2: durchschnittlich 22 Jahre
Rekrutierung	Studierende der «University of Washington», wurden entlohnt
Aktionen	Gruppendiskussionen, Monitoring des täglichen Konsums, Vermittlung von Wissen, Vermittlung von alternativen Copingstrategien, Hausaufgaben
Dauer	6 wöchentliche Sitzungen zu 90 Minuten
N der Studie	Studie 1: 36 Jugendliche; Studie 2: 134 Jugendliche
Resultate	Erste Studie: signifikante Reduktion des selbstberichteten Konsums; die Intervention ist jedoch nur wenig erfolgreicher als andere, traditionellere Interventionen (mit Fokus auf Wissen und Einstellungen). Zweite Studie: Gruppensetting ist zwar beliebter als Selbststudium oder Beratungsgespräche, aber nicht erfolgreicher.
Bemerkungen	Experimentelles Design
<b>Gottfredson et al. (1996): «A multimodel school-based prevention demonstration»</b>	
Theorie	Integration von sozialer Lerntheorie, Assoziationstheorie, Theorie der sozialen Kontrolle
Ziele	Problemverhalten (z.B. Drogenkonsum) reduzieren, Bindung an Schule stärken, Schulerfolg steigern, Selbstwirksamkeitserwartungen erhöhen, Widerstand gegen «peer-pressure» stärken
Setting	Schulische Intervention
Zielgruppe	Schüler in Mittelschulen, Lehrer
Alter	Sechste bis achte Klasse
Rekrutierung	10% der Schüler werden von Lehrern als besonders gefährdet eingestuft
Aktionen	«Life skills training» (16 Lektionen), Mentoren (2-3-mal monatlich), Tutoren (5-mal pro Jahr); Selbstmanagement-Training (29 Lektionen), Lerntechniken, Lerngruppen, Kurs in sozialem Problemlösen, Gewaltpräventionsprogramm (21 Lektionen)
Dauer	Siehe Aktionen
N der Studie	Für jede Aktion unterschiedlich (Range von 26 bis 283 Schülerinnen und Schülern)
Resultate	Positive Auswirkungen auf Schulleistungen und bei den Kindern und Jugendlichen in Risikosituationen auf «peer-pressure». Z.T. negative Effekte in der ersten Implementierungsphase des Programms
Bemerkungen	Quasi-experimentelles Design
<b>Gropper et al. (1995): «Computer integrated drug prevention: A new approach to teach lower socioeconomic 5th and 6th grade Israeli children to say No to drugs»</b>	
Theorie	Soziale Lerntheorien, Selbstwirksamkeit, «Health-belief-model», Entwicklungstheorien von Piaget und Erikson, Theorien über die Ausprägung von Gruppendruck
Ziele	Informationen über Drogen vermitteln, Einstellungen bezüglich Drogen verändern, soziale Drucksituationen erkennen und sie bewältigen lernen
Setting	Durchgeführt in einem Armutsviertel
Zielgruppe	Kinder eines Armutsviertels
Alter	Fünfte bis sechste Klasse
Rekrutierung	Über Elementarschulen der Wohngegend
Aktionen	Training von sozialen Fertigkeiten, Computerprogramme und Comics, Rollenspiele, Gruppenarbeiten
Dauer	10 Sitzungen zu 90 Minuten
N der Studie	Nicht angegeben
Resultate	sehr gute Akzeptanz bei den Kindern, Evaluation der Wirksamkeit noch ausstehend
Bemerkungen	Formative Evaluation

<sup>1</sup> Das N beinhaltet auch die Kontrollgruppe (falls vorhanden)

<b>Grossman &amp; Tierney (1998): «Does mentoring work? An impact study of the big brothers big sisters program»</b>	
Theorie	Freiwillige als Rollenmodelle, Freunde, Mentoren stärken die Ressourcen der Kinder
Ziele	Unterstützung der Kinder durch einen erwachsenen Freund
Setting	«One-to-one»-Beziehungen
Zielgruppe	Kinder allein erziehender Eltern
Alter	6 bis 18 Jahre
Rekrutierung	8 von 500 lokalen BBBS-Projekten wurden evaluiert
Aktionen	Mindestens 3 Treffen im Monat, jeweils für 3 bis 4 Stunden, unterschiedliche Aktionen
Dauer	durchschnittlich 12 Monate, insgesamt durchschnittlich 144 Stunden Kontakt
N der Studie	959
Resultate	46% weniger wahrscheinlich mit Drogenkonsum zu beginnen; 27% weniger wahrscheinlich mit Alkoholkonsum zu beginnen; 52% weniger wahrscheinlich die Schule zu schwänzen. Signifikant bessere Beziehungen zu Eltern und Peers
Bemerkungen	Experimentelles Design
<b>Hostetler &amp; Fisher (1997): «Project CARE substance abuse prevention program for high-risk youth»</b>	
Theorie	Metaanalyse der Literatur zu Risiken und Interventionen
Ziele	Substanzkonsum, Problemverhalten und Schulprobleme senken, Einstellungen bezüglich Drogen verändern, alternative Aktivitäten und Schulerfolg unterstützen, Familienklima und Kommunikation verbessern.
Setting	Durchgeführt in sechs Elementarschulen
Zielgruppe	Schüler und Schülerinnen aus der vierten Klasse und ihre Familien
Alter	Vierte Klasse
Rekrutierung	Aufnahme aufgrund von Lehrer-Ratings
Aktionen	Familiensitzungen zweiwöchentlich, Familienaktivitäten, wöchentliche Gruppensitzungen, zweimonatliche Ausflüge, monatliche Elternsitzung, Sommerlager
Dauer	Ca. 15 Monate
N der Studie	317, im ersten Follow-up 189, im zweiten Follow-up 78
Resultate	Verbessertes Wissen über Drogen, weniger Tabakkonsum im ersten Follow-up. Insgesamt eher bescheidene Effekte bezüglich Einstellungen und Problemverhalten, enttäuschende Effekte bezüglich Substanzkonsum. Unterschiede bezüglich Ethnie (Schwarze Jugendliche profitierten mehr) und Aktivität im Programm, z.T. auch negative Effekte (mehr Problemverhalten einer Kohorte im zweiten Follow-up)
Bemerkungen	Experimentelles Design
<b>Johnson et al. (1990): «Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug prevention with high-risk and low-risk adolescents»</b>	
Theorie	Diverse Risikofaktoren für Drogenkonsum, Soziale Lerntheorie Theorien werden zusammengefasst in «psychosozialen Modellen», «Massenmedienmodellen» und «public policy models»
Ziele	«Peer-pressure» widerstehen können, Norm der Drogenabstinenz stärken
Setting	Primärprävention in 8 Elementarschulen in Kansas City
Zielgruppe	Schüler in Elementarschulen
Alter	Sechste bis siebte Klasse, Evaluation drei Jahre später
Rekrutierung	In Elementarschulen, Untergruppe der Kinder und Jugendlichen in Risikosituationen wurde nachträglich aufgrund der erhobenen Risikodaten gebildet
Aktionen	10 Lektionen «Social resistance skills training», Elterntraining, Einsatz von Massenmedien, Ausbildung von Verantwortlichen in den Institutionen
Dauer	Keine Angaben
N der Studie	1105
Resultate	Signifikante Reduktion (nach drei Jahren) für verschiedene Risikolevels auf den variablen Tabak- und Marihuanakonsum
Bemerkungen	Experimentelles Design
<b>Johnson et al. (1996): «Reducing alcohol and other drug use by strengthening community, family, and youth resiliency»</b>	
Theorie	Risiko- und Schutzfaktoren-Ansatz
Ziele	Drogenkonsum vermindern oder Beginn verzögern, Resilienz in drei Bereichen fördern (Individuum, Familie, kirchliche Gemeinschaft)
Setting	Kirchliches Programm für Familien
Zielgruppe	Jugendliche in Risikosituationen in 10 ausgewählten Kirchengemeinden
Alter	12 bis 14 Jahre
Rekrutierung	Ausgewählt durch trainierte Freiwillige, um eine «stigmatisierende Atmosphäre zu verhindern»
Aktionen	Information (12 bis 16 Stunden), Training der familiären Kompetenzen der Eltern (16 bis 20 Stunden), Kommunikationstraining für Jugendliche und Eltern (8 bis 12 Stunden), affektive Erziehung, soziale Kompetenz
Dauer	Mindestens ein Jahr
N der Studie	Jugendliche: 120; Eltern: 97
Resultate	Direkte Effekte auf Resilienz in den Bereichen Individuum, Familie und kirchliche Aktivitäten nachgewiesen, indirekte Effekte auf Substanzkonsum
Bemerkungen	Experimentelles Design



<b>Laffin et al. (1995): «Enhancing adoption of an alcohol abuse prevention program: An application of diffusion theory»</b>	
Theorie	Diffusionstheorie von Rogers angewendet auf die Implementierung eines Suchtpräventionsprogrammes, Risiken von Kindern von Alkoholikern
Ziele	Multiplikatoren ausbilden, welche dann ihr Wissen weitervermitteln
Setting	Konferenzen für Lehrerinnen/Lehrer und Erzieherinnen/Erzieher
Zielgruppe	Lehrerinnen/Lehrer und Erzieherinnen/Erzieher (indirekt: Kinder von Alkoholkranken)
Alter	der Kinder: Fünfte bis achte Klasse
Rekrutierung	Verteilung von 100'000 Werbebroschüren an Lehrer / Lehrerinnen und Erzieher / Erzieherinnen in zwölf US-Staaten, «professionelles Marketing», bekannter Referent als Zuggpferd
Aktionen	Lehrerinnen/Lehrer und Erzieherinnen/Erzieher trainieren, damit sie Kinder von Alkoholikern unterstützen und deren Resilienz stärken können
Dauer	Eintägige Konferenz
N der Studie	897 Besucherinnen und Besucher an den Konferenzen
Resultate	In einer brieflichen Nachbefragung gaben 83% von 43% antwortenden Seminarteilnehmern an, ihr Wissen an mehr als fünf Personen weitergegeben zu haben
Bemerkungen	Experimentelles Design
<b>LoSciuto et al. (1996): «An outcome evaluation of across ages: An intergenerational mentoring approach to drug prevention»</b>	
Theorie	Mentoren als Rollenmodelle, Freunde, Unterstützer, «Advokaten»
Ziele	Resilienz in fünf Bereichen erhöhen (Individuum, Familie, Schule, Peer-Gruppe und Nachbarschaft/Gemeinde)
Setting	Unterschiedlich
Zielgruppe	Schülerinnen und Schüler in Problemvierteln von Philadelphia und ältere Mentorinnen und Mentoren
Alter	Fünfte Klasse, Mentoren und Mentorinnen ab 55 Jahren
Rekrutierung	Keine Angaben
Aktionen	Ältere Menschen als Mentorinnen und Mentoren für Kinder und Jugendliche in Risikosituationen einsetzen, Workshops für Eltern, Sozialeinsätze für Jugendliche (1 Stunde alle 2 Wochen), Training sozialer Kompetenzen (26 Lektionen)
Dauer	Mentoring mindestens 4 Stunden pro Woche, während eines Jahres oder länger
N der Studie	526
Resultate	Positive Effekte einerseits auf Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich Drogen und andererseits auf damit zusammenhängende Ressourcen. Je involvierter die Mentoren, desto grösser die Effekte.
Bemerkungen	Experimentelles Design
<b>Palinkas et al. (1996): «Social skills training for drug prevention in high-risk female adolescents»</b>	
Theorie	Bezug auf Risiken für schwangere Mädchen/schwangere junge Frauen
Ziele	Soziale Kompetenzen trainieren und soziales Netzwerk der jungen Frauen restrukturieren
Setting	Gruppen von 8 bis 12 Frauen
Zielgruppe	Schwangere Mädchen, junge Mütter und weitere Mädchen in Risikosituationen
Alter	14 bis 19 Jahre
Rekrutierung	Über Kliniken, medizinische Zentren, Schulkrankenschwestern, Beratungsstellen
Aktionen	Wissensvermittlung und Training sozialer Kompetenzen
Dauer	32 Lektionen Wissensvermittlung, 32 Lektionen Training sozialer Kompetenzen
N der Studie	296
Resultate	Kaum positive Effekte, sogar kontraproduktive Effekte (mehr Substanzkonsum in der Treatment-Gruppe), Training sozialer Kompetenzen brachte nicht mehr als reine Wissensvermittlung
Bemerkungen	Experimentelles Design
<b>Richards-Colocino et al. (1996): «Project success: Comprehensive intervention services for middle school high-risk youth»</b>	
Theorie	Soziale Entwicklungstheorie (Hawkins), Soziale Bindungen als protektive Faktoren, Risiko- und Schutzfaktoren-Ansatz
Ziele	Ressourcen stärken und Risiken mindern
Setting	Individuelle- und Gruppeninterventionen
Zielgruppe	Schüler und Schülerinnen in Risikosituationen
Alter	Siebte bis achte Klasse
Rekrutierung	Identifikation aufgrund multipler Kriterien in Schulklassen
Aktionen	Gruppentherapie, Individuelle Therapie, Trainings, Elternberatung, Umweltinterventionen (Schule, Gemeinde)
Dauer	6 bis 12 Monate, durchschnittlich 27 Stunden pro Jugendliche/n
N der Studie	1081
Resultate	Weniger Drogenkonsum und bessere Schulleistungen nachgewiesen Die Risiken können mit entsprechenden Instrumenten adäquat erfasst werden
Bemerkungen	Experimentelles Design

Korrespondenzadresse:  
PD Dr. Werner Wicki  
Institut für Psychologie  
Universität Bern  
Muesmattstr. 45  
CH-3009 Bern  
E-Mail: Werner.Wicki@psy.unibe.ch

# The effectiveness of drug abuse prevention projects: a review of the literature\*

Rebecca Carrel, Theodor Abelin, Department of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Switzerland

## Abstract

This extract from a lengthy review of the literature on the effectiveness of drug abuse prevention projects outlines the rationale behind effective prevention and summarizes the concepts of risk and protective factors. There is a brief evaluative description of the five prevention strategies specified as knowledge only, affective education only, alternatives, social influences, and comprehensive projects. An introduction to the 12 mediating variables proposed by Hansen states that an intervention project has the greatest chance of modifying substance use behavior if the activities are based on the following 5 mediating variables: normative beliefs, personal commitment, values-lifestyle, beliefs about consequences, and resistance skills.

## 1. Introduction

To help formulate an appropriate response to the growing problems of drug abuse, the Swiss Federal Office of Public Health mandated in 1992 a review of the literature to establish existing knowledge about the effectiveness of prevention targeted at high-risk youth. In view of the fact that research on this special dimension of risk intervention was scarce, the findings from well-designed studies on primary prevention were presented as a potential basis of discussion and planning for targeted efforts. The principal sources of the review were American studies, as their ample funding has supported the development of sophisticated evaluation research methodology. Following is an extract from the full review (2).

## 2. The rationale of prevention projects

The prerequisite of a rational drug abuse prevention strategy is the decision on the kind of behavior to be prevented. With a clear description of the desired outcome, planners of the intervention project can more rationally determine which type of activities should be offered to whom, and for what reason. Given the USA policy of curtailing any drug use, a usual goal of American projects has been to prevent use initiation, as well as to reduce use in its early phases. Accordingly, scientific evaluations of the effectiveness of these projects have investigated whether the activities actually reduced the number of new consumers, or lowered the frequency or quantity of drug use, as measured before the intervention. Figure 1 depicts the rationale of a project to change the level of drug use behavior.

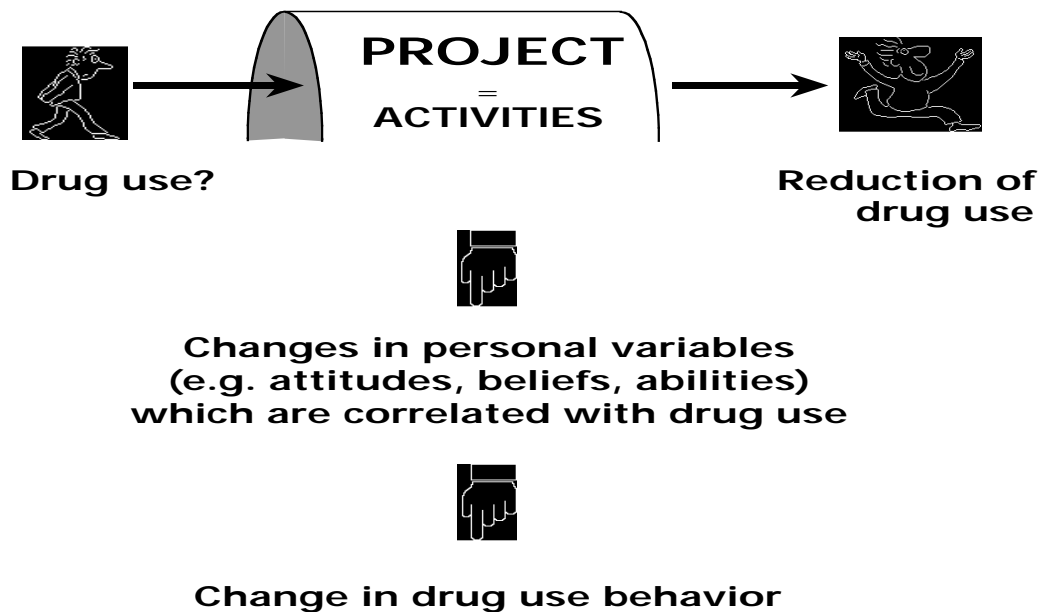
## 3. Risk and protective factors

Research into the causes of drug abuse generated the concept that certain people are more at risk for using and abusing drugs than others. Long, complicated lists of risk factors identified with drug use (5) abound in the literature. Of the many possible factors from the environment, one's family, personal characteristics and culture, it has been determined that the strongest social predictor of drug use is use by parents and friends; the strongest behavioral predictor is past use; and the most consistent demographic predictors are age and gender. (9) The adolescent male is at highest risk for drug use initiation, as well as for experimentation and escalation towards more dangerous use behaviors.

## Key Words

Drug Abuse  
Prevention  
Review

\* This project was supported by the Swiss Federal Office of Public Health, grant No 8026.



In a scholarly article on the topic of risk factors, Hawkins et al. (8) note that if the risk factor concept is to be used in project development, there must be careful linkages made between the risk factor, the activity selected to modify its risk-promoting mechanism, and the intended goal of the project.

Factors that appear to work against the negative effects of risk factors to reduce vulnerability have been called protective factors. Although research on protective factor prevention strategies is still limited, a widely cited study shows that an adolescent's strong attachment to his parents, as well as the level of the parents' conventionality, moderated the negative effects of drug-using peers. (8)

The fact that an adolescents' peer group can operate as both a risk factor and a protective factor has been recognized, and several prevention techniques address this phenomenon. Peer-pressure resistance training was developed to counteract pro-drug-use pressure from friends; the use of peers as positive models to conduct certain prevention activities has been tested with success.

#### 4. Prevention strategies

Although relatively few of the multitude of prevention projects are accompanied by sound scientific evaluation research, a pool of credible results has been building up during the recent years, showing that certain project components are related to a decrease in drug-taking behavior. To facilitate analysis

and comparisons across projects, Tobler (11) sorted project activities into the following groups: knowledge only, affective education only, alternatives, social influences projects, and comprehensive projects.

##### 4.1 Knowledge only

- Objective: To establish reasons for not using drugs
- How: A basis of precise facts  
Information that is age-adapted and goal-related  
Effective communication methods
- Key issues: Establish or reinforce personal susceptibility  
Emphasize short-term consequences

Activities intended to increase the level of knowledge about drugs and the associated dangers are the most frequently employed drug abuse prevention component. Often a strategy consists only of the transmission of facts, leaving the individual recipients to decide on its implications. There is solid evaluation evidence showing that increased knowledge as a singular activity has no particular effect on the level of drug use. Knowledge activities do, however, have their place in complex strategies where information forms the basis upon which other components are constructed. It is important for the project to adjust and adapt the kind of information to the age and developmental level of the recipients. For example, information for children in the early

school years should not be delivered with scare tactics. Regarding information targeted at teenagers, research has shown the importance of convincing an adolescent of his own susceptibility to the more serious consequences of drug use. At the same time, it is knowledge of the short-term consequences, which has the greatest impact on the teenager. The probability of reaching a youthful audience can be increased by using information transmission techniques culled from communications research.

#### 4.2 Affective education only

Objective: Reinforce psychosocial competencies such as

- self esteem
- decision-making capability
- stress management

How: Self-help exercises and support group activities

The concept of affective education is based on the hypothesis that drug use is provoked by an interpersonal deficit such as the lack of self esteem or the inability to cope with stress. Based largely on activities developed in the human growth potential movement, such as sensitivity groups, this approach hypothesizes that a strong individual will naturally reject self-destruction by drug abuse. Research has shown that if affective education techniques are applied as an isolated strategy without reference to drug use prevention, they are not effective in reducing drug use behavior. Ellickson (4) suggested, however, that there is an appropriate target age and an appropriate way of including elements of affective education in prevention strategies. For example, activities, such as self-esteem building, enhanced assertiveness training and effective peer communication training for nine and ten year-olds, may improve the effectiveness of more specific-to-drug-use prevention tactics implemented at a later age. The RAND researcher emphasizes that projects must help young people understand the direct link between skills learned and how these are applicable to drug abuse prevention.

#### 4.3 Alternatives

Objective: Reduce attractiveness of drug use

How: Provide alternative engagements

Key issues: Individualized activities such as

- job preparation
- reading skills, academic achievement
- physical adventure

The alternatives prevention modality proposes other activities for youth that would be more appealing

than drug use, leave little time for drug use, or are not compatible with drug use. These might include sports, hobbies, academic tutoring, supervised youth centers or organized wilderness challenges. Few of the alternatives projects have been carefully evaluated on the criteria of reducing drug use, but there is some evidence that success depends on the kind of activity proposed. Some activities like youth entertainment are associated with more substance use, while others, like academic activities, are associated with less substance use (10). Tobler found that effective programs for abusive or compulsive drug users focused on individualized activities such as job preparation, physical adventure or academic skills, such as reading proficiency.

#### 4.4 Social influences

Objective: Augment capability to protect oneself from pro-drug influences in society

How: Peer Pressure Resistance Training «Vaccination» against pro-drug media messages  
Correction of normative beliefs

The social influence approach is based on the theory that specific social factors, such as the example of drug-using peers or pro-drug images in the media, are determining forces in drug use behavior. Therefore, prevention projects offer activities that increase a person's capability to recognize and deflect these forces. Some techniques of peer pressure resistance training are well exemplified by RAND's Project Alert, which teaches youth to identify the external and internal sources of pressure to use drugs, and then practice various methods of counteracting this pressure. Project Alert's Ways to Say No poster is seen in Figure 2. (3) Research has shown that student or peer-led resistance training has achieved greater reduction in drug use compared with the same training led by teachers. (1)

Ellickson cautions that the level of effectiveness of resistance training techniques varies with the age of the participants, making it imperative to tailor activities according to differing development levels. Highly structured exercises with clearly defined goals are best for 12 to 13 year-old children. Discussions about internal pressures are better for older youths, who have the cognitive development for abstract thinking and greater self-awareness.

A second type of activity of the social influences approach teaches youth to critically assess how the mass media promotes substance use. For example, discussion groups can analyze the subtle ways in which attractive actors and actresses spread the message that success is linked with smoking or drinking.

---

# WAYS TO SAY "NO"



Simply say NO



Give a reason



Offer an alternative



Stand up to pressure



Leave the scene



Avoid the scene

The correction of normative beliefs is a third kind of social influence activity, and has been the subject of several scientific studies. «Perceptions of social norms (use by similar others and belief in social sanctions from using drugs) are not only strong predictors of drug use onset, norms are perhaps the strongest mediator of prevention program effects». (9, p.448) If young people think that drug use is very common and «everybody is doing it», that expectation generates an internal disposition towards use. Hansen (6) has developed several effective school-based project techniques for correcting the assumptions youth have about drug use by their peers, and has demonstrated that these activities contribute to a reduction in drug use.

#### 4.5 Comprehensive projects

The development process of trial and error, evaluation and adjustment, has brought many specialists in drug abuse prevention programming to a long-term strategy including age-appropriate activities carried out in successive stages. In this modality, prevention is not a one-shot course, but a gradual strengthening of the case for healthy choices, and against risk behavior.

One can start in the early school years with simple ideas and less specific-to-drug-use training, such as exercises to augment personal resources, and proceed by logical steps to the more specific-to-drug-use prevention techniques, such as resistance training. Ellickson points out that the 11 to 13 year-old period represents a critical age, when the temptation to experiment with drug use is the strongest, and prevention efforts should establish objective reasons and various motives not to initiate drug use. Activities for the 14 to 16 age group are of equal importance in the strategy, because at that age adolescents need solid and continuing reinforcement to work against the forces which favor drug use.

#### 5. Mediating variables

Which particular activities should be offered in a prevention project? Research is under way to determine which components, which activities and what kinds of exercises are related to a reduction in drug use. Hansen (7) proposed the concept of a «mediating variable», a characteristic or skill, which has the potential of directly influencing drug use behavior. He listed 12 variables:

1. Normative beliefs about drug use prevalence and acceptability
2. Personal commitment to not using drugs

3. Values and lifestyle not compatible with drug use
4. Beliefs about consequences and personal susceptibility
5. Resistance skills
6. Stress management
7. Self-esteem
8. Alternatives
9. Decision-making skills
10. Goal-setting skills
11. Social competence skills
12. Assistance skills for helping peers

Using rigorous scientific methodology, Hansen examined the strength of the correlations between each variable and the use of alcohol, tobacco, cocaine, heroin, amphetamines and inhalants.

Results from testing how changes in a mediating variable were related to changes in substance use showed the first five variables to have statistically significant correlations. From this and corresponding research, Hansen recommends that an intervention project has the greatest chance of effectively modifying substance use behavior if the activity themes are based on the concepts of normative beliefs, personal commitment, values-lifestyle, beliefs about consequences, and resistance skills.

#### 6. In summary...

In summary, research on drug abuse prevention has indicated that an effective project

- is a long-term strategy, and not an isolated short-term activity;
- contains multiple components which build upon each other over time;
- offers age-appropriate activities;
- addresses the mediating variables of normative beliefs, personal commitment, values and lifestyle, beliefs about consequences, and resistance skills.

#### 7. Selected bibliography

1. Botvin G, Baker E, Filazzola A, Botvin E. A Cognitive-Behavioral Approach to Substance Abuse Prevention: One Year Follow-Up. *Addict Behav* 1990;15:47-63.
2. Carrel R. Drug Abuse Prevention Programs for High Risk Youth. A Report from a Review of the Literature. The Institute of Social and Preventive Medicine, Bern, 1994.
3. Ellickson PL and Bell RM. Prospects for Preventing Drug Use Among Young Adolescents. RAND Publishing Series R-38896-CHF, Santa Monica, CA, 1990.

4. Ellickson P and Robyn A. Toward More Effective Drug Prevention Programs. RAND Publication Series N-2666-CHF, Santa Monica, CA, 1987.
5. Goplerud EN (Ed). Breaking New Ground for Youth At Risk: Program Summaries. OSAP Technical Report Series-1, 1990.
6. Hansen WB and Graham J. Preventing Alcohol, Marijuana, and Cigarette Use Among Adolescents: Peer Pressure Resistance Training versus Establishing Conservative Norms, *Prev Med* 1990; 20:414-30.
7. Hansen WB et al. Comparison of Postulated Mediators of Substance Use Prevention: A Longitudinal Examination. Tanglewood Research Inc., Clemmons, North Carolina, 1994.
8. Hawkins JD, Catalano R, Miller J. Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psych Bull* 1992, 112(1):64-105.
9. Johnson CA, Pentz MA, et al. Relative Effectiveness of Comprehensive Community Programming for Drug Abuse Prevention with High-Risk and Low-Risk Adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1990, 58(4):447-56.
10. Swisher JD. Alternatives to Drug Abuse: Some Are and Some Are Not. Glynn T, Leukefeld C, Ludford J (Eds). Preventing Adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies. NIDA Research Monograph-47:141-53, 1983.
11. Tobler NS. Meta-Analysis of 143 Adolescent Drug Prevention Programs. *J Drug Issues* 1986, 6(4):537-67.

Correspondence to:  
Prof. Dr. Theo Abelin  
Department of Social and Preventive Medicine  
Finkenhubelweg 11  
CH-3012 Bern  
Switzerland  
E-mail: abelin@ispm.unibe.ch

# Umsetzung von Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention: Entwicklung eines Evaluationsinstrumentariums\*

Bernhard Cloetta, Thomas Abel, Petra Zeyen Bernasconi

Abteilung für Gesundheitsforschung, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern

## Zusammenfassung

Berichtet wird über erste schweizerische Ergebnisse eines 6-Länder-Projektes. Ziel war die Entwicklung und Erprobung eines Instrumentariums, das die handlungstheoretischen Bedingungen wirksamer Interventionen operationalisiert, nämlich Ziele, Verpflichtungen, Ressourcen, Rahmenbedingungen, Rationalität und Effektivität. Untersucht wurde die Implementation der vier Präventions- und Gesundheitsförderungsthemen Brustkrebsfrüherkennung, Tabakprävention, Sport und körperliche Aktivität sowie Förderung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen. Nach explorativen Interviews mit 20 ExpertInnen wurde eine schriftliche Befragung von 173 weiteren in den vier Bereichen tätigen Personen durchgeführt. Weiter wurden 406 erwachsene DeutschschweizerInnen telefonisch zu ihren Wahrnehmungen und Beurteilungen der genannten Themen sowie zu ihrem Gesundheitsverhalten befragt. Beide eingesetzten Fragebogen erfüllten die gesetzten Ziele: Sowohl die Expertenbeurteilungen wie auch die Wahrnehmungen und Bewertungen der Bevölkerung wiesen beachtenswerte und interpretierbare unterschiedliche Muster zwischen den vier Strategien in der Schweiz und zwischen den einzelnen Ländern auf. Qualitative Themenanalysen lieferten dabei einen notwendigen Interpretationshintergrund.

## Key Words

Evaluation Methodology  
Health Promotion  
Prevention  
Public Health  
Policy Making  
Implementation  
Policymaker Survey  
Population Survey  
Effectiveness  
Rationality

## 1. Einleitung

Im Folgenden berichten wir über den schweizerischen Teil des europäischen Projektes MAREPS (A Methodology for the Analysis of Rationality and Effectiveness of Prevention and Health Promotion Strategies), das als sogenannte «Concerted Action» im Rahmen des EU-Programmes «BIOMED 2» in der Schweiz, Deutschland, Belgien, Finnland, den Niederlanden und Spanien durchgeführt wird.

Die Umsetzung einer Policy in konkrete Massnahmen ist ein äusserst komplexer Prozess, dessen theoretisch relevante Beschreibung und empirisch solide Erfassung weiterhin eine wissenschaftliche Herausforderung darstellt (1). Eine Theorie und Methode, die in dieser Situation einen wesentlichen Fortschritt bringen könnte, ist eine Handlungstheorie, die aus dem Ansatz des Philosophen von Wright weiterentwickelt wurde (2,3). Danach gibt es eine «Logik der Ereignisse», welche die Bedingungen spezifiziert, unter denen eine Handlung abläuft: Eine Handlung bzw. ein Vorgehen beginnt danach mit «Wünschen» (Zielen); diese werden gefördert oder eingeschränkt durch «Verpflichtungen» (institutionelle Normen und Vorgaben); den Zielen sind «Ermöglichkeiten» (z. B. Ressourcen, verfügbare Mittel) zugeordnet; schliesslich beeinflussen «situative Möglichkeiten» (nicht beeinflussbare Rahmenbedingungen) die Realisierung. Dieser Prozess wird zu einem Ergebnis führen, das mit den anfänglichen Zielen und dem Problemkontext, aus denen diese entstanden sind, verglichen wird («Effektivität»). Von «Rationalität» sprechen wir dann, wenn ein begründeter Zusammenhang zwischen durchgeführten konkreten Massnahmen auf den unteren Ebenen mit den auf oberer Ebene formulierten Zielsetzungen und abstrakt formulierten Vorgehensweisen besteht. Bei der Bevölkerung drückt sich Rationalität aus, indem diese die politische Absicht verstanden hat und dann nach einer persönlichen Lageeinschätzung befolgt.

Ausgehend von diesem theoretischen Rahmen wurde im MAREPS-Projekt ein Instrumentarium zur Erfassung und Evaluation von Strategien entwickelt, die ein Bündel unterschiedlicher Massnahmen beinhalten. Dieses Instrumentarium besteht aus zwei aufeinander abgestimmten, standardisierten Fragebogen. Der erste wurde für die schriftliche Befragung von Experten entwickelt, d. h. von Personen, die in Planung, Umsetzung und Evaluation von Policies involviert sind; der zweite Fragebogen dient der telefonischen Befragung der Bevölkerung.

\* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 8064 und vom Bundesamt für Bildung und Wissenschaft mit dem Vertrag Nr. 96.0012 unterstützt.



Die beiden Fragebogen wurden bei vier Themen angewendet, die exemplarisch für vier Typen von Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien stehen:

- Früherkennung von Brustkrebs (krankheitsbezogene Sekundärprävention)
- Prävention des Rauchens (risikofaktorenbezogene Prävention)
- Förderung von Sport und körperlicher Aktivität (verhaltensorientierter Gesundheitsförderungsansatz)
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (verhältnisorientierter Gesundheitsförderungsansatz)

Die Zielsetzung bestand also darin, ein Instrumentarium zu entwickeln, das quantitative Aussagen erlaubt über Durchführungsbedingungen und Erfolg von Massnahmen sowie über Wirkungen in der Bevölkerung (4). Dieses soll künftig die formative Evaluation einer Strategie im zeitlichen Ablauf erlauben (5) sowie den Vergleich verschiedenartiger Strategien innerhalb der Schweiz und international möglich machen. Damit können Entscheidungsgrundlagen zur Verbesserung der Planung, Umsetzung und Wirkungseinschätzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bereitgestellt werden.

## 2. Vorgehen / Methodik

### 2.1 Qualitative Analyse

Insgesamt wurden im Winter 1996/97 zwanzig mündliche Interviews von 1–1,5 Stunden Dauer mit Personen, die in die Präventions- und Gesundheitsförderungs politik involviert sind, durchgeführt. In Abstimmung mit den Partnerländern wurden Experten aus staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen von Bund, Kantonen und Gemeinden zu allen Themen berücksichtigt. Die Gespräche wurden auf Tonband aufgenommen und anhand eines Analyserasters, der auf unserem theoretischen Modell beruht, qualitativ ausgewertet. Unter Beizug von weiteren Dokumenten wurden für jedes Thema Fallstudien erarbeitet, welche durch Experten aus den jeweiligen Themenbereichen überprüft wurden.

### 2.2 Expertenbefragung

Hier befragten wir schriftlich Experten und Expertinnen bzw. gesundheitspolitische Akteure in der Deutschschweiz, die in verschiedenster Weise in die Realisierung der vier Themenbereiche involviert sind. Eine weit gespannte Adressensammlung dürf-

te bei allen Themen, ausser bei dem der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, zu einem repräsentativen Adressenpool geführt haben. Beim letzteren Thema stützten wir uns auf eine Auswahl uns bekannter Namen und Institutionen, weil keine Grundgesamtheit dokumentiert ist. Im Sommer 1997 verschickten wir einen Fragebogen mit Begleitschreiben. Nach einmaliger Mahnung erhielten wir 173 auswertbare Fragebogen zurück, was bezogen auf die bereinigte Stichprobe von 251 einer sehr guten Rücklaufquote von 68,9% entspricht. Es sind also aussagekräftige Ergebnisse zu erwarten. Der Fragebogen umfasste 109 Fragen zum Ankreuzen (meistens auf einer fünfstufigen Skala von «trifft überhaupt nicht zu» bis «trifft völlig zu») zu den Kategorien des theoretischen Modells, zu Erfahrungen und Präferenzen bezüglich präventiver und gesundheitsförderlicher Ziele und Methoden sowie zu beruflichen und soziodemographischen Merkmalen. Sechs offene Fragen dienten u. a. der Erfassung der gewählten Vorgehensweisen und Zielgruppen. Ausgehend von den insgesamt 94 Aussagen zu den theoretischen Konzepten wurden Skalen gebildet. Nach Faktorenanalysen der jeweiligen Aussagengruppe führten wir Testanalysen (Trennschärfenanalysen und Reliabilitätsprüfungen) durch. Wir konnten so insgesamt 18 Skalen aus 2–7 Aussagen konstruieren, die Reliabilitäten (Cronbach alpha) von ,54 bis ,80 mit einem Mittel von ,67 aufweisen und damit für die gruppenbezogenen Analysen geeignet sind. Weil wir in internationaler Übereinstimmung bei der Aussagenauswahl auf das Kriterium des «nicht extremen Mittelwertes» verzichteten, müssen wir allerdings bei sieben Skalen einen Decken- bzw. Bodeneffekt in Kauf nehmen, der die Messmöglichkeiten einschränkt.

### 2.3 Bevölkerungsbefragung

Die telefonische Bevölkerungsbefragung wurde im Winter 1997/98 bei einer Zufallsstichprobe von Personen über 18 Jahren aus der deutschsprachigen Schweiz durchgeführt. Das Instrument umfasste 227 Fragen und die Befragung dauerte im Mittel vierzig Minuten. Die Nettostichprobe betrug nach Abzug von 120 stichprobenneutralen Ausfällen 728 Personen. Es konnten 406 Telefoninterviews durchgeführt werden, sodass die Abschlussquote 55,8% beträgt, was in etwa derjenigen von vergleichbaren Studien entspricht. Ein Vergleich der über 18-jährigen deutschschweizerischen Bevölkerung mit unserer Stichprobe ergab folgende Unterschiede von mindestens 10%: Personen mit einem Bildungsabschluss im Tertiärbereich sind übervertreten (25% gegenüber 12%) und solche mit Basisbildung untervertreten (22% gegenüber 32%), im öffentlichen Dienst beschäftigte Personen sind übervertreten (31% gegenüber 18%).

### 3. Resultate

#### 3.1 Qualitative Analyse

In Anlehnung an die theoretischen Analysekategorien stellen wir in kurzer Form ausgewählte Ergebnisse vor.

##### *Akteure*

Nichtstaatliche Organisationen spielen in den untersuchten Bereichen traditionellerweise eine zentrale Rolle. Die verschiedenen Gesundheitsligen sind in der Gesundheitsligenkonferenz GELIKO zusammengeschlossen. Seit den 80er-Jahren ist auch das BAG im Bereich Gesundheitsförderung aktiv geworden. Zentraler Akteur soll zukünftig die Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung SSGF werden. Auf kantonaler Ebene ist die 1992 gegründete Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung zu nennen. Neben kantonalen Stellen ist die Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX auf gemeindenaher Prävention spezialisiert.

Im Themenbereich Tabak nehmen neben einigen Fachstellen grosser Kantone zwei Akteure auf nationaler Ebene eine zentrale Stellung ein: die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention AT als Dachorganisation mit über 80 Kollektivmitgliedern, darunter die Lungenliga Schweiz, sowie die pointiert auftretende Basisorganisation Pro Aere; seit 1995 das BAG mit der Programmleitung des Massnahmenpakets Tabak.

Beim Thema Gesundheitsförderung durch Bewegung und Sport kommt der eidgenössischen Sportschule Magglingen ESSM eine dem BAG entsprechende Funktion zu. Im Gegensatz zum BAG verfügt die ESSM aber nicht über spezielle Mittel zur Umsetzung eines entsprechenden Programms. Sportvereine, Krankenkassen und andere private Akteure werden bereits früh, z.T. auch in Funktion von Geldgebern, in den Politikprozess eingebunden.

Beim Thema Brustkrebs nimmt die Schweizerische Krebsliga durch die Ausarbeitung eines nationalen Krebsbekämpfungsprogramms (in Zusammenarbeit mit dem BAG) eine zentrale Stellung ein. Überdies ist die Stiftung für das Brustkrebsscreening (Fondation pour le dépistage du cancer) von Bedeutung. Sie ging in der Waadt mit kantonaler Unterstützung mit der Durchführung eines Pilotprojektes voran. Ferner sind das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, die Krankenkassen und die Ärztesellschaft FMH mit ihren Sektionen zu nennen.

Den obgenannten Akteuren auf nationaler Ebene kommt insbesondere bei der Planung und Koordination landesweiter Strategien eine wichtige Funktion

zu. Da Umsetzungsprozesse selten einfach und gradlinig von oben nach unten verlaufen, wird häufig eine Vielzahl dieser Akteure bereits in den Planungs- und Entwicklungsprozess miteinbezogen. Als Schnittstellen zur Wissenschaft und durch ihre neu geschaffenen Weiterbildungsprogramme sind hier zudem die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen SGPG sowie die universitären Institute für Sozial- und Präventivmedizin von Bedeutung.

##### *Verpflichtungen*

Gesetze, die verbindliche Handlungsverpflichtungen darstellen, bestehen für alle Themen nur wenige. Da die Kompetenzen vielfach bei den Kantonen liegen, ist die Situation zudem sehr unterschiedlich. Mit Artikel 19 des neuen Krankenversicherungsgesetzes besteht seit 1996 erstmals eine gesetzliche Grundlage zur Gesundheitsförderung auf eidgenössischer Ebene.

Epidemiologische Befunde wie die Schweizerische Gesundheitsbefragung und der schweizerische Krebsatlas sowie Evaluationen weisen auf einen Handlungsbedarf und wirksame Vorgehensweisen in den vier Themenbereichen hin. Vor allem nationale Akteure beziehen sich auch auf internationale Vorgaben wie die Strategie «Gesundheit 2000» des europäischen Regionalbüros der WHO oder die «Ottawa Charta» zur Gesundheitsförderung.

##### *Ziele*

Für das Thema der Gesundheitsförderung durch Bewegung und Sport wurde 1995 ein Vorschlag für ein Aktionsprogramm ausgearbeitet, in dem die Ziele noch wenig ausdifferenziert sind. Beim Thema Tabakprävention strebt das Massnahmenpaket Tabak als Hauptziel die Senkung der Raucherprävalenz bis zum Jahr 2000 von gut 30% auf 25–28% an. Hinsichtlich der einzelnen Schwerpunkte Primärprävention, Nichtraucherchutz und Tabakentwöhnung sind die Einzelziele nicht weiter quantifiziert. Zum Thema Brustkrebsprävention nennt das nationale Krebsbekämpfungsprogramm neben anderen Zielen als Präventionsziel, die Auftretenshäufigkeit von Brustkrebs zu reduzieren. Die formulierten Einzelziele sind im Detail quantifiziert. Beim Thema Gesundheitsförderung konzentrierten wir uns auf die im Tätigkeitsprogramm 1998–2002 formulierten Zielsetzungen der Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung SSGF. Für die drei Schwerpunkte Bewegung/Ernährung/Entspannung, Arbeit (inklusive Erwerbslosigkeit) sowie Jugendliche sind die Einzelziele im Detail ausformuliert und quantifiziert.

### 3.2 Expertenbefragung

Die Stichprobe von 173 Personen bestand aus erfahrenen Berufsleuten: Im Mittel waren sie 46,5 Jahre alt, schon 18,7 Jahre berufstätig, befassten sich seit 10,3 Jahren mit dem zur Diskussion stehenden Thema und waren seit 7,9 Jahren in der momentanen Institution tätig. Das hohe Qualifikationsniveau zeigte sich am Akademikeranteil von 58,3% und am Anteil von 63,7% in einer Leitungs- oder Kaderfunktion. Der Frauenanteil ist mit 32,2% für Schweizer Verhältnisse relativ hoch. 54,7% der Institutionen werden vorwiegend aus öffentlichen Mitteln finanziert; 41,1% sind bundesweit und 42,4% kantonsweit tätig. Die Aufgliederung nach Themen:

– Früherkennung von Brustkrebs	9,9%
– Prävention des Rauchens	20,9%
– Förderung von Sport und körperlicher Aktivität	33,1%
– Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten	33,7%

Beim Thema Brustkrebsfrüherkennung fällt der sehr niedrige Frauenanteil (6%, d. h. 1 Person) und der sehr hohe Anteil von Medizinerinnen (71%) auf.

Bezüglich *Vorgehensphase* waren fast alle Vorgehen (94%) in der Umsetzung. Unter Zulassung von Mehrfachantworten wurden dazu 61,1% als in der Planung und 44,9% als in der Evaluation befindlich bezeichnet. 36,1% der befragten Personen waren hauptsächlich in der Planung, 40,6% in der Umsetzung, nur ganz wenige (4,2%) in der Evaluation und 18,1% in mehreren dieser drei Phasen tätig. In der Brustkrebsfrüherkennung waren 64,7% mit der Planung befasst. Brustkrebsfrüherkennung ist tatsächlich auch das jüngste der vier Themen.

Die *Zielgruppen* des Vorgehens fassten wir in fünf Kategorien zusammen. 136 Befragte machten durchschnittlich 1,8 Angaben. Bei der Brustkrebsfrüherkennung wurden natürlich Frauen allgemein oder spezielle Frauengruppen weitaus am häufigsten (92,9%) genannt. In der Raucherprävention waren es in erster Linie Jugendliche und Kinder (62,1%) sowie Risikogruppen (48,3%). In der Bewegungsförderung wurden primär Risikogruppen (73,9%) angezielt, bei der Förderung gesunder Lebensbedingungen vor allem Mediatoren (63,8%) sowie Kinder und Jugendliche (51,1%).

Die Korrelationen der als Skalen operationalisierten Handlungsbedingungen unter sich sind insgesamt niedrig: nur sieben von insgesamt 153 nicht redundanten Korrelationen sind  $r \geq 0,4$ . Damit ist es gelungen, unterschiedliche Konzepte auch empirisch genügend voneinander abzuheben. Auf diesem Hintergrund können einige der vorhandenen Zusam-

menhänge inhaltlich interpretiert werden, z. B. weisen sie auf eine zugrunde liegende gemeinsame wissenschaftsorientierte und rational planerische Haltung hin.

*Unterschiede der Handlungsbedingungen nach Thema* zeigten sich bei sieben der insgesamt 18 Skalen. Wenn wir auf die höchsten bzw. niedrigsten Mittelwerte achten, ergibt sich bei jedem Thema ein charakteristisches Muster:

- Die «Brustkrebsfrüherkennung» fällt auf durch hohe Verpflichtungen und durch Überlegungen bzw. Präferenzen für Aufklärung und Risikoprävention. Der medizinische und dringende Charakter des Problems machen diese Konstellation verständlich.
- Die «Tabakprävention» zeichnet sich aus durch hohe Zielorientierung und durch Überlegungen bzw. Präferenzen für Aufklärung und Risikoprävention, aber durch niedrige quantitative Ressourcen. Die klare epidemiologische Problemlage des Risikofaktors Rauchen und der Vergleich der eigenen Mittel mit denen der Tabakwerbung erklären dieses Bild.
- Bei der «Förderung von Sport und körperlicher Bewegung» sind die Verpflichtungen, die Überlegungen bezüglich geplanter Verhaltensintervention und die Präferenzen für Forschung und Planung tief, die quantitativen Ressourcen hingegen hoch. Es zeigen sich die Konturen eines bereits entwickelten gesellschaftlichen Bereichs, der aber bezüglich Gesundheitsförderung noch wenig professionalisiert ist.
- Die Strategie «Schaffung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen» weist niedrige Zielorientierung und geringe Überlegungen bzw. Präferenzen für Aufklärung und Risikoprävention auf, dafür ausgeprägte Überlegungen bezüglich geplanter Verhaltensintervention und hohe psychosoziale Präferenzen. Hier schlagen sich das breite Arbeitsfeld, die Ressourcen- statt Risikoorientierung und die recht hohe Professionalisierung nieder.

Wieweit die *Handlungswirkungen* tatsächlich von den theoretisch postulierten *Handlungsbedingungen* abhängen, überprüften wir, indem wir eine Regressionsanalyse der sieben unmittelbar relevanten Skalen als Prädiktoren und der Skala «positive Wirkungen» als Kriterium durchführten: Drei Variablen erklären etwa 60% der reliablen Varianz der positiven Wirkung des Vorgehens. Diese wird umso grösser eingeschätzt, je mehr äussere Unterstützung vorhanden ist, je klarer die Ziele sind und je besser die Kooperation in der Organisation ist.

Der *Vergleich der Schweiz mit den anderen fünf beteiligten europäischen Ländern* zeigt einen unterdurchschnittlichen Frauenanteil und einen beson-

ders kleinen Personenanteil, der in der Brustkrebsfrüherkennung tätig ist. Bei den 88 Aussagen zu den Zielen, Verpflichtungen, Ressourcen und Rahmenbedingungen sowie zu den Überlegungen, Erfahrungen und Prioritäten wies die Schweiz in 26 Fällen den höchsten oder niedrigsten Wert aller Länder auf. Am wenigsten Unterschiede, nämlich acht, bestehen zu Deutschland, mehr (13–16) zu den anderen vier Ländern. Inhaltlich sind es viele Aussagen aus den Bereichen «Überlegungen» und «Prioritäten».

Es zeigt sich für die Schweiz eine ausgeprägt salutogenetische Ausrichtung sowie eine Bevorzugung detaillierter, flexibler Planung und positiv motivierender Methoden. Zum Beispiel ist Früherkennung von Krankheit weniger prioritär, es wird auf den Einsatz abschreckender Bilder eher verzichtet, und Planung erfolgt in spezifizierten Einzelschritten. Andererseits ist eine gegenüber Wissenschaft eher skeptische Haltung zu erkennen. Weiter zeichnet sich die Schweiz durch eine überdurchschnittliche Zufriedenheit und Identifikation mit der eigenen Organisation und deren Vorgehen sowie durch entsprechend wahrgenommene Einflussmöglichkeiten aus. Detailanalysen mit einer Aufgliederung nach Thema müssen diese Befunde noch sichern und präzisieren.

### 3.3 Bevölkerungsbefragung

Im Folgenden werden aus der Bevölkerungsbefragung erste Ergebnisse zu zwei Fragestellungen vorgestellt: Erstens zur Beurteilung der relativen Wichtigkeit der vier untersuchten Themen und des jeweiligen Beitrags der Gesundheitspolitik und zweitens zum Informationsstand zu den vier Themen einschliesslich der Reaktionen auf entsprechende Kampagnen.

#### *Beurteilung der relativen Wichtigkeit der vier Themen*

«Welches der vier Themen ist Ihrer Meinung nach das wichtigste?» Auf diese Frage nannten 67,0% die Schaffung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen, nur noch 14,8% Sport und körperliche Aktivität, 9,8% Tabakprävention und 7,5% Brustkrebsfrüherkennung. Als das am wenigsten wichtige Thema wurde von 39,6% der Befragten Sport und körperliche Aktivität genannt; Tabakprävention gaben 33,2%, Brustkrebs 16,8% und die Schaffung von gesunden Lebens- und Arbeitsbedingungen 10,4% an. Ein Mittelwertvergleich für die Wichtigkeit eines Themas (Bewertung von vier für «am wichtigsten» und eins für «am wenigsten wichtig») ergab folgende Rangfolge: Schaffung von gesunden Lebens- und Arbeitsbedingungen (Mittelwert MW =

3,4), Brustkrebsfrüherkennung (MW = 2,4), Sport und körperliche Aktivität (MW = 2,2) und Tabakprävention (MW = 2,1).

#### *Einschätzung des Beitrags der Gesundheitspolitik zu den vier Themen*

Mittels einer fünfstufigen Antwortskala sollten die Befragten einschätzen, inwieweit die Gesundheitspolitik zur Erreichung der durch die vier Themen angestrebten Ziele beiträgt (Bewertung mit 5 Skalenwerten für «trägt sehr dazu bei» bis mit einem Skalenwert für «trägt gar nicht dazu bei»). Keinen Beitrag der Gesundheitspolitik sahen sehr wenig Befragte, am meisten noch mit 4,3% bei der Tabakprävention, (d.h. «...dass immer weniger Menschen rauchen»), während gleichzeitig auch nur wenige, am meisten mit 10,3% bei Sport und körperlicher Aktivität, meinten, die Gesundheitspolitik trage sehr zur Erreichung des Ziels bei («...dass genug Menschen Sport treiben»). Bei allen vier Themen fand sich die Einschätzung «die Politik trägt dazu bei» (Skalenwert 4) am häufigsten (immer über 50% Zustimmung). Dementsprechend klein waren die Mittelwertsunterschiede. Die Themen Sport (MW = 3,6) und Brustkrebs (d.h. «...dass Brustkrebs frühzeitig erkannt wird»; MW = 3,6) zeigten lediglich geringfügig höhere Werte als Gesundheitsförderung (d.h. «...dass die Bevölkerung gesunde Lebens und Arbeitsbedingungen hat»; MW = 3,4) und Tabakprävention (MW = 3,4).

#### *Grad der Informiertheit zu den vier Strategien/Themen*

Die Frage, wie gut man sich über Programme und Aktionen zu einem jeweiligen Thema informiert fühlt, wurde auf einer fünfstufigen Skala von «sehr gut» (5) bis «sehr schlecht» (1) beantwortet. Über Programme zur Brustkrebsfrüherkennung (66,4%, nur Frauen) und zu Sport und körperlicher Aktivität (60,8%) fühlten sich der grösste Anteil der Befragten gut oder sehr gut informiert. Der entsprechende Anteil im Bereich Tabakprävention war mit 56,4% etwas und im Bereich Gesundheitsförderung mit 45,0% deutlich niedriger. Im Mittelwertvergleich ergab sich bezüglich der Informiertheit über Angebote und Massnahmen in den vier Themenbereichen die folgende Rangfolge: Brustkrebsfrüherkennung (3,8), Sport und körperliche Aktivität (3,6), Tabakprävention(3,6), Gesundheitsförderung (3,4).

#### *Bekanntheitsgrad und einfache Effekte von konkreten Programmen*

Für die beiden Themenbereiche Tabakprävention sowie Sport und körperliche Aktivität wurden nach je-

weils drei konkreten gesamtschweizerischen Programmen gefragt. Schon einmal gehört vom jeweiligen Programm hatten die folgenden Anteile der Befragten:

- |                              |       |
|------------------------------|-------|
| – Tag des Nichtrauchens      | 81,8% |
| – Die neue Lust Nichtrauchen | 36,0% |
| – Aktion zur Tabakentwöhnung | 28,3% |
| – Rückenschule               | 41,6% |
| – Dänk a Glänk               | 38,7% |
| – Bike for your life         | 11,1% |

Dabei lässt sich erkennen, dass die drei Programme zur Tabakprävention insgesamt einen etwas höheren Bekanntheitsgrad aufwiesen als die im Bereich Sport und körperliche Bewegung. Auf der Basis einer einfachen Frage zur Effektivität zeigte sich jedoch ein günstigeres Bild für die Massnahmen zur Förderung von Sport und körperlicher Aktivität: Bei Programmen, an die sich die Befragten erinnern konnten, wurde zusätzlich erfragt, ob das jeweilige Programm zum Mitmachen angeregt, zum Nachdenken bewogen oder auf Gleichgültigkeit gestossen sei. Mit Werten zwischen 73% und 79% wiesen die drei Programme zur Förderung von Sport und körperlicher Aktivität deutlich höhere Werte auf als die drei Programme zur Tabakprävention, bei denen lediglich 43–52% angaben, zum Nachdenken oder zum Mitmachen angeregt worden zu sein.

Zusammenfassend lässt sich im Hinblick auf die Wichtigkeit der vier genannten Themen eine deutliche Priorität für den Bereich Schaffung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen feststellen. Vergleicht man dazu die Angaben aus den andern Ländern, so gibt es interessante Parallelen und Abweichungen. So erreichte der Bereich Schaffung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen, sicher auch aufgrund seines umfassenden und eher unspezifischen Inhaltsbereichs, in allen fünf Ländern (die spanischen Daten waren noch nicht zugänglich) den höchsten Anteil der Einstufung als «sehr wichtig». Länderspezifisch abweichend zeigte sich u. a., dass das Thema Sport und körperliche Aktivität aufgrund seiner traditionell grossen Bedeutung als gesundheitsfördernde Aktivität in Finnland mit 24,5% eine deutlich höhere Einstufung als «sehr wichtig» erreichte als in allen anderen Ländern, einschliesslich der Schweiz (12,4%).

Bezüglich der Einschätzung des Beitrages der Politik zu den Zielen der vier Themen wies die Schweizer Stichprobe insgesamt eine eher positive Beurteilung und kaum Differenzen nach Thema auf. Zwischen den anderen europäischen Ländern traten einige interessante Unterschiede auf, so wurde zum Beispiel über die vier Themen hinweg der Beitrag der Politik in Belgien und Deutschland insgesamt als geringer eingeschätzt. Speziell zum Thema Brustkrebsfrüherkennung fanden sich in der Schweizer

Stichprobe die höchsten Anteile der Personen, die dazu keinen Beitrag der Politik sahen.

Die Mehrzahl der Befragten gab einen (subjektiv eingeschätzten) guten Informationsgrad bei den Programmen und Massnahmen zu drei der vier untersuchten Themen an. Ausnahme war hier das Thema Gesundheitsförderung mit lediglich 45,0%. International vergleichend zeigten sich einige Abweichungen der Schweizer Resultate vom Mittel der anderen Nationen, so u. a. zu den Programmen zur Schaffung gesunder Arbeits- und Lebensbedingungen, bei denen sich Belgier und Finnen durchschnittlich deutlich besser informiert fühlten als Schweizer Befragte.

#### 4. Diskussion

Bezogen auf die Zielsetzung, ein Instrumentarium zur Analyse von Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien zu entwickeln, kommen wir zu folgenden Beurteilungen:

Die qualitativen Analysen in Form von Fallstudien zu jedem der vier Themen, gegliedert in Anlehnung an die Kategorien unseres theoretischen Rahmens, stellen wichtige Informationen bereit, welche die quantitativen Daten im nationalen wie internationalen Vergleich besser interpretierbar und vergleichbar machen. So können zum Beispiel die in Interviews und Dokumenten erfassten Verpflichtungen oder Ziele mit den Wahrnehmungen von Experten, die in der Umsetzung aktiv sind, verglichen werden.

Dazu können die aus der Expertenbefragung gewonnenen 18 Skalen herangezogen werden. Diese operationalisieren wie angestrebt mit jeweils mindestens einem reliablen Test die theoretisch begründeten Konstrukte, Ziele, Verpflichtungen, Ressourcen, Rahmenbedingungen, Rationalität und Effektivität; sie sind auch weitgehend kompatibel mit den international entwickelten Skalen für Ländervergleiche. Die Skalen differenzieren zwischen unterschiedlichen präventiven bzw. gesundheitsfördernden Strategietypen und klären Zusammenhänge zwischen Prozessmerkmalen einer Strategie und deren Ergebnissen. Hervorzuheben sind die interpretierbaren, unterschiedlichen Muster zwischen den vier Themen in der Schweiz (auf Skalenebene) und zwischen den einzelnen Ländern (Einzelaussagen).

Die Bevölkerungsaussagen zur Wahrnehmung und Beurteilung von Massnahmen erlauben im Vergleich mit den Expertendaten Schlüsse zur Rationalität und Effektivität der Implementation. Im längerfristigen Vergleich können die Daten zum Gesundheitsverhalten der Bevölkerung Wirkungseinschätzungen von Strategien liefern.

Eine Kürzung der Instrumente und ihre bessere inhaltliche Abstimmung sind noch zu leisten. Auch sollten Ressourcen und Rahmenbedingung besser voneinander abgegrenzt werden. Besonders eignet sich die vorliegende Methodologie zur Evaluation ganzer Bündel von unterschiedlichen Massnahmen, einem Bereich, in dem die Schweiz mit der Durchführung der ersten Globalevaluationen international eine Vorreiterrolle einnimmt. Für internationale Vergleiche hat sich das Instrumentarium ebenfalls bewährt.

## 5. Empfehlungen

Für das neu entwickelte Instrumentarium sehen wir folgende Anwendungsmöglichkeiten im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung:

- Gesamtschweizerische Vergleiche definierter Policies zur Analyse von spezifischen Stärken und Schwächen. Dies erfordert eine französische und eine italienische Version.
- Internationaler Vergleich einer ausgewählten Policy zur Beurteilung der schweizerischen Position.
- Formative Evaluation einer in Umsetzung befindlichen Policy zum frühzeitigen Erkennen von nötigen Korrekturen.
- Einsatz in verschiedenen Phasen einer Globalevaluation.

Bei Analysen zu einer der vier untersuchten Policies kann auf die vorliegenden Fallstudien zurückgegriffen werden.

## 6. Referenzen

1. Rütten A. The implementation of health promotion: A new structural perspective. *Soc Sci Med* 1995; 41:1627–37.
2. Von Wright GH. Determinismus in den Geschichts- und Sozialwissenschaften. In: Poser H, Hrsg. *Handlung, Norm und Intention. Untersuchungen zur deontischen Logik*. Berlin: De Gruyter; 1977:131–52.
3. Rütten A, Abel T, Kannas L, von Lengerke T, Lüschen G, Rodríguez Diaz JA, Vinck J, van der Zee J. *The MAREPS Project. Final Report*. Technische Universität Chemnitz, 1998.
4. Lüschen G, Cockerham W, Van der Zee J et al. *Health Systems in the European Union. Diversity, Convergence and Integration*. München: Oldenbourg; 1995.

5. Cloetta B, Dubois-Arber F. Evaluation. In: Gutzwiller F, Jeanneret O, Hrsg. *Sozial- und Präventivmedizin, Public Health*. Bern: Huber; 1996:220–31.

## 7. Valorisierung

Referate über das schweizerische Projekt:

1. Zeyen Bernasconi P: Wissenschaftliche Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen am 20.6.1997 in Bern.
2. Abel T, Cloetta B, Zeyen Bernasconi P: *Journal Club des BAG* am 21.4.1998 in Bern.
3. Zeyen Bernasconi P: Weiterbildungskurs der SGPG «Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen» am 27.10.1998 in Zürich.
4. Cloetta B. Präsentation von Zwischenergebnissen aus der Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak des BAG am 4.11.1998 in Bern.
5. Zeyen Bernasconi P: MPH-Kurs «Policies im Bereich der Gesundheitsförderung» am 13.11.1998 in Zürich.
6. Zeyen Bernasconi P et al.: Annual Meeting 1998 of the European Public Health Association (EU-PHA) am 12./14.12.1998 in Göteborg.

## 8. Impact

Angesichts des Projektstandes noch nicht möglich.

Korrespondenzadresse:  
Dr. rer. soc. Bernhard Cloetta  
Abteilung für Gesundheitsforschung  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
der Universität Bern  
Niesenweg 6  
CH-3012 Bern  
Telefon: 031 - 631 35 12  
Fax: 031 - 631 34 30  
E-Mail: cloetta@ispm.unibe.ch

# Machbarkeitsstudie supra-f Multizentrische Interventionsforschung im Bereich der sekundären Suchtprävention\*

**Werner Wicki, Françoise Alsaker, Etienne Hartwagner**, Institut für Psychologie, Universität Bern  
**Pierre-André Michaud, Françoise Narring, Karen Klaue**, Institut für Sozial- und Präventivmedizin,  
Universität Lausanne

**Gebhard Hüsler, Bernard Plancherel**, Institut für Psychologie, Universität Fribourg

**Thomas Steffen, Richard Blättler, Daniela Dombrowski**, Institut für Suchtforschung, Zürich

## Zusammenfassung

Diese von November 1998 bis Ende Juni 1999 laufende Untersuchung hatte zum Ziel, die wissenschaftliche Machbarkeit der geplanten supra-f-Interventionsstudie abzuklären und deren spätere Durchführung konkret vorzubereiten. Supra-f bezeichnet einerseits die dezentral an ca. 14 Standorten (Deutschschweiz und Romandie) geplante, individuell befristete Intervention für Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 20 Jahren (Schülerinnen und Schüler, Stellenlose und Lehrlinge), die hinsichtlich Suchtentwicklung und selbstschädigendem Verhalten ein spezifisches Risikoprofil aufweisen. Andererseits bezeichnet supra-f auch die Begleitforschung dieser Intervention, bezieht sich also auf das entsprechende Suchtpräventions-Forschungsprojekt, das dieses sekundärpräventive Angebot in allen wesentlichen Aspekten evaluieren wird. Anhand der durchgeführten Machbarkeitsstudie wurde abgeklärt, ob und unter welchen Bedingungen resp. mit welchen Mitteln die supra-f-Begleitforschung die erwarteten kurz- und mittelfristigen Effekte dieser Intervention würde feststellen können. Von besonderer Bedeutung war dabei die Abschätzung der Stichprobenerreichbarkeit hinsichtlich möglichst vergleichbarer quasi-experimenteller Kontrollgruppen (Jugendliche mit ähnlichem Risikoprofil, die von keinem oder einem weniger (zeit-)intensiven Programm profitieren können). Im Hinblick auf die Erfassung der klientenbezogenen Daten wurden ein computergestützter Fragebogen und ein persönliches Interview entwickelt und erprobt (N=148 Jugendliche). Zudem wurden prozessevaluative Instrumente entwickelt. Die Stichprobenrekrutierung zur Erprobung der klientenbezogenen Instrumente hat ergeben, dass Risikojugendliche grundsätzlich für diese Form der Untersuchung erreichbar sind. Die Beobachtungen während der Datenerhebung und die Datenanalyse haben gezeigt, dass die verwendeten Instrumente nach geringen Anpassungen von den Jugendlichen verstanden und akzeptiert werden und voraussichtlich reliable und sinnvoll interpretierbare Messungen erlauben.

## Key Words

Intervention Study  
Adolescents  
Secondary Drug Prevention  
Evaluation  
Feasibility

## 1. Einleitung

Supra-f ist vom Bundesamt für Gesundheit BAG als dezentrale, halbstationäre, auf 6 Monate befristete Intervention konzipiert worden. Zielgruppe dieser Intervention sind Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 20 Jahren (Schülerinnen und Schüler, Stellenlose und Lehrlinge), die hinsichtlich Suchtentwicklung und selbstschädigendem Verhalten ein spezifisches Risikoprofil aufweisen. Die Intervention sollte in 10 bis 20 Projekten mit je ca. 15 Plätzen erfolgen: Gefährdete Kinder und Jugendliche sollten dort je nach vorliegender Problematik und Situation (wie Lehrabbruch, Arbeitslosigkeit, Herumhängen, Delinquenz, Probleme in der Familie) spezifisch gefördert und lösungsorientiert unterstützt werden (Aufgabenhilfe, Kurse, Beratung etc.). Es handelt sich somit um eine kontextbezogene und ressourcenorientierte Intervention im Bereich der Sekundärprävention, deren zielgruppenspezifische Ausgestaltung von Projekt zu Projekt variieren darf. Vom BAG wurde jedem Projekt eine finanzielle Unterstützung für die ersten drei Projektjahre in Aussicht gestellt.

Die Machbarkeitsphase der Projekte selbst, die im Auftrag des BAG durch die pro juventute (Thomas Pfister und Christiane Balmer) koordiniert worden ist, hat (wie diejenige der Forschung) vom Herbst 1998 bis in den Sommer/Herbst 1999 gedauert. In dieser Zeit wurden die Konzepte sowie die organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen der Projektdurchführung an jedem Standort geschaffen und überprüft. Gegen Ende der Machbarkeitsphase der Projekte hat sich abgezeichnet, dass von den 15 zunächst einbezogenen Projekten 12 bis 14 bewilligt würden.

Bei Bewilligung von 14 Projekten lässt sich die Grösse der Interventionsgruppe wie folgt schätzen: 14 (Projekte) mal 30 (Jugendliche pro Jahr) mal 3 (Jahre) = 1260 Jugendliche. Für die Machbarkeitsstudie der Forschung galt somit, ein Forschungsprotokoll für diese Stichprobe und für eine adäquate Kontrollgruppe bereitzustellen und dessen Durchführbarkeit abzuklären.

Die vier involvierten Forschungszentren (Bern, Lausanne, Fribourg und Zürich) standen bereits während der Machbarkeitsphase mit den ihnen (nach geografischen Kriterien) zugeteilten Projekten und mit der pro juventute (Projektkoordination) in Kontakt. Ausgehend von einem Risiko- und Res-

\* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 8088 unterstützt.

sourcenmodell der Suchtentstehung und -prävention wurden die Skalen und Einzelitems des Probandenprotokolls (s.u.) zusammengestellt, das im Rahmen der Machbarkeitsstudie getestet wurde (Näheres dazu unter Methode). Neben der Bereitstellung des Probandenprotokolls sollte im Rahmen der Machbarkeitsstudie auch ein Protokoll für die Evaluation der Projekte (Prozessevaluation) erstellt werden.

Zur Untersuchung der Wirksamkeit der Intervention auf der Ebene der Jugendlichen stand von Anfang an ein prospektives (prä-, post- und Follow-up-Messung), quasi-experimentelles Design im Vordergrund, dessen Realisierbarkeit ebenfalls abgeklärt werden sollte. Die Begleitforschung hat sich in der Folge intensiv mit der Frage beschäftigt, ob eine vergleichbare Kontrollgruppe rekrutierbar ist und wie gross der Aufwand dafür zu veranschlagen wäre. Die Erreichbarkeit der Stichprobe, die zur Erprobung der bereitgestellten Instrumente untersucht worden ist (s.u.), galt (eingeschränkt) als Testfall für die spätere Rekrutierung der Kontrollgruppe.

## 2. Vorgehen/Methode

### 2.1 Stichprobe

Die Rekrutierung der Stichprobe und die Erprobung des Probandenprotokolls erfolgte durch die vier beteiligten Forschungszentren. N=148 Jugendliche (61 Mädchen und 87 Jungen) im Alter von 13 bis 24 Jahren (M=17 Jahre, SD=1,6 Jahre, kein Altersunterschied zwischen Jungen und Mädchen) wurden interviewt und gebeten, am Computer einen Fragebogen auszufüllen. 91 Jugendliche wurden mit den deutschen, 57 mit den französischen Instrumenten getestet. Die Rekrutierung erfolgte einerseits über Institutionen, die sich an supra-f beteiligen werden und somit vergleichbare Jugendliche betreuen, andererseits über diverse Beratungsstellen, Heime etc.. Auf diese Weise ist die (relative) Ähnlichkeit mit der zu erwartenden supra-f-Population sichergestellt worden.

### 2.2 Instrumente

Das persönliche Interview wurde mehrheitlich vor der Befragung mittels des computergestützten Fragebogens durchgeführt. Es umfasste – in meist halbstrukturierter Form – Fragen zum sozialen Netzwerk, zu Lebensstil, Freizeitaktivitäten, Zukunftsperspektiven, persönlichen Ressourcen und zu den drogenbezogenen Einstellungen der Eltern.

Der computergestützte Fragebogen bestand aus einer Reihe von Skalen, die bereits in früheren Untersuchungen eingesetzt worden waren (und sich be-

währt hatten), die aber teilweise gekürzt, spezifisch angepasst oder übersetzt (deutsch/französisch) werden mussten. Auf die Skalenherkunft kann hier nicht detailliert eingegangen werden. Es sei lediglich erwähnt, dass das bereits abgeschlossene NFP-33-Projekt «Alltag und Schule von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz und in Norwegen» (1), das am Institut für Psychologie der Universität Bern durchgeführt worden war, für die Skalenauswahl sehr nützliche Informationen geliefert hat. Zu den folgenden Themen wurden Skalen eingesetzt: Freundesbeziehungen, Familienklima, Selbstwirksamkeit, Coping, Selbstwert, Selbstbehauptung, Zukunftsperspektiven, Depressivität, Angst, Vergleich mit Peers, Plagen, Geplagtwerden und normbrechendes Verhalten.

Die Einzelitems des Fragebogens bezogen sich auf Suizidalität, Sexualverhalten, sexuellen Missbrauch, Konsum legaler und illegaler Drogen und auf gesundheitliche Probleme. Diese Items stützten sich auf frühere Untersuchungen der Forschungsgruppe aus Lausanne (2, 3, 4). Einige Items wurden angepasst und übersetzt (französisch/deutsch). Wir sind davon ausgegangen, dass der Computerfragebogen für Kinder unter 11 Jahren ungeeignet (weil zu schwierig) ist. Für die Untersuchung dieser Kinder wird ein erweitertes, persönliches Interview vorbereitet.

Zusätzlich zu diesen Instrumenten ist ein soziodemografischer Fragebogen (er enthält auch Fragen zur Ausbildung, die von den Projekten ausgefüllt werden) sowie ein computergestütztes System für die Projekte zur Erfassung ihrer klientenbezogenen Angebote und Aktionen (Aktionsplan) erstellt und an die Projekte zur Vernehmlassung gegeben worden. Schliesslich wurden auch ein Austrittsbogen und ein Bogen zur Erfassung der KlientInnenzufriedenheit (im Rahmen der Qualitätssicherung) erstellt und die Adaptation der ersten Messung (Interview und computergestützter Fragebogen) für die zweite und dritte Messung geplant.

Im nachfolgenden Ergebnisteil gehen wir auf die Erprobung des Interviews und des computergestützten Fragebogens (Probandenprotokoll) ein.

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Anwendbarkeit, Akzeptanz und Verständlichkeit der Instrumente

Die Jugendlichen benötigten durchschnittlich 44 Minuten (Range: 25–85 Minuten) zum Ausfüllen des Computerfragebogens, während das persönliche Interview im Durchschnitt 18 Minuten in Anspruch genommen hat. Die Beantwortung repetitiv wirkender Skalen wurde von einigen Jugendlichen als er-



mügend empfunden. Trotzdem haben sie weitgehend konzentriert bis sehr konzentriert gearbeitet. Wie erwartet, hatten die Jugendlichen mit fremder Muttersprache mehr Verständnisprobleme als die übrigen Jugendlichen. Die Akzeptanz des Fragebogens war im Allgemeinen gut, und auch die Stimmung der meisten Jugendlichen blieb über die ganze Testsituation mittel bis gut. Für wenige Jugendliche wirkten einige Fragen möglicherweise zu intrusiv, was durch die Möglichkeit, am Computer inakzeptable Fragen überspringen zu können, aufgefangen werden muss.

### 3.2 Reliabilität der Skalen

Zur Ermittlung der Reliabilität der eingesetzten Skalen wurden Trennschärfen und Cronbach-Alpha-Koeffizienten für die Gesamtstichprobe und für die französisch- und die deutschsprachige Stichprobe getrennt berechnet. Diese Koeffizienten haben sich erwartungsgemäss fast durchgehend als gut bis sehr gut erwiesen.

### 3.3 Einige Charakteristika der rekrutierten Stichprobe

Es sollen hier einige kritische Merkmale der rekrutierten Stichprobe beschrieben werden, ohne jeden Anspruch auf eine umfassende Charakterisierung. Etwa im erwarteten Rahmen bewegte sich der Bier- und Cannabiskonsum in der befragten Stichprobe: Nur 24% der Jungen und 30% der Mädchen gaben an, kein Bier zu trinken, 37% der Jungen und 39% der Mädchen tranken monatlich oder seltener Bier, 19% (Jungen) resp. 10% (Mädchen) wöchentlich und 20% (Jungen) resp. 11% (Mädchen) mehrmals pro Woche. Bei den befragten Mädchen ist damit häufiger Bierkonsum (mehrmals pro Woche) im Vergleich zu einer gleichaltrigen, repräsentativen Stichprobe (3) erhöht, nicht jedoch bei den Jungen. Über Erfahrungen mit Cannabis berichteten 63% der Jugendlichen, wobei 43(29%) häufigen oder täglichen Konsum angaben.

28 der 61 befragten Mädchen (46%) und 7 der 87 befragten Jungen (8%) gaben eine sexuelle Missbrauchserfahrung an (life-time). Im Vergleich mit normalen Schweizer Jugendlichen (Mädchen: 14–19%; Jungen: 3–4%; vgl. 3,4) sind diese Zahlen wesentlich höher.

33 von 61 Mädchen (54%) und 9 von 87 Jungen (10%) berichteten, (mindestens) einen Suizidversuch (life-time) begangen zu haben. Die auf das letzte halbe Jahr bezogenen Häufigkeiten waren nicht wesentlich tiefer (Mädchen: 39%; Jungen: 8%). Von den Jugendlichen mit Suizidversuch (life-time) hatte die Hälfte (!) auch sexuelle Missbrauchserfah-

rungen angegeben, was auf eine beträchtliche Überschneidung hinweist. Auch im Hinblick auf das Vorkommen von Suizidversuchen erweist sich die Stichprobe der supra-f-Machbarkeitsstudie als überdurchschnittlich belastet. Die Prävalenzen repräsentativer nationaler und französischer Studien (2,3,4,5) variieren zwischen 1 und 5% (v.a. in Abhängigkeit vom Zeitraum, auf den sich die Prävalenz bezieht: 1 Jahr bis life-time), wobei die Werte für Mädchen etwas höher liegen als für Jungen. Wir sehen in unserer Stichprobe ein Mehrfaches dieser Prävalenzen.

## 4. Diskussion

Insgesamt ist es in dieser Machbarkeitsstudie gelungen, ein reliables Instrument zu erstellen, das auch bei belasteten Jugendlichen eingesetzt werden kann und von diesen akzeptiert wird. Bei einigen Probanden mit fremder Muttersprache wird der Einsatz des computergestützten Fragebogens zusätzliche Erklärungshilfen durch die/den anwesende/n Interviewer/in erfordern.

Die Rekrutierung der Kontrollgruppen scheint grundsätzlich möglich und ist notwendig für die Überprüfung der Interventionseffekte auf der Ebene der Jugendlichen. Sie ist allerdings aufwendig, insbesondere, wenn daran festgehalten wird, dass diese Jugendlichen ein ähnliches Risikoprofil aufweisen müssen wie die Jugendlichen in den Projekten. Einige der Organisationen, die supra-f-Projekte führen, haben auch in dieser Hinsicht Kooperationsbereitschaft signalisiert, indem sie mithelfen, anderweitig von ihrer Organisation betreute Jugendliche zu rekrutieren.

Supra-f ist – über die Schweiz hinaus – europaweit von grosser Bedeutung, weil bisher kontrollierte Studien im Bereich der (primären und sekundären) Suchtprävention fast vollständig fehlen. Die gängige Präventionspraxis muss sich weitgehend an unsystematischen Erfahrungen oder an den Ergebnissen der US-amerikanischen Präventionsforschung orientieren, deren Generalisierbarkeit auf europäische Verhältnisse fraglich ist.

## 5. Empfehlungen

Wir empfehlen die Durchführung von supra-f als prospektive, quasi-experimentelle Interventionsstudie.

## 6. Referenzen

1. Flammer A, Grob A, Alsaker F. Belastung von Schülerinnen und Schülern: Das Zusammenwirken von Anforderungen, Ressourcen und Funk-

- tionsfähigkeit. In: Grob A (Hrsg.). Kinder und Jugendliche heute: belastet – überlastet? Chur: Verlag Rüegger, 1997.
2. Arènes J, Janvrin M-P, Baudier F (Eds). Baromètre Santé jeunes 97/98. Paris: Editions CFES, 1998.
  3. Narring F, Tschumper A, Michaud P-A, Vanetta F, Meyer R, Wydler H, Vuille J-C, Paccaud F, Gutzwiller F. La santé des adolescents en Suisse: rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15–20 ans. Lausanne: IUMSP, 1994.
  4. Narring F, Michaud P-A., Wydler H, Davatz F, Villaret M. Sexualité des adolescents et sida: processus et négociation autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne: IUMSP, 1997.
  5. Choquet M, Ledoux S. Adolescents. Enquête nationale. Paris: Inserm, 1994.

## 7. Valorisierung

1. Wicki W, Alsaker F, Hüsler G, Michaud P-A, Steffen Th. Schlussbericht Machbarkeitsstudie supra-f. Interventionsforschung im Bereich der Sekundären Suchtprävention. Forschungsbericht Nr. 1999-5, Institut für Psychologie der Universität Bern, 1999.
2. Lizentiatsarbeit (Universität Bern) in Vorbereitung.
3. Referate geplant.

Korrespondenzadresse:  
PD Dr. Werner Wicki  
Institut für Psychologie  
Universität Bern  
Muesmattstr. 45  
CH-3000 Bern 9  
E-Mail: [Werner.Wicki@psy.unibe.ch](mailto:Werner.Wicki@psy.unibe.ch)

# Une recherche sur la prévention des problèmes de santé des jeunes en rupture d'apprentissage\*

André Berthoud, Pierre-André Michaud, Institut universitaire de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne

## Résumé

*Contexte et objectif:* la santé des jeunes sans travail ou interrompant leur formation, notamment leur apprentissage, est bien moins bonne que celle des jeunes insérés dans un processus de qualification professionnelle. L'objectif de cette recherche était de définir les taux de résiliation de contrats d'apprentissage, les taux de reprise immédiate ou d'abandon de la filière «formation professionnelle», de décrire les fonctionnements de chaque canton par rapport à ces situations et surtout d'identifier des institutions et des modèles d'intervention préventive novateurs existant en Suisse romande. *Résultats:* depuis 7 à 8 ans, les taux de rupture d'apprentissage sont relativement semblables d'un canton romand à l'autre et varient entre 7 et 9% par an, avec un taux d'abandon définitif global d'environ 15%. Des structures novatrices ont été identifiées dans chaque canton: elles interviennent soit en amont, soit en aval d'une rupture d'apprentissage. Elles ont presque toutes en commun le fait de proposer un travail sur plusieurs plans: orientation professionnelle, stages en entreprise, appuis scolaires, travail psychologique sur soi-même, appui d'ordre social ou financier, travail avec la famille, loisirs, au besoin aide dans le domaine de la santé. *Conclusion:* à l'heure actuelle, seule une minorité des jeunes en situation de risque bénéficie d'un tel appui. Il est prévu un travail de dissémination et de valorisation de cette recherche au moyen d'une brochure et de groupes de réflexion à l'échelon des cantons et des communes d'une certaine importance.

## Key Words

Adolescence  
Adolescents  
Research  
Training  
Dropping-Out  
Reintegration  
Apprenticeship

## 1. Introduction: intervenir avant la rupture d'apprentissage

Deux études menées récemment par l'IUMSP (Institut universitaire de médecine sociale et préventive) de Lausanne (1, 2) ainsi que d'autres travaux suisses (3) et étrangers (4-14) démontrent sans équivoque que la santé des jeunes sans travail ou interrompant leur formation est bien moins bonne que celle des jeunes insérés dans un processus de qualification professionnelle. En ce qui concerne plus particulièrement les apprentis, il semble bien que si divers problèmes de santé bio-psycho-sociale jouent un rôle dans l'interruption de l'apprentissage, ces mêmes problèmes tendent à s'accroître passablement dès lors que cette interruption se prolonge. Ainsi, l'absence d'emploi ou de reprise de formation a un rôle pathogène non négligeable: la plus récente de ces études (1) démontre l'importance de suivre les jeunes vivant de telles ruptures et tout particulièrement la nécessité de mettre en place des stratégies propres à éviter une telle rupture pendant qu'il en est encore temps.

C'est dans cette perspective que l'Office fédéral de la santé publique a chargé l'IUMSP de Lausanne de réaliser une recherche sur les circonstances de ces ruptures et sur les stratégies mises en place dans les sept cantons romands pour les éviter. Plus particulièrement, la présente recherche poursuivait divers objectifs:

- définir les taux de résiliation de contrats d'apprentissage, les taux de reprise immédiate ou d'abandon de la filière «formation professionnelle».
- décrire les fonctionnements de chaque canton par rapport aux résiliations de contrats et aux suites qui y sont données (signalements, voies hiérarchiques, mesures prises).
- établir le rôle joué lors de situations limites par toutes les instances concernées: parents, patrons d'apprentissage, commissaires d'apprentissage, enseignants, doyens et directeurs, services de la formation professionnelle, services sociaux, services d'aide et d'appui divers.
- répertorier les institutions pouvant offrir de l'aide aux apprentis dans des situations critiques, identifier des modèles d'intervention préventive novateurs mis en place récemment.

\* Ce projet a été soutenu par le contrat de recherche n° 8054 de l'Office fédéral de la santé publique.

## 2. Méthodes

Les chercheurs responsables de ce travail ont pris contact avec de nombreux professionnels de tous ces cantons pour définir l'ampleur du problème (aspects statistiques) et pour recenser les procédures mises sur pied pour parer à ce phénomène. Ils ont notamment recherché la fréquence des résiliations de contrats d'apprentissage (définies comme l'acte juridique correspondant à la cassure du contrat d'apprentissage); ils ont tenté de cerner le phénomène de la rupture (définie de façon plus large comme l'ensemble des processus aboutissant à la résiliation); enfin, ils ont essayé d'apprécier la proportion d'abandons de la formation (définis comme une rupture non suivie de la reprise d'une formation équivalente ou d'une autre formation). Dans un deuxième temps, ils ont contacté les acteurs et institutions impliqués dans la prise en charge des apprentis en difficulté.

## 3. Résultats: l'ampleur du problème

### 3.1 Les taux de résiliation

Le tableau suivant présente quelques données sur les taux de résiliation dans les cantons romands: les chiffres varient peu d'un canton à l'autre et les variations sont liées davantage à des différences de méthodes de récolte de données qu'à des politiques de l'emploi qui diffèrent, ce qui explique qu'ils ne soient pas détaillés ici. On retiendra que, contrairement à ce que l'on pouvait attendre étant donné l'évolution de la conjoncture, ces taux sont restés stables depuis quelques années.

Cantons romands + Valais et Berne	1991	1992	1993	1994	1995
contrats en cours	57 349	55 243	57 318	52 354	51 971
nouveaux contrats	?	?	?	9 277	9 173
résiliations	4 321	4 554	4 534	4 418	4 507
taux de résiliation (rupt./en cours)	7,53%	8,24%	7,91%	8,44%	8,67%

### 3.2 Les motifs de résiliation

A nouveau, les procédures d'enregistrement de ces motifs différant d'un canton à l'autre, il n'est guère possible d'établir des comparaisons. Dans l'ensemble, les données disponibles ne reflètent qu'imparfaitement la réalité, les motifs invoqués faisant habituellement l'objet d'une négociation entre apprenti et patron. En outre, la formulation de ces motifs fait parfois la part belle aux patrons en reportant le plus souvent la responsabilité de la rupture sur l'apprenti, alors qu'on peut imaginer que, en dehors de situations exceptionnelles (décès, changement

de domicile, faillite), les torts sont souvent quelque peu partagés... Le canton de Genève a introduit depuis quelques années une nouvelle procédure qui prévoit que le conseiller en formation intervienne en tant que médiateur et tente, dans toute la mesure du possible, de rétablir l'apprentissage. Ce système se distingue de celui qui prévaut dans la plupart des autres cantons, où le conseiller (ou «commissaire d'apprentissage») effectue une visite de routine, mais n'est pas nécessairement saisi au moment où la situation se dégrade.

### 3.3 L'abandon

Il n'existe aucun enregistrement systématique des abandons dans les différents cantons, de sorte que l'on ne connaît pas le devenir des jeunes une fois la rupture consommée. Certaines estimations (10) font état de 15% d'apprentissages débouchant sur une rupture définitive sans reprise d'une formation.

### 3.4 Les types d'aide fournie à l'heure actuelle

De nombreux services sont potentiellement aptes à fournir une aide aux jeunes en difficulté. L'un des problèmes souvent rencontrés est qu'en cas de pré-rupture ou de rupture, les problèmes sont largement intriqués et nécessiteraient une approche globale et coordonnée: tel jeune a des relations difficiles avec ses parents mais s'est aussi endetté; tel le jeune fille se trouve devoir affronter une grossesse et un accouchement sans bien savoir de quoi est fait son avenir, etc. Citons parmi les aides classiquement à disposition:

- les aides scolaires (cours privés, cours supplémentaires en groupe, apprentissage à la mémorisation, etc.)
- les aides du point de vue de l'orientation professionnelle
- un appui à la gestion des situations conflictuelles
- les services fournissant une aide psychologique
- les aides financières et sociales (pour les adolescents en rupture avec leur famille), les centres de loisirs propres à sortir certains jeunes de leur isolement, etc.

### 3.5 Prévenir la rupture et y répondre précocement: expériences novatrices

Mentionnons tout d'abord des expériences tirant parti des structures existantes – traditionnelles – et visant à améliorer le dépistage des situations à

risque et la coordination des actions d'aide et de prévention:

- le travail mené dans le canton de Neuchâtel par le «conseiller aux apprentis» est intéressant dans le sens qu'il fait avant tout appel à un meilleur dépistage et à une coordination accrue des services d'aide existants, grâce à l'intervention d'un professionnel du travail social spécialisé, dûment formé à l'approche des apprentis, ayant une bonne connaissance des conditions de l'apprentissage, et habilité à intervenir en cas de problèmes.
- plusieurs petits centres professionnels (dans le canton de Vaud, Marcellin, Payerne) organisent régulièrement des rencontres entre maîtres d'apprentissage d'un corps de métier et enseignants, de façon à améliorer la coordination de la formation mais aussi à pouvoir discuter des situations à problème avant que celles-ci ne se détériorent. Il reste à savoir si une telle approche pourrait être introduite à plus large échelle: pour des raisons géographiques notamment, il n'est pas toujours possible aux maîtres d'apprentissage de se déplacer jusque sur le lieu du centre professionnel.
- dans une perspective un peu semblable, le projet genevois «apprentissage 2000» prévoit la mise en place systématique d'un bilan régulier, sous la forme de rapports écrits émanant à la fois des enseignants et du maître d'apprentissage et faisant l'objet, en cas de problème, d'une discussion avec l'apprenti et les autres personnes concernées.
- également dans le canton de Genève, le «projet-apprentis» propose, hors de l'école, un soutien personnalisé aux jeunes en difficulté: les apprentis peuvent consulter d'eux-mêmes ou être adressés par d'autres adultes et sont assistés dans des choix professionnels, la rédaction d'offres d'emploi, la recherche de stages ou d'emplois.
- dans ce même canton, le «tremplin-jeunes» s'adresse uniquement à la fois aux jeunes sans emploi fixe et aux apprentis; il propose, outre des entretiens d'évaluation individuels, des discussions en groupe, des ateliers, des cours de formation, selon une séquence bien définie (bilan de la situation, orientation professionnelle, préparation à la vie active). Dans le cadre d'un travail assez formel de plusieurs demi-journées, les jeunes tentent d'identifier leurs difficultés et leurs ressources et se proposent de construire un nouveau projet professionnel.
- le Jet service tout comme le Job-service, dans les cantons de Vaud et de Neuchâtel, proposent aux jeunes un lieu d'accueil dans lequel ils peuvent aborder les difficultés de travail qu'ils rencontrent. A Lausanne et à Neuchâtel, ils ont mis sur pied un «projet de mobilité professionnelle 15-22» qui propose, sur une période de trois mois, la réalisation d'un bilan personnel, des stages en entreprise, la rédaction d'un curriculum vitae, la participation à des cours et ateliers et des entretiens de groupe visant à améliorer la confiance en soi. En dehors de ce projet (récemment abandonné faute de moyens), ces deux institutions fournissent une aide à la carte sous forme d'appui dans la recherche de stages, d'entretiens et de bilans.
- dans la même perspective, sous un angle plus socio-éducatif et moins directement lié au travail, plusieurs AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert), dans différents cantons, sont amenées à accompagner et soutenir des jeunes ou des familles vivant des difficultés. Ce dispositif peut être complété par d'autres interventions plus ciblées, les personnes travaillant dans ces services ayant un important réseau de collaboration avec d'autres institutions.
- la région de Morges-Aubonne (VD) a mis sur pied un bus-prévention qui circule et stationne aux abords des centres professionnels et est ouvert aux jeunes de 12 à 20 ans. En cas de pré-rupture ou de rupture, cette équipe, hors école, mais néanmoins proche des jeunes, peut jouer un rôle de médiateur et orienter le jeune vers des services plus spécialisés.
- à Lausanne, la Maison des jeunes propose un nouveau service, «Rimeille f.m.», qui s'adresse aux jeunes en rupture. Il s'agit d'une intervention relativement lourde, comportant un contrat d'une durée de plusieurs mois, au terme duquel s'effectueront un bilan, des démarches de réinsertion, un réaménagement du cadre de vie, etc. et animé par des professionnels de l'action éducative et sociale.
- l'institution la Pommeraie à Lonay (VD) propose à des jeunes sans travail une Unité de travail temporaire (UTT) dont l'objectif est de leur redonner le goût d'une activité à travers des stages et des activités en atelier.
- un programme de réinsertion, «Transit», a été mis sur pied dans la commune de Meyrin (GE). Il est destiné aux jeunes sans activité professionnelle.
- plusieurs cantons ont mis sur pied des semestres de motivation («SEMO») dont l'objectif est de fournir aux jeunes sans emploi un appui pour trouver des stages en entreprise, voire un emploi. Il faut cependant être inscrit à l'ORP et

avoir parcouru diverses étapes pour en bénéficier. De ce point de vue, les SEMO s'adressent sans doute aux jeunes qui ont déjà suffisamment d'énergie pour accomplir une démarche de demande d'aide.

- Déclic, conçu et mené par le centre Release à Fribourg, a été développé en tant qu'aide aux projets de vie suivant trois axes: aide personnelle, professionnelle et sociale et constitue une forme de semestre de motivation personnalisé.

## 4. Conclusions

### 4.1 Prévenir la rupture: mission impossible?

Si de nombreux programmes tentent de venir en aide aux jeunes ayant interrompu leur apprentissage, la prévention de cette rupture est actuellement mal engagée: il n'existe pas de procédure systématique lorsque des signes avant-coureurs apparaissent, et les principaux intéressés manquent de moyens pour résoudre les conflits. Il nous semblerait utile que les entreprises de taille moyenne et les centres professionnels réfléchissent à l'élaboration de procédures et de stratégies bien identifiées à mettre en place dès que la situation commence à se dégrader, stratégies comprenant notamment une coordination entre tous les professionnels impliqués. Cette approche aurait le mérite de signaler clairement au jeune que quelque chose ne joue pas (le «cadrage») mais aussi d'explorer les raisons du malaise. Ce travail devrait pouvoir être effectué en présence d'une tierce personne, un médiateur, rompu à ce travail relationnel et légitimé à l'accomplir. Par ailleurs, on est en droit de s'interroger sur le rôle plus actif que pourraient jouer les parents dans des situations de crise ou de pré-crise.

La médiation devrait déboucher sur deux types de mesures: les unes viseraient avant tout à modifier le climat de travail et à améliorer les relations entre apprentis et aînés, en fixant de façon concrète les attentes et les objectifs des uns et des autres; les autres chercheraient à soutenir l'apprenti dans certains déficits spécifiques, de nature scolaire, instrumentale, psychologique, sociale ou enfin sanitaire.

## 5. Références

1. Michaud PA, Ferron C, Delbos-Piot I, Cordonier D, Schalbetter P. La santé des jeunes en rupture d'apprentissage: une recherche-action sur les modalités de soutien, les déterminants de la santé et les facteurs favorisant une réinsertion socio-professionnelle. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, 1997.
2. Delbos Piot I, Narring F, Michaud PA. La santé des jeunes hors formation. Comparaison entre jeunes «drop out» et jeunes en formation dans le cadre de l'enquête sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans en Suisse romande. Santé Publique, 1995; 1:59-72.
3. Süss D, Neuenschwander M, Dumont J. Lehrabbruch, Gesundheitsprobleme und deviantes Verhalten im Jugendalter. Rapport de recherche. Institut de psychologie de l'Université de Berne 1996; 160 p.
4. Morgenstern F. Jeunes en situation d'insertion, santé et missions locales. La santé de l'homme, n° 301, 1992, pp. 21-22.
5. Le Vigouroux A, Mollat F, Bernot de la Housaye B, Mimiague F. Action-santé: étude épidémiologique des jeunes relevant du dispositif d'insertion sociale et professionnelle 16-25 ans (Mission locale de la Rochelle). Rev. Fr. Santé Publ. n° 41, pp. 12-18.
6. Hammarström A, Janlert U, Theorell T. Youth unemployment and ill health: results from a 2-year follow-up study. Social Science and Medicine, Vol. 26, n° 10, 1988, pp. 1025-1033.
7. Health Risk Behaviors Among Adolescents Who Do and do Not Attend School - United States, 1992. Morbidity and mortality weekly report, March 4, 1994, Vol. 43, No.8, pp. 129-131.
8. Pirie PL, Murray DM, Luepker RV. Smoking prevalence in a cohort of adolescents, including absentees, drop-outs, and transfers. American Journal of Public Health. Vol. 78, n° 2, Feb. 1988, pp. 176-178.
9. Tiggelmann M, Winefield AH. The effect of unemployment on the mood, self-esteem, locus of control and depressive effect of school leavers. J Occupational Psychol 1984 57:33-42.
10. Mueller B. Ruptures de contrats d'apprentissage. Perspectives (1993) 5:14-15.
11. Amos J, Bertholet JL, Bérout G, Meyer G. Le sens des résiliations de contrats d'apprentissage. Genève. Rapport scientifique FNRS, Genève, 1986.
12. Mueller B, Rihs S. Cursus d'apprentis. Rapport du Centre vaudois de recherches pédagogiques. Lausanne, 1993.
13. Saillant-Eckman M, Bolzman C, de Rham G. Jeunes sans qualification: trajectoires, situations et stratégies. Rapport final. I.E.S. Octobre 1992. PNR n° 29.
14. Bauer D, Dubéchet P. A la sortie de l'école. Les jeunes sans qualification déjà résignés? Consommations et modes de vie, Crédoc, N° 42, Septembre-Octobre 1989, pp. 1-4.

## 6. Valorisation: plusieurs pistes concrètes

La présente revue suggère diverses modalités d'intervention qui devraient d'ailleurs s'étendre à l'ensemble des jeunes en recherche d'emploi. A l'heure actuelle, le système mis en place dans tous les cantons et qui prévoit la fin de la scolarité obligatoire entre 15 et 16 ans, se concentre sur les jeunes qui restent en contact avec des instances étatiques, mais il ne permet pas de suivre ceux qui y échappent. Il serait utile de réfléchir à l'avenir à la mise en place d'un suivi plus systématique des jeunes sans emploi, ou sans projet de formation comme c'est d'ailleurs le cas dans certains cantons.

Le présent travail va déboucher sur la rédaction d'une brochure d'information résumant les grandes lignes de la recherche, et sur la mise en place dans chaque canton de cellules de réflexion multidisciplinaires, travaillant à l'élaboration de solutions concrètes pour prévenir les conséquences néfastes de l'échec ou du non-engagement dans une formation. Ce travail de valorisation sera soutenu par l'Office fédéral de la santé publique et le Service fédéral de la formation professionnelle.

Adresse pour correspondance:  
Prof. P.-A. Michaud  
Groupe de recherche sur la santé des adolescents  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive  
Bugnon 17  
1005 Lausanne  
E-mail: Pierre-Andre.Michaud@inst.hospvd.ch

# Freizeitgestaltung von Jugendlichen und deren Belastungs-Ressourcen-Bilanz\*

Markus P. Neuenschwander, Abteilung Pädagogische Psychologie, Institut für Pädagogik der Universität Bern

Daniel Süss, Institut für Publizistikwissenschaft und Medienforschung der Universität Zürich

## Zusammenfassung

Ziel der Studie war die Eingrenzung von Risikogruppen für die sekundäre Prävention von gesundheitsgefährdendem Verhalten. Insbesondere sollte die Beziehung von Belastungen und Ressourcen im Jugendalter geklärt werden. In der vorliegenden Sekundärdatenanalyse wurde das Freizeitverhalten auf seine ressourcenregenerierende Wirkung überprüft. Insgesamt wurden 1219 Lehrlinge im Alter zwischen 16 und 22 Jahren aus den Kantonen Bern, Zürich und Solothurn im Herbst 1995 mit einem standardisierten Fragebogen kontaktiert. Zwei Drittel der 562 weiblichen und 657 männlichen Jugendlichen hatten ihren Lehrvertrag aufgelöst. Davon wählten wir 35 Jugendliche aus, mit denen wir Tiefeninterviews durchführten, die qualitativ ausgewertet wurden. Die Befragungsthemen handelten von Ausbildung und Lehrvertragsauflösung, Freizeit, sozialem Netzwerk, Gesundheitszustand und Drogenmissbrauch. Insgesamt gehören Jugendliche mit vielen Belastungen und wenigen Ressourcen eher Protest-Jugendkulturen an und berichten eher über passive Freizeitaktivitäten. Aufgrund der Analyse der Interviews zeigen diese Jugendlichen eskapistische Tendenzen und Hinweise, dass die ressourcenregenerierende Funktion der Freizeit fehlt. Folgeuntersuchungen sollten insbesondere versuchen, die Ambivalenz des Freizeitverhaltens als Ressource und zugleich als Ursprung gesundheitsgefährdenden Verhaltens genauer zu erfassen.

## Key Words

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

## 1. Einleitung

Das Freizeitverhalten von Jugendlichen kann Belastungen aus anderen Alltagsbereichen kompensieren oder selbst zu Belastungen führen. Suchtmittelkonsum oder Delinquenz, Misserfolge in der Ausbildung oder soziale Isolation können Zeichen von belastenden Situationen sein. Theoretisch orientieren wir uns an einem Stressansatz, wonach Suchtmittelkonsum hervorgerufen wird durch einen Überhang von Belastungen, die durch die sozialen und personalen Ressourcen nicht aufgefangen werden können. Diese Gleichgewichtsdynamik von Belastungen und Ressourcen stellen wir in den Rahmen der Entwicklungsaufgaben: Jugendliche sind mit einer Vielzahl von alterstypischen Anforderungen konfrontiert, die a priori eine Belastung darstellen. Wenn zusätzlich nonnormative, d.h. individuelle, Belastungen dazukommen, können Stressreaktionen auftreten, die sich als Suchtmittelkonsum äussern, im Sinn von Fluchtverhalten anstelle einer problemorientierten Bewältigung.

Dabei ist von Bedeutung, ob in der Freizeit Ressourcen aufgebaut werden können. Wenn die Belastung ein bestimmtes Mass überschreitet, kann es dazu kommen, dass Personen nicht mehr imstande sind, sich in der Freizeit zu erholen, sondern sie kommen in einen Teufelskreis von Verhaltensweisen, durch welche die Erschöpfung oder die Anspannung verstärkt statt reduziert werden. Dies ist z. B. der Fall, wenn ein am Arbeitsplatz isolierter Mensch sich auch in der Freizeit in die eigene Wohnung zurückzieht und keine Initiative mehr aufbringt, den Kontakt mit Freunden zu pflegen (vgl. die Burnout-Forschung, z. B. Kerns, 1997).

Wir vermuten, dass Jugendliche in belastenden Situationen spezifisches Freizeitverhalten zeigen, das eine erhöhte Bereitschaft in sich birgt, auch illegal zu handeln, und eine erhöhte eskapistische Konsumorientierung widerspiegelt. Jugendliche in weniger belastenden Situationen hingegen verhalten sich in der Freizeit stärker rekreativ und produktiv.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Freizeitgestaltung von Jugendlichen und deren Belastungs-Ressourcen-Bilanz? Inwiefern stellt das Freizeitverhalten seinerseits eine Belastung oder aber eine Ressource dar?

### 1.1 Belastungen und Ressourcen

Von einer belastenden Situation sprechen wir dann, wenn eine oder mehrere Lebensbedingungen, hier

\* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 8046 unterstützt.



von Jugendlichen, die Bearbeitung der alterstypischen Entwicklungsaufgaben erschweren, behindern oder sogar verhindern. Die gesundheitsgefährdende Wirkung von Belastungen kann aber durch das Vorliegen von Ressourcen relativiert oder sogar aufgehoben werden. Erst das Verhältnis von Belastungen und Ressourcen ermöglicht eine Prognose in Bezug auf deviantes Verhalten.

Wir gehen davon aus, dass Jugendliche mit einer Vielzahl von Belastungen im Sinne von individuellen, kritischen Lebensereignissen konfrontiert werden können. Weniger Einzelereignisse als vielmehr Konstellationen von Belastungen können individuelle Bewältigungskapazitäten überfordern (Neuenschwander, 1996). Süß, Neuenschwander & Dumont (1996) haben aufgrund der Analyse von Tiefeninterviews mit Jugendlichen Belastungen identifiziert. Diese Belastungskonstellationen wurden zu folgender Kategorienliste weiterentwickelt: Bildungsbelastung, schulbiographische Belastung, familiäre Belastung, gesellschaftliche Belastung, gesundheitliche Belastung.

Alle diese einzelnen Belastungen implizieren je für sich bereits eine Gefährdung. Ihre Addition führt zu gesundheitsgefährdenden Konstellationen. Analog zu den Belastungen identifizierten Süß et al. (1996) eine Reihe von Ressourcen, die eine protektive Wirkung besitzen. Diese Ressourcenkonstellationen wurden zu folgenden Kategorien weiterentwickelt: Soziale Ressourcen, personale Ressourcen, körperliche Ressourcen, schulbiographische Ressourcen, Bildungsressourcen.

Im Unterschied zur Wirkung einzelner Belastungen vermag erst das gleichzeitige Vorliegen von mehreren Ressourcen eine nachweislich stützende Funktion zu übernehmen. Wir operationalisieren die Belastungen als objektive Merkmale von Situationen, die in der Umwelt von Personen angesiedelt sind, während die meisten hier vorgeschlagenen Ressourcen subjektive Konstrukte darstellen. Dieser Aspekt ist zwar in der ursprünglichen Unterscheidung von Belastungen und Ressourcen, wie sie zum Beispiel von Antonowsky (1987) vorgeschlagen worden ist, noch nicht enthalten. Er führt aber zu einer trennschärferen Operationalisierung und berücksichtigt die Forderung, dass Belastungen und Ressourcen nicht einfach die Pole einer Dimension sind, sondern in zwei Dimensionen beschrieben werden müssen.

Eine günstige Belastungs-Ressourcen-Bilanz liegt dann vor, wenn eine Person über genügend Ressourcen verfügt, um eine belastende Situation zu bewältigen, und ihre Ressourcen regelmässig aufbauen respektive erhalten kann.

## 1.2 Freizeitverhalten

Während die Jugendlichen in Schule oder Arbeit in einen festen Stundenplan eingebunden sind und bestimmte Rollenübernahmen und Leistungen von ihnen erwartet werden, können sie in ihrer Freizeit die Art der Tätigkeiten, der Rollen, der Zeitgestaltung und der Interaktionspartner mehr oder weniger frei wählen. Restriktionen sind gegeben durch die Erziehungsgewohnheiten der Eltern, durch das verfügbare Geld, das Ausmass an Zeit, durch die räumlichen und infrastrukturellen Verhältnisse des Wohnortes und durch die soziale Struktur des Umfeldes.

Jugendliche erobern in ihrer Freizeit Räume: öffentliche wie Strassen oder Einkaufszentren, halböffentliche wie Diskotheken, Pubs, Jugendhäuser, und schliesslich private Räume, wie ihr eigenes Zimmer, das sie in ihrem Stil gestalten und in dem sie ihre nächsten Freunde treffen.

Röll (1998) unterscheidet Protest- versus Anpassungs-Gruppierungen. In den Protest-Gruppierungen (wie z. B. Punker oder Hip Hop) lässt sich oft eine erhöhte Gewaltbereitschaft oder eine Tendenz zum Gebrauch von Suchtmitteln finden.

Die Medien spielen in der Freizeit der Jugendlichen eine besondere Rolle. Sie dienen der Stimmungsregulation und der Gruppenidentifikation. Der «Uses-and Gratifications»-Ansatz der Mediennutzungsfor-schung geht davon aus, dass Medien zur Befriedigung bestimmter Bedürfnisse eingesetzt werden. Eine Sonderform, die eskapistische Mediennutzung, meint, dass Medien von Individuen in belastenden Situationen dazu verwendet werden, vor diesen Belastungen zu fliehen. Medien und ihre Inhalte können als Mittel der Verdrängung, als inneres Coping, eingesetzt werden, was längerfristig zu Problemverschärfungen führt. Auf diesem Hintergrund ging es uns darum, den Stellenwert von Mediennutzung und anderer Freizeitaktivitäten und die Inanspruchnahme von Räumen durch Jugendliche in ihrer Freizeit auf ihren Beitrag zum Umgang mit Belastungen zu untersuchen.

## 1.3 Ergebniserwartungen

Wir erwarten, dass Jugendliche mit vielen Belastungen und wenigen Ressourcen eher ein Freizeitverhalten zeigen, das ressourcenverbrauchend statt regenerierend ist. Dazu zählen wir Drogenkonsum, Delikte, soziale Isolation oder passiven Medienkonsum. Die Medien werden dazu eingesetzt, die Probleme des Alltags vorübergehend zu vergessen und zeitweilig eine positive Stimmung zu erreichen. Als relevante Aspekte von Freizeitverhalten erscheinen uns in unserem Kontext: Zugehörigkeiten zu formellen oder informellen Gruppen; Aktivitäten,

Handlungsräume und Interaktionspartner; Medienkonsum.

Die vorliegende Untersuchung wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes zum Themenbereich von Lehrvertragsauflösung und deviantem Verhalten im Jugendalter durchgeführt. Dabei wurden aggravierende und protektive Faktoren im Jugendalter gesucht, um die Zielgruppe für sekundäre Suchtmittelprävention eingrenzen zu können. Der hier vertretene Ansatz bildet eine alternative Vorgehensweise, Jugendliche in belastenden Situationen zu typisieren und in Bezug zu ihrem Freizeitverhalten zu analysieren.

## 2. Methode

### 2.1 Stichprobe der quantitativen Untersuchung

Grundlage der Untersuchung war eine postalische Befragung von Jugendlichen mit Lehrvertragsauflösung, deren Adressen uns von den Berufsbildungsämtern der Kantone Zürich, Bern und Solothurn zur Verfügung gestellt worden waren. Als Kontrollgruppe befragten wir zusätzlich Jugendliche in Berufsschulen klassenweise. Beide Fragebogenuntersuchungen wurden im Herbst 1995 durchgeführt. Insgesamt wurden 1219 Fragebogen ausgewertet, 66% davon von Wechslerinnen und Wechslern. Das Alter der 562 weiblichen und 657 männlichen Jugendlichen variierte zwischen 16 und 22 Jahren.

### 2.2 Fragebogen

Der Fragebogen behandelte insbesondere die Themen Berufslehre und Lehrvertragsauflösung, deviantes Verhalten von Jugendlichen, Ressourcen und Familie, und wurde eigens für diese Studie konstruiert. Er ist sowohl aus neuen Items wie auch aus Items, die sich in früheren Studien bewährt haben, zusammengesetzt. Wir verzichten aus Platzgründen auf eine differenzierte Beschreibung der Methoden (vgl. Süss et al. 1996).

### 2.3 Typologie zu Belastungen und Ressourcen

Mit Hilfe des dargestellten Datensatzes zu Lehrabbruch und deviantem Verhalten im Jugendalter wurden die Belastungen und Ressourcen, wie im Folgenden beschrieben, operationalisiert.

Für die Belastungen gilt: (1) Jugendliche, die einen Lehrvertrag aufgelöst und anschliessend keine oder während mehr als sechs Monaten keine neue Ausbildung begonnen haben, wurden der Kategorie «problematische Lehrvertragsauflösung» zugeordnet (vgl. dazu auch Süss et al. 1996). (2) Die Eltern

leben getrennt. (3) Jugendliche mit einer Behinderung und/oder einer chronischen Krankheit. (4) Jugendliche, die ein Schuljahr wiederholt haben. (5) Ausländer, aufgrund ihrer Staatszugehörigkeit gekennzeichnet.

Für die Ressourcen gilt: (1) Die Elternbeziehung ist überdurchschnittlich positiv. (2) Die Lebenseinstellung ist überdurchschnittlich positiv. (3) Der Selbstwert ist überdurchschnittlich positiv. (4) Es wird mindestens mehrmals pro Woche Sport getrieben. (5) Die eigene Schulzeit wird überdurchschnittlich positiv bewertet. (6) Die Berufslehre wird überdurchschnittlich positiv bewertet.

Die Belastungen und Ressourcen wurden je addiert und am Median halbiert (Belastung: Median 1, Range 0 bis 5; Ressource: Median 3, Range 0 bis 6). Die Variable wenige bzw. viele Belastungen wurde schliesslich mit der Variable wenige bzw. viele Ressourcen kombiniert. Mit dieser Typologie lässt sich die distinkte Wirkung von Belastungen und Ressourcen überprüfen.

Insgesamt berichten mehr Männer als Frauen über die Kombination viele Belastungen/wenige Ressourcen, mehr Frauen berichten dagegen über viele Ressourcen und wenige Belastungen ( $\chi^2 = 83.3$ ;  $df=3$ ;  $p<.05$ ). In Varianzanalysen sowohl mit einer Vielzahl von verschiedenen Gesundheitsproblemen wie auch mit illegalen und legalen Drogen konnte die Typologie überzeugend validiert werden.

### 2.4 Auswertung der Tiefeninterviews

Aus der Gruppe der schriftlich befragten Wechslerinnen und Wechsler ( $N=623$ ) wurden 35 Personen (15 weiblich, 20 männlich) ausgewählt, die in einem halbstrukturierten Tiefeninterview weiter befragt wurden. Dabei ging es um biographische Rekonstruktionen im Zusammenhang mit Ausbildung, sozialem Umfeld, Belastungen und Ressourcen. Sechs der 35 Befragten standen wegen Delikten im Massnahmenvollzug. Zwölf der 35 Jugendlichen hatten illegale Drogen konsumiert, einige hatten jahrelang in der Drogen-Szene verkehrt. Die Tiefeninterviews wurden in einem ersten Schritt dahingehend analysiert, welche Belastungen oder Ressourcen in den biographischen Berichten von den Betroffenen zur Sprache gebracht wurden. Durch dieses kategoriengenerierende Vorgehen konnten sechs Belastungen und sechs Ressourcen identifiziert werden, die nur teilweise mit den im Fragebogen a priori angenommenen Typen übereinstimmen. Die Belastungen sind: Gesundheitliche Vulnerabilität; Familiäre Belastungen; Drogenkonsum und anderes Risikoverhalten; Probleme mit Rollenstrukturen in Berufswelt und / oder Schule; Unerfüllte Erwartungen an die Berufslehre; Unsichere Berufs-

wahl. Die Ressourcen sind: Sportliche Aktivitäten und/oder positives Körper-Selbstbild; Unterstützen des Verhalten der Eltern und Geschwister; Tragende Beziehungsnetze in der Peergroup; Selbstwirksamkeitserfahrungen und Erfolge in der Schulzeit; Optimistische Zukunftsvorstellungen.

Die Transkripte der Tiefeninterviews (490 Seiten) wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 1990) ausgewertet. Die Befunde wurden im Sinne einer Methoden-Triangulation mit den Ergebnissen der statistischen Analysen der Fragebogen verknüpft. Die Jugendlichen wurden jeweils aufgefordert, zu erzählen, was sie in ihrer Freizeit tun, mit wem sie zusammen sind und wie ein typischer Tagesablauf bei ihnen aussieht.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Belastungen und Ressourcen in Bezug auf formelle und informelle Jugendgruppen

Die Gleichaltrigengruppen sind wichtige Kontexte, in welchen Jugendliche ihre Freizeit verbringen. In Gleichaltrigengruppen probieren sie neue Rollen und Standpunkte aus. Unterscheidet sich die Wahl der Gleichaltrigengruppen von Jugendlichen mit günstiger oder ungünstiger Belastungs-Ressourcen-Bilanz?

Zur Überprüfung dieser Frage legten wir den Jugendlichen eine Liste von Jugendgruppen vor, aus der sie maximal drei Gruppen ankreuzen konnten, denen sie sich zugehörig fühlten.

**Tabelle 1: Belastungen/Ressourcen und Zugehörigkeit zu informeller Jugendgruppe in Prozent je Kategorie** (Stichprobengrösse: 1219; N: Anzahl Personen; p: Alpha-Fehler)

Ressourcen Belastungen	wenige	wenige	viele	viele	p	N
	wenige	viele	wenige	viele		
N	287	180	527	225		
Sportler	23,3%	17,8%	20,3%	20,9%	ns.	253
Modebewusste	12,5%	13,3%	12,9%	13,3%	ns.	158
Raver	14,3%	17,7%	7,4%	10,2%	0,001	133
Technikfreaks	3,5%	7,8%	4,0%	4,4%	ns.	55
Heavies	4,5%	6,1%	2,7%	5,3%	ns.	50
Punks	4,2%	8,3%	0,8%	1,8%	0,001	35
Skater	3,8%	3,9%	2,5%	1,3%	ns.	34
Esoteriker	1,4%	3,9%	2,9%	3,1%	ns.	33
Intellektuelle	2,4%	3,9%	1,9%	3,1%	ns.	31
Wirtschaftstypen	2,8%	1,7%	1,9%	3,1%	ns.	28
Homeboys	1,4%	3,9%	1,7%	0,9%	ns.	22
Grufties	3,1%	3,9%	0,8%	0,4%	0,01	21
Poppers	1,1%	0,6%	0,4%	0,4%	ns.	7
Alternative	2,8%	4,4%	4,0%	4,9%	ns.	48

Die Sportler wurden mit 253 Nennungen am häufigsten genannt, gefolgt von der Gruppe der Modebewussten. Andere Gruppen wie die Poppers, Grufties, Homeboys und Wirtschaftstypen sind selten genannt worden. Signifikante Unterschiede zwischen der Typologie von Belastungen und Ressourcen

finden wir gemäss Tabelle 1 bei den Grufties ( $\chi^2=13.4$ ;  $df=3$ ,  $p<.01$ ), bei den Ravers ( $\chi^2=16.3$ ;  $df=3$ ,  $p<.001$ ) und bei den Punks ( $\chi^2=330.4$ ;  $df=3$ ,  $p<.001$ ). Allerdings müssen die Unterschiede bei den Grufties und bei den Punks vorsichtig interpretiert werden, weil die Gruppen klein sind. Jugendliche mit wenigen Ressourcen fühlen sich generell häufiger diesen Jugendgruppen zugehörig.

Grufties und Punks stellen Protest-Bewegungen dar, die sich den Werten der bürgerlichen Gesellschaft entgegenstellen. Die Raver der Techno-Szene nehmen zwar vordergründig die Konsum-Orientierung der materialistischen Gesellschaft auf, widersetzen sich aber der konventionellen Ästhetik, dem Leistungsdenken und der Forderung nach «Bescheidenheit» des Auftritts. Es ist eine extatische, schrille und laute Form der Selbstinszenierung. Die Bewegung ist apolitisch und hedonistisch. Wenn belastete Jugendliche mit wenig Ressourcen in diese Bewegung fliehen, dann wohl, um an Techno-Parties wenigstens am Wochenende dem von ihnen als Überforderung erlebten Erfolgs- und Anpassungsdruck des Alltags zu entkommen.

Welchen formellen Jugendgruppen gehören die befragten Jugendlichen an? Mehr als ein Drittel der befragten Jugendlichen sind Mitglieder eines Sportclubs. Alle anderen vorgelegten formellen Jugendgruppen werden deutlich seltener aufgesucht. Bei kirchlichen Jugendgruppen finden wir einen interessanten Unterschied zwischen den vier Belastungstypen: Jugendliche mit vielen Ressourcen und wenigen Belastungen gehören übererwartet häufig einer kirchlichen Jugendgruppe an, Jugendliche mit vielen Belastungen und wenigen Ressourcen aber relativ selten ( $\chi^2=7.8$ ;  $df=3$ ,  $p<.001$ ). Kirchliche Gruppen werden offenbar seltener von schwer belasteten Jugendlichen aufgesucht. Obgleich nicht signifikant, finden wir bei den Jungparteien den umgekehrten Trend.

#### 3.2 Beliebteste Sozialpartner und Aktivitäten in der Freizeit

Mit wem verbringen Jugendliche am liebsten ihre Freizeit? Wir haben diese Frage den Jugendlichen in einem offenen Antwortformat gestellt und die maximal drei Antworten anschliessend inhaltsanalytisch mit guter Interraterreliabilität ausgewertet (vgl. Behrens et al., 1986).

Am meisten Jugendliche beantworten diese Frage mit ihrer Familie, gefolgt von einer Paar-Beziehung. Der Zusammenhang zwischen der Bilanz der Belastungen und Ressourcen und den Sozialpartnern bei den beliebtesten Freizeitaktivitäten ist aber geschlechtsspezifisch (vgl. Tabelle 2): Insgesamt wird die Familie am häufigsten als Sozialpartner bei den

beliebtesten Freizeitaktivitäten genannt. Mehr Männer mit vielen Belastungen und wenigen Ressourcen verbringen ihre Freizeit am liebsten mit der Familie als Frauen, die sich in diesen Situationen eher auf ihre Paar-Beziehung zurückziehen. Allerdings muss hier vor einem Zirkelschluss gewarnt werden, wonach eine gute Beziehung zu den Eltern als Ressource in die Bildung der Typologie eingeflossen ist. Übererwartet viele Frauen mit vielen Ressourcen verbringen ihre Freizeit am liebsten mit Tieren. Männer mit vielen Ressourcen gestalten ihre Freizeit am liebsten mit ihrer Familie oder in einer Paar-Beziehung. Der Zusammenhang zwischen Belastungen und Ressourcen, Geschlecht und Sozialpartnern in der Freizeit ist also komplex.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede können so interpretiert werden, dass weibliche Jugendliche früher feste Partnerschaften eingehen als ihre gleichaltrigen männlichen Peers. Der Umgang mit Tieren ist schon bei Kindern eine bevorzugte Aktivität der Mädchen. Männliche Jugendliche mit wenigen Ressourcen ziehen sich eher zurück in die Familie oder bewegen sich in Cliquen von gleichaltrigen Burschen, die oft themenorientiert sind: z. B. in Sportclubs oder Motorrad-Cliquen. Dagegen treffen sich Mädchen eher im privaten Kreis mit Freundinnen oder sind allein zum Lesen oder Tagträumen. Welches sind nun die beliebtesten Tätigkeiten? Wiederum wird die Interaktion mit dem Geschlecht

betrachtet (vgl. Tabelle 3). Frauen mit vielen Ressourcen und wenigen Belastungen geben über Erwarten häufig an, am liebsten Musik zu hören, sich zu entspannen, zu lesen, Hobbies zu betreiben und zu wandern. Männer in der gleichen Kategorie treiben Sport, machen Musik oder besuchen Vereine, sie sind also sehr aktiv. Frauen mit wenigen Ressourcen und vielen Belastungen hören häufig Musik, entspannen sich, lesen oder betreiben Hobbies. Männer sind unter diesen Bedingungen hingegen im Vergleich zu Männern in wenig belastenden Situationen passiver, hören Musik, sehen TV, diskutieren oder machen anderes. Während bei den Männern ein Zusammenhang zwischen belastenden Situationen und ihrem Freizeitverhalten gefunden werden kann, scheint bei den Frauen der Zusammenhang komplexer zu sein.

Betrachten wir abschliessend den Fernsehkonsum der Befragten etwas eingehender. Unter älteren Jugendlichen wie in unserer Stichprobe ist das Fernsehen in der Regel nicht mehr so wichtig wie bei Jüngeren, da die Freizeit eher aussenorientiert verbracht wird. Wochentags schauen Jugendliche mit vielen Belastungen und wenigen Ressourcen überdurchschnittlich lange fern. Die Differenz ist besonders gross zu den Jugendlichen mit wenigen Belastungen und vielen Ressourcen. Es sind rund doppelt so viele Vielseher bei der erstgenannten Gruppe. Am Wochenende wird generell länger ferngesehen.

**Tabelle 2: Belastungen/Ressourcen und liebste Freizeitaktivitäten (Chi<sup>2</sup>= 50.2; df=28; p<.01)**

Ressourcen Belastungen	wenige wenige		wenige viele		viele wenige		viele viele		
	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	
<b>Sozialpartner</b>									
Familie	<b>65,3%</b>	<b>61,5%</b>	56,9%	<b>64,9%</b>	55,6%	<b>66,5%</b>	54,7%	59,3%	585
Paar-Beziehung	22,9%	<b>27,9%</b>	<b>31,0%</b>	26,3%	22,8%	25,7%	21,1%	<b>31,9%</b>	245
Tiere	1,6%	3,9%	6,9%	3,5%	<b>10,0%</b>	3,1%	<b>16,8%</b>	7,7%	66
Alleine	<b>6,8%</b>	1,9%	5,2%	1,8%	<b>8,0%</b>	2,1%	6,3%	1,1%	45
Peer-Gruppe	3,4%	<b>4,8%</b>	0,0%	3,5%	<b>3,6%</b>	2,6%	1,1%	0%	26
Summe	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
N	118	104	58	57	250	19	95	981	967

fett: häufiger als erwartet

**Tabelle 3: Belastungen/Ressourcen und liebste Freizeitaktivitäten (Chi<sup>2</sup>=146,2; df=77; p<.001; max, 3 Nennungen)**

Ressourcen Belastungen	wenige wenige		wenige viele		viele wenige		viele viele		
	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	
<b>Tätigkeiten</b>									
Sport treiben	<b>23,8%</b>	<b>24,4%</b>	11,3%	18,3%	13,4%	<b>29,6%</b>	11,8%	<b>21,4%</b>	380
Ausgehen	<b>26,0%</b>	19,0%	19,8%	19,5%	17,9%	15,5%	<b>25,2%</b>	16,2%	359
Lesen, Weiterbild,	11,3%	8,1%	<b>11,3%</b>	5,5%	<b>16,8%</b>	9,7%	<b>16,1%</b>	9,3%	216
Hobbies	8,2%	<b>10,9%</b>	<b>15,1%</b>	9,2%	<b>11,1%</b>	10,4%	9,8%	8,1%	192
Musik hören	8,2%	6,8%	<b>9,4%</b>	<b>14,0%</b>	<b>8,6%</b>	6,4%	7,0%	8,7%	155
Entspannen	5,6%	6,8%	<b>10,4%</b>	7,3%	<b>10,2%</b>	7,3%	7,0%	<b>10,4%</b>	154
Musik machen	3,9%	<b>9,1%</b>	7,6%	5,5%	7,5%	<b>9,3%</b>	6,3%	<b>11,6%</b>	144
Andere Tätigkeiten	4,8%	<b>6,3%</b>	<b>7,6%</b>	<b>9,2%</b>	5,9%	4,1%	5,6%	6,4%	109
Wandern	<b>4,3%</b>	2,3%	3,8%	3,1%	<b>4,1%</b>	3,6%	<b>7,0%</b>	3,4%	72
Diskussionen	2,2%	0,5%	2,8%	<b>4,3%</b>	2,0%	1,3%	2,1%	1,7%	36
Besuch Vereine	1,3%	<b>2,7%</b>	0%	1,8%	1,1%	<b>2,5%</b>	1,4%	1,6%	32
Fernsehen	0,4%	<b>3,2%</b>	0,9%	<b>2,4%</b>	1,4%	0,3%	0,7%	1,2%	23
Summe	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
N	231	221	106	164	441	393	143	173	1872

fett: häufiger als erwartet

Jugendliche mit vielen Belastungen schauen tendenziell länger fern, rund 22% über vier Stunden pro Tag, an Wochenenden. Diese Befunde deuten in Richtung einer verstärkten eskapistischen Fernseh-

**Tabelle 4: Belastungen/Ressourcen und durchschnittlicher TV-Konsum pro Tag an Wochentagen und Wochenenden**

Ressourcen	wenige	wenige	viele	viele	
Belastungen	wenige	viele	wenige	viele	N
<b>Wochentag</b>	281	177	519	220	
(Chi <sup>2</sup> =30.3; df=12; p<.01)					
nie	16,0%	<b>17,5%</b>	16,0%	15,5%	193
bis 1 Std.	<b>39,9%</b>	27,1%	<b>39,5%</b>	31,8%	435
1–2 Std.	27,8%	26,6%	<b>30,8%</b>	<b>33,2%</b>	358
2–4 Std.	12,4%	<b>23,2%</b>	12,0%	<b>16,4%</b>	174
mehr als 4 Std.	3,9%	<b>5,6%</b>	1,7%	3,1%	37
Summe	100%	100%	100%	100%	1197
<b>Wochenende</b>					
(Chi <sup>2</sup> =18.3; df=12; ns.)					
nie	9,5%	12,0%	10,2%	7,3%	116
bis 1 Std.	16,0%	10,9%	15,8%	13,7%	175
1–2 Std.	26,3%	24,0%	26,4%	27,4%	311
2–4 Std.	31,0%	31,4%	34,9%	29,7%	386
mehr als 4 Std.	17,2%	21,7%	12,7%	21,9%	199
Summe	100%	100%	100%	100%	1197

nutzung von Jugendlichen mit vielen Belastungen und wenigen Ressourcen.

### 3.3 Qualitative Konkretisierungen

Nach diesen statistischen Gruppenvergleichen, die ein komplexes Muster sichtbar gemacht haben, sollen konkrete Situationen und Entwicklungen von Jugendlichen anhand der Befunde der Tiefeninterviews verdeutlicht werden. Betrachten wir zuerst generelle Trends, bevor wir uns den Ressourcen-Belastungs-Konstellationen zuwenden.

Mehrere Jugendliche beklagten, dass sie, bedingt durch die Berufslehre, nur noch wenig Freizeit hätten, verglichen mit der Schulzeit vorher. Dies hat dazu geführt, dass manche ihre bisherigen regelmässigen sportlichen Aktivitäten aufgegeben oder zumindest reduziert haben. Sobald Jugendliche sich einliessen auf eine feste Partnerschaft, wurde die gemeinsame Freizeit mit dem Partner resp. der Partnerin wichtiger als das regelmässige Training. Um eine/n Freund/in zu finden, wurde der Ausgang ins Pub, in die Disco und an Partys wichtig, was ebenfalls an der Zeit für Sport oder Vereine abging.

Vor allem männliche Jugendliche erwähnten jugendkulturelle Cliques, in denen sie ihre Freizeit verbrachten: Am häufigsten wurden Hip Hop und Rave genannt, wobei die Hip-Hop-Szene oft mit gewalttätigen Delikten verbunden war und die Techno-Szene oft mit dem Konsum von Ecstasy. Die meisten der befragten Jugendlichen konsumierten Haschisch. Sie sagten, dass es für eine angenehme Stimmung in der Clique Sorge, Spass mache oder

helfe, abzuschalten. Eine Jugendliche erklärte, dass sie durch den regelmässigen Haschisch-Konsum träge und passiv geworden sei und in der Freizeit nichts mehr unternehmen möge. Einige Jugendliche konsumierten aber auch harte Drogen wie Kokain oder Heroin, was mehrheitlich bestehende Belastungen noch verstärkte. Jugendliche, die sich in ausgeprägte Protest-Gruppen begaben (z. B. ein Punker, ein Satanist, eine radikale Linke), beschrieben dies als Gegenwelt zu einer belastenden Arbeits- oder Familienwelt, in der sie ganz «sich selber» sein konnten. Diese Jugendlichen hatten besonders Mühe mit den Rollenanforderungen und dem Anpassungsdruck in der Lehre oder der Berufsschule und suchten einen Ort, wo sie daraus ausbrechen konnten.

Der Umstand, dass man während der Lehre relativ wenig verdient, wurde auch als Ursache genannt, dass gewisse Hobbies nicht mehr gepflegt werden konnten, dass man meistens nur am Wochenende in den Ausgang kann und wochentags eher zu Hause bleibt. Dabei erhalten die Medien, insbesondere das Fernsehen, einen besonderen Stellenwert. Fernsehen ist eine Freizeitgestaltung, die wenig kostet und Ablenkung bietet. Die Jugendlichen sagten zumeist, dass sie dann fernsehen würden, wenn sie sich langweilten. Als bevorzugte Inhalte wurden Serien, Actionfilme oder Talkshows genannt.

Eine Jugendliche, welche in der Drogen-Szene verkehrt hatte und mit Hilfe ihres neuen Freundes den Ausstieg fand, erzählte, dass sie nun oft mit ihrem Freund zu Hause sei und fernsehe. In dieser Situation erhält das Fernsehen den Charakter eines «sicheren Hafens», der den Rückzug aus ungünstigen Gleichaltrigen-Gruppen oder Familien unterstützt. Ein anderer Jugendlicher hatte sich ein eigenes Zimmer im Estrich des Hauses eingerichtet, wo er fernsehen und Musik hören und damit von seiner alkoholabhängigen Mutter Abstand nehmen konnte.

Der Konsum von Musik aus Walkman oder Stereoanlage wurde von den meisten Befragten erwähnt. Musik dient der Stimmungsregulation, der Beruhigung oder Anregung. Der Musikstil war für manche Jugendlichen mit ihrer jugendkulturellen Identifikation verbunden (Punk, Techno, Hip Hop, etc.).

Im Folgenden wollen wir nun die vier Gruppen im Sinne der Ressourcen-Belastungs-Bilanz betrachten. Die vier Gruppen verkörpern Situationen, die in unterschiedlichem Masse bewältigbar sind. Die erste Gruppe hat die besten Chancen zu einem erfolgreichen Alltag, die letzte Gruppe hat die geringsten Chancen resp. die am meisten belastende Situation. Die beiden mittleren Gruppen sind nicht klar rangierbar in Bezug auf ihre Bilanz. «Wenige Belastungen» meint, dass die Person nicht mehrfache, sondern

nur vereinzelte Belastungen erfährt, dennoch können einzelne Belastungen (z. B. eine chronische Erkrankung) eine starke Ausprägung haben. Dasselbe gilt für die Ressourcen.

#### *Gruppe 1: Wenige Belastungen/viele Ressourcen*

Diese Gruppe besteht aus 9 Befragten, 5 männlichen und 4 weiblichen. Sechs der Befragten treiben regelmässig Sport, zudem fallen viele aktive formelle Freizeittätigkeiten auf: In der Jugendriege oder bei den Pfadfindern eine Gruppe leiten, Kinder hüten, Leistungssport mit Wettkämpfen bei drei Befragten, Tanzen, selber Musik machen, in einer Gewerkschaft engagiert sein.

«Ich habe mich jetzt auch oft mit den Problemen von anderen beschäftigt und versucht, ihnen zu helfen durch die Erfahrungen, die ich selber gemacht habe in der Lehre. Es braucht wahnsinnig viel Energie und Kraft, um das durchzuziehen. Mit dem von der Gewerkschaft wollen wir jetzt so eine Gruppe bilden, die sich regelmässig trifft». (20-jährige Jugendliche)

#### *Gruppe 2: Wenige Belastungen/wenige Ressourcen*

Bei den Befragten handelt es sich um drei weibliche Jugendliche zwischen 20 und 22 Jahren. Eine ist eine ledige Mutter, ohne Ausbildung, die zu Hause für eine Fern-Matura lernt, aber nicht recht vorankommt. Wie die zweite junge Mutter unter den Befragten sagt sie, dass sie durch das Kind eigentlich keine Freizeit mehr habe im Sinn von freier Zeit, die sie für sich selbst gestalten könne. Ihre Hobbies sind Lesen und Zeichnen. Die zweite junge Frau ist als ungelernte Hilfskraft tätig, leidet unter ihrem Übergewicht, ist aber sozial gut integriert: Als Hobbies nennt sie Sport mehrmals wöchentlich und regelmässige Besuche eines Pubs mit Freunden. Die dritte junge Frau hat neben der Lehre wenig Freizeit und Kontakte. Sie schätzt es, in der Freizeit einfach abzuschalten, zu lesen und zu malen.

«Wir stehen ziemlich spät auf, so um 9 Uhr oder 10 Uhr. Dann heisst es Wickeln und Waschen und Haushalt machen und sie herumtragen und einkaufen gehen. Ab und zu gibt es Besuch von Kollegen. Eigentlich bin ich noch daran, für die Matur zu lernen. Früher habe ich vier Stunden pro Tag gelernt, aber jetzt bringe ich es vielleicht noch auf eine Stunde. Am Morgen bin ich müde, am Abend auch, und während des Tages schläft mein Kind nicht viel». (20-jährige Jugendliche, lebt von staatlichen Kleinkinderbeiträgen, ist in fester Partnerschaft)

#### *Gruppe 3: Viele Belastungen/viele Ressourcen*

Die Gruppe besteht aus sechs männlichen und fünf weiblichen Jugendlichen. Hier fallen die jugendkulturellen Gruppen auf, die von vielen genannt werden: Hip Hop, Raver, Punker und andere Cliques. Auch in dieser Gruppe wird noch von rund der Hälfte Sport getrieben, z.T. handelt es sich um Kampfsportarten. Einige aus dieser Gruppe sagen, dass sie früher Sport getrieben, jetzt aber aufgehört hätten.

«Ich mache Musik, singe, und seit einem halben Jahr habe ich ein Keyboard. So machen wir dann Musik und singen eigene Lieder. Dann bin ich beim Lokalradio A dabei in der Moderation und Redaktion. Das nimmt ziemlich viel Freizeit weg. Es muss einfach immer etwas laufen bei mir. Ich spiele auch noch gerne Billard. Und früher habe ich in einem Sportclub geboxt». (21-jähriger Jugendlicher, vom Land, nach Lehrabbruch an zweiter Lehre in neuem Beruf)

#### *Gruppe 4: Viele Belastungen/wenige Ressourcen*

Diese am meisten belastete Gruppe besteht aus neun Burschen und drei Mädchen. Fünf der Befragten befanden sich zur Zeit des Interviews im juristischen Massnahmenvollzug wegen z.T. schweren Delikten. Es gibt darunter mehrere Einzelgänger, Personen, die über eine hohe spontane Aggressivität berichten, und mehrere haben über längere Zeit harte Drogen konsumiert. Zwei von ihnen haben eine innige Beziehung zu einem Hund. Es wird über Kampfsportarten und Krafttraining berichtet. Es wird aus Langeweile ferngesehen. Zur Freizeit gehören Faulenzen, Herumhängen, Träumen, Rückzug in einen eigenen Bereich resp. Raum.

«Im 2. Lehrjahr begann ich zu konsumieren... Heroin... einfach ab und zu. Vor allem am Wochenende, etwas mehr als ein Jahr lang. Und dann habe ich plötzlich begonnen, den Konsum zu steigern. Es begann mit etwa 1–2 Mal während der Woche, dann täglich und ja, dadurch war ich dann die ganze Nacht durch wach, konsumierte und dachte, dass ich dann am Morgen gleich zur Arbeit gehen könnte... und kurz bevor ich dann hätte gehen müssen, schlief ich ein und pennte dann gleich den ganzen Tag lang durch. Das gab halt dann ein Puff, weil ich so oft fehlte... Ich begann mit dem Konsumieren aus Neugier, aber auch zum Abschalten, hauptsächlich, um dieser Gesellschaft zu entfliehen, irgendwie in eine eigene Welt hineinzukommen.» (23-jähriger Befragter, in einer Erziehungsanstalt wegen bewaffnetem Raubüberfall)

Die Analyse der Tiefeninterviews in Bezug auf die vier Belastungs-Ressourcen-Konstellationen weist

auf eine grosse Vielfalt an individuellen Situationen hin. Dennoch scheint sich ein Trend abzuzeichnen, der folgendermassen beschrieben werden kann:

Jugendliche in einer bewältigbaren Situation (wenige Belastungen/viele Ressourcen) zeigen eine aktive Freizeitgestaltung, oft im Rahmen von formellen Organisationen und mit Leistungsorientierung. Sie können als charakteristisch für das Integrations- oder Niveaumilieu bezeichnet werden. Da alle befragten Jugendlichen aber grundsätzlich eine für sie herausfordernde Phase erlebt haben (vorzeitige Auflösung einer Berufslehre), ist auch bemerkenswert, dass diese Jugendlichen dazu tendieren, aus ihren Erfahrungen etwas Positives zu machen und anderen Menschen etwas weiterzugeben. Diese Haltung dürfte sie selbst darin unterstützen, ihre Misserfolgserfahrung positiv in ihr Selbstkonzept und ihren Lebensentwurf integrieren zu können.

Jugendliche mit wenigen Belastungen und wenigen Ressourcen sind in unserem Interview-Sample ausschliesslich weiblich, sind in einer sozial unterprivilegierten Situation oder eher passiv und innenorientiert in ihrer Freizeitgestaltung.

Jugendliche mit vielen Belastungen, aber auch vielen Ressourcen, sind überdurchschnittlich oft in informellen Jugendkulturen engagiert, sind sozial gut integriert und haben vielfältige Interessen. Der erfolgreiche Ausstieg aus dem Drogenkonsum kann zu einer harmoniebetonten Freizeitgestaltung führen (Fernsehen zu Hause mit PartnerIn).

Die am stärksten gefährdete Gruppe (viele Belastungen / wenige Ressourcen) verkörpert am häufigsten die delinquenten und Drogen konsumierenden Jugendlichen. Ihre Freizeitgewohnheiten sind eher passiv, selbstbezogen, oder dann innenorientiert und eskapistisch. Die männlichen Jugendlichen berichten oft über eine hohe Gewaltbereitschaft und wenig Frustrationstoleranz. Ihre kreativen Fähigkeiten konnten unter den ungünstigen Bedingungen, in denen sie lebten, oft nicht zum Tragen kommen und zeichnen sich erst im kontrollierten Rahmen der Erziehungsanstalten langsam ab.

#### 4. Diskussion

Die vorliegenden Befunde sind komplex und verweisen auf die hohe Diversität des möglichen Umgangs mit belastenden Situationen. Einige Grundtendenzen liessen sich feststellen, die erwartungsgemäss geschlechtsspezifisch variieren. Jugendliche mit wenigen Ressourcen und vielen Belastungen tendieren eher zu Protest-Jugendkulturen, während Jugendliche mit wenigen Belastungen und vielen Ressourcen eher in formellen angepassten Jugendgruppen zu finden sind. Innenorientierte Freizeitaktivitäten

sind bei weiblichen Jugendlichen mit vielen Ressourcen ebenso anzutreffen wie bei männlichen Jugendlichen mit wenigen Ressourcen. Der Umgang mit Tieren ist bei weiblichen Jugendlichen mit vielen Ressourcen zu finden und vereinzelt bei männlichen Jugendlichen mit wenig Ressourcen. Männliche Jugendliche mit vielen Belastungen tendieren zu aussenorientierten Freizeitaktivitäten, die oft problemverschärfend sind. Weibliche Jugendliche in dieser Situation ziehen sich eher zurück und sind passiv. Hinweise ergaben sich auch aus den Fragebogendaten in Bezug auf die Fernsehnutzung unter der Woche, nicht jedoch am Wochenende. Die Unterscheidung von vier Gruppen mit unterschiedlicher Belastungs-Ressourcen-Bilanz hat sich bewährt. Mit Hilfe der Addition von Belastungen und Ressourcen liessen sich Typen finden, die unterschiedliche Gesundheitszustände und gesundheitsgefährdendes Verhalten aufweisen. Dieses Vorgehen eignet sich zur Eingrenzung von Risikogruppen, selbst wenn der Schweregrad der einzelnen Belastungen oder die Qualität der Ressourcen nicht berücksichtigt wird. Das kumulative Stresskonzept erlaubt trotz seiner Einfachheit bereits weitreichende Aussagen.

Ressourcenaufbauendes Freizeitverhalten kann den Erfolg in anderen Alltagsbereichen fördern. Belastendes Freizeitverhalten, z. B. Drogenkonsum oder Delinquenz, wird vor allem dann folgenreich, wenn die Auswirkungen des Verhaltens in andere Alltagsbereiche wie die Ausbildung oder die Arbeit hinüberreichen. Solange die Jugendlichen imstande sind, normabweichendes Verhalten auf den Freizeitbereich zu begrenzen und im Ausbildungs- oder Arbeitsbereich die geforderten Anpassungsleistungen erbringen, sind sie in der Bewältigung der Entwicklungsaufgabe «berufliche Sozialisation» nicht gefährdet. Unsere Befunde zeigen, dass diese Eingrenzung bei Jugendlichen mit wenigen Ressourcen oft nicht gelingt.

Der Zusammenhang zwischen Belastungen und Ressourcen und dem Freizeitverhalten ist komplex und kann mit den vorliegenden Daten nicht abschliessend beschrieben werden. Insbesondere bleibt offen, in welcher Weise der Schweregrad einer Belastung in einem Bereich (z. B. Gesundheit) sich in der Freizeit auf andere Bereiche von Ressourcen oder Belastungen (z. B. Partnerschaft) auswirken kann.

#### 5. Empfehlungen

Konkrete Empfehlungen in Bezug auf die Hauptthematik des Projektes (Prävention und Intervention bei Lehrabbrüchen) wurden im Bericht an das Bundesamt für Gesundheit (Süss & Neuenschwander, 1997) dargestellt (vgl. auch Kapitel 7). In Bezug auf

den Fokus dieses Artikels wäre von Bedeutung, die Jugendlichen in ihrem persönlichen Ressourcen-Management zu unterstützen. Besonders Jugendliche mit wenigen Ressourcen und vielen Belastungen müssten möglichst früh erkannt werden. Berufsschulen könnten Blockkurse zum Thema anbieten. Es sollte auch dafür gesorgt werden, dass Jugendliche ausreichend Räume zur aktiven Gestaltung ihrer Freizeit vorfinden, in denen sie jugendkulturelle Erlebnisse gestalten können. Jugendhäuser, Jugendclubs etc. können eine wichtige Rolle als externe Umweltressource spielen.

## 6. Literatur

1. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey Bass; 1987.
2. Behrens U, Schmitt J, Schuler J, Speicher J, Vogelsang W, Wetzstein T. *Jugend und neue Medien, Video, Bildschirmspiele und Computer «erobern» die jugendliche Lebenswelt: Jugend und neue Medien aus der pädagogischen Abteilung der Universität Trier; 1986.*
3. Kern H. *Burnout-Prophylaxe im Management. Erfolgreiches individuelles und institutionelles Ressourcenmanagement.* Bern: Paul Haupt; 1997.
4. Mayring Ph. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* München: Psychologie Verlags Union; 1997.
5. Neuenschwander MP. *Entwicklung und Identität im Jugendalter.* Bern: Haupt; 1996.
6. Röhl FJ. *Mythen und Symbole in populären Medien. Beiträge zur Medienpädagogik, Band 4,* Frankfurt a.M.: Gemeinschaftswerk der evangelischen Publizistik; 1998.
7. 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 1993–1996;* p. 127–34. Bern: EDMZ; 1997.
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: B. Bergmann and R. P. (Hrsg.): *Die Handlungsregulationstheorie.* Göttingen: Hogrefe; 1994. S. 198–215.

## 7. Valorisierung

In einem laufenden Valorisierungsprojekt, finanziert vom Bundesamt für Gesundheit, wurde eine Bro-

schüre für Lehrmeister und Berufsschullehrer verfasst.

### 7.1 Artikel

1. Neuenschwander M (1996). *Jeder fünfte Lehrvertrag wird vorzeitig aufgelöst.* Forum für Berufsschulen des Kantons Zürich, 33, 7–8.
2. Neuenschwander MP (1997). *Lehrvertragsauflösung und ihre Folgen.* Panorama, 4, 25–26.
3. Neuenschwander MP (2000, im Druck). *Lehrabbruch und Delinquenz als Risikobedingungen für Suchtmittelkonsum im Jugendalter.* In: K. Bader, U. Gerhard, D. Heimberg, & E. Hermann (Eds), *Bericht des Kongresses der Schweizerischen Gesellschaft für Psychologie.*
4. Neuenschwander MP (1998). *Problemlagen und Risiken beim Lehrabbruch. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung.* In: Verein zur Förderung der Sozialen Arbeit als akademische Disziplin (Ed.), *Soziale Arbeit mit Jugendlichen in problematischen Lebenslagen.* Bern: Soziothek.
5. Neuenschwander MP (1999). *Lehrvertragsauflösungen im Kanton Zürich.* Zürich: Verlag impulse & Sauerländer.
6. Neuenschwander MP, Dumont J (1996). *Statistische Daten zu Lehrvertragsauflösungen im Kanton Zürich.* Forschungsbericht Nr. 1996-3. Institut für Psychologie der Universität Bern.
7. Neuenschwander MP, Oegerli T (1997). *Lehrvertragsauflösungen im Kanton Zürich – Teil II.* Forschungsbericht Nr. 15. Institut für Pädagogik, Abteilung Pädagogische Psychologie der Universität Bern.
8. Neuenschwander MP, Stalder B (1998). *Lehrvertragsauflösungen aus der Sicht von Jugendlichen: Ergebnisse einer Deutschschweizer Studie.* *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis,* 27, 42–47.
9. Neuenschwander MP, Stalder BE, Süss D (1996). *Berufswahl und Lehrvertragsauflösungen im Kanton Bern.* Forschungsbericht Nr. 1996-2: Institut für Psychologie der Universität Bern und Amt für Bildungsforschung der Erziehungsdirektion Bern.
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 1993–1996;* p. 127–134. Bern: EDMZ; 1997.
11. Süss D, Neuenschwander MP, Dumont J (1996). *Lehrabbruch, Gesundheitsprobleme und deviantes Verhalten im Jugendalter.* Forschungsbericht Nr. 1996-4. Institut für Psychologie der Universität Bern.



## 7.2 Beitrag an einer internationalen Tagung

1. Neuenschwander MP (1998). Apprenticeship Status and Drug Abuse. Paper presented at the International Society of social and behavioral development ISSBD, Bern, 1. 7.–4. 7. 1998.

## 7.3 Ausgewählte Vorträge über das Projekt (seit 1997)

1. Neuenschwander MP (1997). Lehrabbruch und deviantes Verhalten. Referat vor den Delegierten der deutschschweizer Berufsbildungsämterkonferenz, Abt. Lehraufsicht, in Zürich-Kloten.
2. Neuenschwander MP (1997). Lehrabbruch und Delinquenz als Risikobedingungen für Suchtmittelkonsum im Jugendalter. Vortrag an der Schweizerischen Gesellschaft für Psychologie, 18.–20. 9. 1997, Basel.
3. Neuenschwander MP (1997). Lehrabbruch, Gesundheitsprobleme und deviantes Verhalten im Jugendalter. Vortrag gehalten im Amt für Berufsbildung Zürich.

## 7.4 Lehrerbildung

1. Für Studierende des Höheren Lehramtes der Universität Bern (angehende Mittelschullehrkräfte) wurde im Sommersemester 1998 eine Lehrveranstaltung zum Thema «Sucht» durchgeführt mit dem Ziel einer Sensibilisierung für Risikogruppen.

## 7.5 Radio

1. Im Rahmen eines Projekts des Contacts Bern wurde in einem Gesprächsforum im Radio Spatz am 14. 9. 1998 über die Hintergründe der Lehrvertragsauflösung und ihre gesundheitsgefährdende Wirkung informiert.

## 7.6 Flyer

Aus der Zusammenarbeit des Amtes für Berufsbildung Bern und der Stiftung Contact Bern entstanden ein Info-Flyer und ein Kursprogramm für Lehrmeister, Lehraufsicht und Berufsschullehrkräfte, das sich stark auf dieses Projekt abstützt.

## 8. Impact

In der Schweiz und in Deutschland konnte eine Vielzahl von Initiativen identifiziert werden, die sich in der Folge unseres Projekts mit der Lehrabbruch-Thematik zu beschäftigen begann. Insbesondere die

Presse verschiedener Städte (Zürich, Bern, Basel) und von nationaler Bedeutung (Facts, Brückenbauer) hat die Thematik in verschiedenen Artikeln aufgenommen und zu einer breiten Sensibilisierung beigetragen. Die Zentralstelle für Berufsberatung hat im eigenen Mitteilungsorgan das Projekt vorgestellt und in der Deutschschweiz die Berufsberatungsstellen sensibilisiert. Im Folgenden sollen stichwortartig nur die wichtigsten Wirkungen des Projekts aufgelistet werden, soweit sie den Autoren bekannt geworden sind. Sie stehen vor allem im Zusammenhang von Lehrvertragsauflösungen als gesundheitsgefährdender Belastung.

### Deutschschweizer Berufsbildungsämterkonferenz

Die Berufsbildungsämterkonferenz der Deutschschweiz nahm die Empfehlung auf, das Kategoriensystem der Gründe bei Lehrvertragsauflösungen zu überarbeiten. Die neue Kategorisierung der Gründe erlaubt präzisere Informationen über die Umstände bei den Lehrvertragsauflösungen. Die Ämter für Berufsbildung wurden zudem informiert.

### Kanton Zürich

Im Auftrag des Amtes für Berufsbildung wurde ein dreiteiliges Projekt in Auftrag gegeben, in dem präzise statistische Informationen zur Verbreitung, Vorgeschichte und Häufigkeit von Lehrvertragsauflösungen erfasst werden sollten.

In einer Initiative der katholischen Kirche wurden in Zürich und Winterthur Gesprächsgruppen organisiert, deren Finanzierung aufgrund der Ergebnisse des Projekts Lehrabbruch gesichert werden konnte. Gruppenweise werden die Schwierigkeiten von Jugendlichen in ihrer Lehre thematisiert, um Lehrvertragsauflösungen vorzubeugen bzw. frühzeitig Lösungen zu finden.

Das Amt für Berufsbildung bot verschiedene Veranstaltungen und Kurse über Lehrvertragsauflösungen und die Suchtproblematik für Lehrmeister an.

In einer Plakataktion der Stadt Zürich wurde auf den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Suchtgefährdung aufmerksam gemacht.

### Kanton Basel-Stadt und Graubünden

Im Kanton Basel-Stadt entstand im Rahmen der Ausbildung zum Berufsberater in der Folge unserer Projektarbeit eine Diplomarbeit zur Situation der Lehrabbrecher im Kanton Basel-Stadt.

Ebenfalls entstand in der Folge des Projekts eine Diplomarbeit eines Studenten der Hochschule St. Gallen zur Situation der Lehrabbrecher im Kanton Graubünden. Geeignete präventive Massnahmen werden diskutiert.

### **Kanton Bern**

Lehrmeisterkurs: Auf der Basis der Projektergebnisse wurde ein erster Kurs für Lehrmeister organisiert und erfolgreich durchgeführt, der sich spezifisch mit der Situation von Lehrvertragsauflösungen befasste.

Die Geschäftsprüfungskommission des Grossen Rates beschäftigte sich ausgehend von unserem Bericht in einer besonderen Sitzung mit der Situation der Lehrabbrecher im Kanton und verlangte von der Erziehungsdirektion einen Massnahmenkatalog.

### **Kanton St. Gallen**

Aufgrund einer Initiative der gewerblichen Berufsschule St. Gallen wurde im Frühling 1998 das Projekt «Massnahmen zur Verhinderung des Anlehr- und Lehrabbruchs und zur Verhinderung des Nichtbestehens der Lehrabschlussprüfung» bewilligt.

#### Korrespondenzadressen:

Dr. Markus Neuenschwander  
Abteilung Pädagogische Psychologie  
Institut für Pädagogik der Universität Bern  
Muesmattstrasse 27  
3012 Bern  
E-Mail: neuensch@sis.unibe.ch

Dr. Daniel Süss  
IPMZ-Institut für Publizistikwissenschaft  
und Medienforschung der Universität Zürich  
Kurvenstrasse 17, Postfach 507  
8035 Zürich  
E-Mail: suess@ipmz.unizh.ch

# Ce que consomment les jeunes toxicomanes\*

**Monique Bolognini, Valérie Rossier, Léonie Chinet, Bernard Plancherel, Olivier Halfon**, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA), Lausanne  
**Philippe Jeammet, Maurice Corcos, Martine Flament**, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Lausanne

## Résumé

Une comparaison est faite entre un groupe de toxicomanes (73 hommes et 34 femmes) et un groupe témoin (49 hommes et 72 femmes), concernant la consommation de différentes substances: tabac, alcool, et drogues. Les sujets sont âgés de 15 à 25 ans (âge moyen 20,4 ans, e.t.=3). On peut constater que chez les toxicomanes, la consommation de tabac et d'alcool est plus importante que dans le groupe témoin. Le début de la consommation est aussi plus précoce chez les toxicomanes, et particulièrement chez les femmes toxicomanes. Concernant les substances consommées en «life time» par les toxicodépendants, l'étude montre que ce sont respectivement le cannabis (100%), l'héroïne, la cocaïne, les hallucinogènes et l'ecstasy. Seul le cannabis a été consommé en «life time» de façon significative (plus de 10%) par les sujets témoins. On peut également relever, concernant l'abus et la dépendance à des substances toxiques, que plus de la moitié des sujets retenus comme toxicomanes ont été dépendants à plus d'une substance à la fois à un moment ou à un autre de leur histoire.

## Key Words

Addiction  
Drug Abuse  
Tobacco  
Alcohol  
Toxicomanie  
Gender

## 1. Introduction

Selon les estimations publiées dans le rapport 1997 sur «Alcool, tabac et drogues illégales en Suisse de 1994 à 1996» (ISPA, 1997), la dépendance aux drogues est estimée en Suisse à environ 3% chez les jeunes de 15 à 25 ans. Le fait que la consommation de substances soit en augmentation, en diminution ou que la proportion des dépendants reste stationnaire, est controversé compte tenu de la difficulté à obtenir des statistiques dans ce domaine. Il semblerait que la consommation d'héroïne et de cannabis serait en augmentation, alors que la consommation occasionnelle de drogues illégales resterait stable et que la consommation multiple deviendrait plus fréquente.

Concernant l'âge, la consommation de substances suivrait une progression hiérarchique allant des substances légales (alcool, tabac) jusqu'aux drogues dures en passant par le haschich (Kandel, Yamaguchi et Chen, 1992). Le risque d'une telle progression serait plus élevé lorsque la consommation est intense et précoce. Pascale et Evans (1993) observent que la consommation d'alcool débute plus tôt que la consommation de drogues (l'âge moyen chez les garçons est respectivement de 13 ans et de 13 ans et demi pour l'alcool et les drogues, 13 ans et demi et 14 ans chez les filles). Par ailleurs, les garçons commencent à consommer en moyenne une année et demie avant les filles. En Suisse, 30% des 11 à 16 ans boivent quotidiennement de l'alcool, tandis que 4% des jeunes de ces catégories d'âge s'envivrent régulièrement (enquête auprès des écoliers, OMS, 1994). Pour la plupart des jeunes, apprendre à boire est une étape normale du développement: dans la population des 15 à 24 ans, seuls 21% des jeunes gens ne consomment pas d'alcool, ce qui est le cas pour 29% des jeunes filles (Gmel, 1996).

Selon Robins et Mc Evoy (1990), la consommation précoce de substances serait fortement associée à une dépendance ultérieure ainsi qu'à sa persistance. La période avec un haut risque de débiter une consommation se terminerait vers 20 ans. Selon la classification DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), le taux de consommation serait relativement élevé chez les jeunes entre 18 et 24 ans. A propos de la différence selon le sexe, il apparaît que la toxicomanie touche globalement plus les garçons que les filles, surtout à des niveaux élevés d'utilisation (Plant, Plant et Foster, 1991; Johnston, 1991), bien que cette différence tende à s'estomper. L'écart serait très marqué en ce qui concerne la consommation d'alcool et peu ou pas significatif pour le tabac et le haschich.

\* Ce projet a été soutenu par les contrats de recherche n° 8053 et 8062 de l'Office fédéral de la santé publique (collaboration du SUPEA avec l'INSERM: réf. 49 401.3).

En Suisse, deux études se sont intéressées à l'évaluation de la prévalence «vie entière» de consommation de drogues parmi les jeunes de 15 à 20 ans (critère: au moins une fois au cours de la vie). Selon l'enquête suisse sur la santé (ESS, 1992-1993) la consommation de cannabis serait de 19,9% chez les garçons et de 9,9% chez les filles, la consommation d'héroïne de 0,9% chez les garçons et les filles, la consommation de cocaïne de 1,2% chez les garçons et de 0,5% chez les filles, la consommation d'amphétamines de 1,7% chez les garçons, 0,3% chez les filles et celle d'hallucinogènes de 1,7% chez les garçons et de 0,3% chez les filles. Les résultats de la deuxième étude, effectuée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive dans le canton de Vaud en 1992-93 (Michaud, Narring et Paccaud, 1993), montrent des résultats sensiblement différents avec des consommations pratiquement équivalentes au double de celles observées dans le cadre de l'étude suisse sur la santé.

Dans le présent article, la consommation de substances toxiques est évaluée en comparant des adolescents et jeunes adultes (toxicomanes) avec des sujets (témoins). Nous présenterons successivement les résultats de l'évaluation concernant la consommation de tabac, la consommation d'alcool, puis la consommation de substances toxiques.

## 2. Déroulement de l'étude/Méthode

### 2.1 Population

Les critères retenus pour inclure la population clinique sont ceux de la classification DSM-IV. A partir des données recueillies lors de l'entretien, les sujets ont été classés dans la catégorie diagnostique toxicomanie. Les sujets ont été recrutés dans différentes institutions représentant la diversité des lieux de prise en charge des toxicomanes.

La population a été désignée comme population témoin dans la mesure où les réponses concernant les diagnostics de toxicomanie étaient négatives. Elle a été recrutée en tenant compte des critères de l'âge, du sexe et de la formation, de manière à la rendre comparable à la population clinique.

Au total, 228 sujets sont inclus dans la recherche. Les toxicomanes sont pour deux tiers des hommes et pour un tiers des femmes. Si l'effectif du groupe témoin femmes est considérablement plus élevé que celui du groupe des toxicomanes femmes, cela provient du fait que les résultats qui vont être présentés font partie d'une recherche plus large qui englobe aussi des sujets avec troubles des conduites alimentaires, qui ne seront pas pris en considération ici. Cela explique aussi le nombre élevé de femmes par rapport aux hommes dans le groupe témoin, qui

est dû à la présence exclusive de femmes dans le groupe des troubles des conduites alimentaires. Par contre la répartition de la population selon l'âge est équilibrée.

**Tableau 1: Répartition des sujets selon le diagnostic et le sexe (N = 228)**

Diagnostic	Hommes	Femmes	Total
Toxicomanie	73	34	107
Témoins	49	72	121
Total	122	106	228

Chi<sup>2</sup>=76.71 ; p<.001

### 2.2 Méthode

Afin de réaliser l'étude, des contacts ont été établis avec différentes institutions et divers professionnels responsables de la prise en charge d'adolescents et jeunes adultes avec des problèmes de toxicomanie. Un premier contact était pris par téléphone de manière à fixer un premier rendez-vous. Le jeune recevait un dépliant donnant des renseignements détaillés sur la recherche, document qui était retourné à l'Unité de recherche avec l'accord signé du jeune. L'entretien se déroulait soit à l'Unité, soit dans l'institution de prise en charge, soit au domicile du jeune, selon sa convenance.

Le premier rendez-vous était consacré à l'entretien semi-structuré permettant de confirmer le diagnostic. La deuxième rencontre permettait de répondre à des auto-questionnaires. Le principal instrument d'évaluation permettant d'identifier la comorbidité est le M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview), qui se réfère à la classification internationale DSM-IV. Il permet de confirmer les critères d'inclusion pour la toxicomanie (dépendance et abus). Le protocole d'entretien semi-standardisé a été traduit et validé en français par Sheehan, Jana, Knapp, Lecrubier et Weiler (1992).

## 3. Résultats

### 3.1 Consommation de tabac

**Tableau 2: Consommation de cigarettes en «life time»**

		Non		Oui		Total N
		N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	3	4,1	70	95,9	73
	femmes	0	0,0	34	100,0	34
Témoins	hommes	25	51,0	24	49,0	49
	femmes	43	59,7	29	40,3	72
Total		71	31,1	157	68,9	228

Chi<sup>2</sup>=76.71 ; p<.001

Le tableau 2 présente la répartition des sujets selon la consommation de cigarettes (oui = avoir fumé au moins une cigarette par jour durant un an). Globalement, plus de la moitié des sujets ont eu, à un moment de leur vie, une consommation régulière de

**Tableau 3: Consommation de tabac actuelle**

		Non		Oui		Total N
		N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	8	11,0	65	89,0	73
	femmes	1	2,9	33	97,1	34
Témoins	hommes	28	57,1	21	42,9	49
	femmes	49	68,1	23	31,9	72
Total		86	37,7	142	62,3	228

Chi<sup>2</sup>=75.83 ; p<.001

témoins femmes, et pour près de la moitié des toxicomanes femmes, la consommation de tabac a commencé entre 8 et 12 ans. Seule une minorité des sujets a commencé à fumer après l'âge de 18 ans. Le début tardif de la consommation de tabac concerne surtout les témoins hommes.

**Tableau 4: Age au début de la consommation de tabac**

		8 à 12 ans		12 à 15 ans		15 à 18 ans		18 ans et +		Total N
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	17	24,3	38	54,3	13	18,6	2	2,9	70
	femmes	16	47,1	15	44,1	2	5,9	1	2,9	34
Témoins	hommes	1	4,2	12	50,0	5	20,8	6	25,0	24
	femmes	7	24,1	13	44,8	9	31,0	0	0,0	29
Total		41	26,1	78	49,7	29	18,5	9	5,7	157

Chi<sup>2</sup>=35.06 ; p<.001

**Tableau 5: Consommation actuelle d'alcool (au moins 1 fois par semaine)**

		Non		Oui		Total N
		N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	39	53,4	34	46,6	73
	femmes	18	52,9	16	47,1	34
Témoins	hommes	19	38,8	30	61,2	49
	femmes	47	65,3	25	34,7	72
Total		123	53,9	105	46,1	228

Chi<sup>2</sup>=8.28 ; p<.05

### 3.2 Consommation et dépendance à l'alcool

Les tableaux suivants présentent la répartition des sujets des différents groupes en fonction de la consommation d'alcool.

tabac. Cependant, ce taux représente une moyenne avec dans les extrêmes les toxicomanes (97%) et les femmes témoins (40%).

Le tableau 3 présente les données pour les différents groupes concernant les habitudes tabagiques au moment de l'entretien. L'image globale est comparable, le taux moyen de consommation étant supérieur à 50%. Ce sont les toxicomanes qui ont les taux les plus élevés (89% pour les hommes et 97% pour les femmes).

Le tableau 4 répertorie les sujets suivant l'âge au début de la consommation régulière de tabac (au moins une cigarette par jour durant un an). La moitié des sujets ont commencé à fumer entre 12 et 15 ans. Pour un quart des toxicomanes hommes et des

À la question «Buvez-vous de l'alcool au moins une fois par semaine?», 105 sujets ont répondu par l'affirmative, soit 46%. Le tableau 5 montre que les témoins hommes sont les plus grands consommateurs (60% de oui), suivis par les toxicomanes, les témoins femmes (35%). Contrairement à ce qui était attendu, les sujets témoins boivent plus d'alcool occasionnellement que les sujets toxicomanes. Il faut cependant relever que la consommation d'alcool est tolérée socialement et que le fait de boire une fois par semaine ne constitue en rien un «abus».

Le tableau 6 montre que 17% des sujets ont été reconnus dépendants de l'alcool à un moment ou à un autre de leur vie. La dépendance concerne avant tout les toxicomanes (38% des hommes et 27% des femmes). La présence d'une dépendance actuelle à l'alcool concerne huit sujets, (sept toxicomanes hommes, une toxicomane femme).

**Tableau 6: Dépendance à l'alcool en «life time»**

		Non		Actuel		Passé		Total N
		N	%	N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	45	61,6	7	9,6	21	28,8	73
	femmes	25	73,5	1	2,9	8	23,5	34
Témoins	hommes	48	98,0	0	0,0	1	2,0	49
	femmes	71	98,6	0	0,0	1	1,4	72
Total		189	82,9	8	3,5	31	13,6	228

Chi<sup>2</sup>=47.32 ; p<.001

**Tableau 7: Age au début de la dépendance à l'alcool**

		10 à 15 ans		15 à 18 ans		18 ans et +		Total N
		N	%	N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	15	53,6	11	39,3	2	7,1	28
	femmes	7	77,8	1	11,1	1	11,1	9
Témoins	hommes	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
	femmes	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Total		23	59,0	12	30,8	4	10,3	39

Chi<sup>2</sup>=12.19 ; NS

Le tableau 7 présente la répartition de l'âge au début de consommation des sujets dépendants à l'alcool. Sur les 39 personnes ayant été dépendantes à l'alcool au cours de leur vie, plus de la moitié ont ce diagnostic avant 15 ans, un tiers entre 15 et 18 ans. Seuls 10% remplissent le critère de dépendance à l'alcool après 18 ans.

### 3.3 Consommation de substances toxiques

**Tableau 8: Consommation de cannabis en «life time»**

		Non		Oui		Total N
		N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	0	0,0	73	100,0	73
	femmes	0	0,0	34	100,0	34
Témoins	hommes	28	57,1	21	42,9	49
	femmes	58	80,6	14	19,4	72
Total		86	37,7	142	62,3	228

Chi<sup>2</sup>= 128.91 ; p<.001

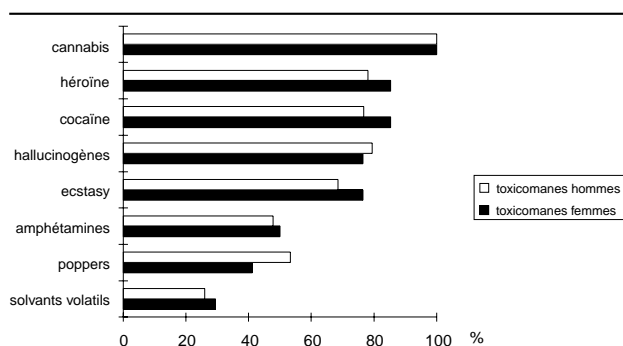
Le tableau 8 montre que plus de la moitié de la population (62%) a consommé du cannabis sous forme de haschich ou de marijuana. La totalité des toxicomanes hommes et femmes ont consommé du cannabis. La proportion de consommateurs est relativement élevée chez les hommes témoins (près de la moitié). Elle est moins importante chez les femmes témoins (moins du 20%).

**Tableau 9: Consommation de cannabis actuelle**

		Non		Moins de 10 x par an		Plus de 10 x par an		Total N
		N	%	N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	9	12,3	11	15,1	53	72,6	73
	femmes	9	26,5	4	11,8	21	61,8	34
Témoins	hommes	35	71,4	11	22,4	3	6,1	49
	femmes	62	86,1	6	8,3	4	5,6	72
Total		115	50,4	32	14,0	81	35,5	228

Chi<sup>2</sup>= 116.62 ; p<.001

Le tableau 9 nous fournit des précisions sur la consommation du cannabis au moment de l'entretien. Plus de 70% des sujets témoins ne consomment pas de haschich/marijuana alors que plus de 70% des sujets toxicomanes en consomment.



**Figure 1: Consommation de drogues**

Par ailleurs, il apparaît que certaines substances sont consommées plus ou moins souvent par les toxicomanes. Dans l'ordre d'importance on retrouve une proportion très élevée de consommation de cocaïne, d'héroïne, d'ecstasy et d'hallucinogènes (environ 3/4 des sujets toxicomanes hommes ou femmes). Les dérivés opiacés et les poppers sont consommés par la moitié des sujets environ. Enfin, les solvants volatils ne sont consommés que par un quart des sujets toxicomanes (voir Figure 1).

### 3.4 Abus et dépendance à des substances toxiques

Les tableaux suivants présentent des données relatives à l'abus et à la dépendance à des substances toxiques. La classification DSM-IV établit une distinction entre l'abus et la dépendance. L'abus est caractérisé par un mode d'utilisation inadéquat d'une substance mis en évidence par des conséquences indésirables, récurrentes et significatives, liées à cette utilisation répétée. La dépendance est caractérisée par un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs qui y sont liés. Il existe un mode d'utilisation répétée qui conduit en général à la tolérance et à un comportement de prise com-

pulsive. Le niveau de gravité est donc supérieur dans la dépendance, et en cas de présence des deux modes de consommation, la dépendance prend le pas sur celui de l'abus.

**Tableau 10: Abus de substance toxique en «lifetime»**

		Non		Oui		Total N
		N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	59	80,8	14	19,2	73
	femmes	27	79,4	7	20,6	34
Témoins	hommes	48	98,0	1	2,0	49
	femmes	70	97,2	2	2,8	72
Total		204	89,5	24	10,5	228

Chi<sup>2</sup>= 17.79 ; p<.005

Le tableau 10 montre que 10% des sujets ont un diagnostic d'abus d'une substance toxique au sens de la définition du DSM-IV. Cet abus en «life time» concerne 19% des toxicomanes hommes et 21% des toxicomanes femmes, ainsi que deux sujets témoins femmes.

**Tableau 11: Age au début de l'abus d'une substance**

		10 à 15 ans		15 à 18 ans		18 ans et +		Total
		N	%	N	%	N	%	N
Toxicomanes	hommes	4	28,6	8	57,1	2	14,3	14
	femmes	6	85,7	1	14,3	0	0,0	7
Témoins	hommes	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
	femmes	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2
Total		12	50,0	9	37,5	3	12,5	24

Chi<sup>2</sup> = 15,429 ; p < .05

Le tableau 11 fournit la répartition de l'âge au début de consommation des sujets abuseurs d'une substance toxique. Sur les 24 personnes concernées par un tel abus en «life time», la moitié remplit les critères de ce diagnostic avant 15 ans, un tiers entre 15 et 18 ans et seuls trois après 18 ans.

**Tableau 12: Dépendance à une substance toxique en «life time»**

		Non		Oui		Total
		N	%	N	%	N
Toxicomanes	hommes	5	6,8	68	93,2	73
	femmes	3	8,8	31	91,2	34
Témoins	hommes	47	95,9	2	4,1	49
	femmes	72	100,0	0	0,0	72
Total		127	55,7	101	44,3	228

Chi<sup>2</sup> = 190,27 ; p < .001

Le tableau 12 montre que 44% des sujets ont été dépendants d'une substance toxique au sens de la définition du DSM-IV à un moment ou à un autre de leur vie. De par sa définition même, la dépendance concerne avant tout les toxicomanes. On relève également la présence d'un diagnostic de dépendance en «life time» chez deux témoins hommes.

Le tableau 13 présente la répartition de l'âge au début de consommation des sujets dépendants à une substance. Sur les 101 personnes diagnostiquées

dépendantes à une substance toxique au cours de leur vie, 34% l'ont été avant 15 ans, 44% entre 15 et 18 ans et 22% après 18 ans.

Le tableau 14 montre que seuls les sujets toxicomanes ont été dépendants à des drogues multiples à un moment ou à un autre de leur vie, soit 56% des hommes et 65% des femmes.

Le tableau 15 présente la répartition de l'âge au début de dépendance des 64 personnes dépendantes de plusieurs substances en «life time». Un tiers d'entre elles sont devenues polytoxicomanes avant 15 ans, près de 50% entre 15 et 18 ans et 20% après 18 ans.

En ce qui concerne les sujets polytoxicomanes, la plupart d'entre eux (58%) ont été identifiés comme étant dépendants d'un mélange d'excitants (ecstasy, cocaïne), d'opiacés (méthadone, héroïne) et de haschich. Viennent ensuite 20% d'entre eux qui ajoutent des médicaments. Les 20% restants sont dépendants à différents types de mélanges, ajoutant aux substances citées ci-dessus soit les hallucinogènes (3%), soit l'alcool (8%), un mélange formé uniquement de haschich et d'alcool (6%), ou encore d'autres mélanges non définis (5%).

**Tableau 13: Age au début de la dépendance à une substance**

		10 à 15 ans		15 à 18 ans		18 ans et +		Total
		N	%	N	%	N	%	N
Toxicomanes	hommes	21	30,9	28	41,2	19	27,9	68
	femmes	12	38,7	15	48,4	4	12,9	31
Témoins	hommes	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2
Total		34	33,7	44	43,6	23	22,8	101

Chi<sup>2</sup> = 3,40 ; NS**Tableau 14: Dépendance des drogues multiples en «life time»**

		NON		PASSÉ		ACTUEL		Total
		N	%	N	%	N	%	N
Toxicomanes	hommes	32	43,8	34	46,6	7	9,6	73
	femmes	12	35,3	22	64,7	0	0,0	34
Témoins	hommes	49	100,0	0	0,0	0	0,0	49
	femmes	72	100,0	0	0,0	0	0,0	72
Total		165	72,4	56	24,6	7	3,1	228

Chi<sup>2</sup> = 108,73 ; p < .001**Tableau 15: Age au début de la polytoxicomanie**

		10 à 15 ans		15 à 18 ans		18 ans et +		Total
		N	%	N	%	N	%	N
Toxicomanes	hommes	11	26,8	21	51,2	9	22,0	41
	femmes	9	40,9	9	40,9	4	18,2	22
Total		20	31,7	30	47,6	13	20,6	63

Chi<sup>2</sup> = 1,31 ; NS

## 4. Discussion

La consommation de tabac est élevée dans l'ensemble de la population évaluée (plus de 50% des sujets fument quotidiennement au moment de l'entretien). Selon l'étude menée par Michaud et al. (1993) en Suisse romande (N=3324 garçons et filles âgés de 15 à 20 ans), 40% des adolescents fument plus ou moins régulièrement. Le fait que ce pourcentage soit légèrement supérieur dans la population de notre étude tient probablement au fait que les sujets sont plus âgés et qu'un tiers d'entre eux sont des toxicomanes dépendants.

En effet, des différences marquantes sont observées entre les groupes: si les toxicomanes ont pratiquement tous eu une consommation régulière de tabac à un moment ou à un autre de leur vie, une telle consommation concerne moins de 50% des personnes des autres groupes. Dans le même sens, les toxicomanes ont commencé leur consommation de tabac plus tôt que les sujets des autres groupes (pour un quart des hommes et près de la moitié des femmes, avant 12 ans). Il faut relever le cas particulier des femmes témoins qui ont toutes débuté leur consommation régulière de tabac avant 18 ans et ont pour un quart d'entre elles, commencé à fumer régulièrement avant l'âge de 12 ans.

Aucune explication spontanée ne permet de comprendre de tels chiffres: on peut se demander s'il s'agit d'une nouvelle tendance chez les adolescentes ou dans la population générale. A ce propos, il faut relever que les résultats de deux enquêtes effectuées parmi la population scolaire suisse en 1986 et 1994 (Le Gauffey, Efionay-Mäder, François et Schmidt, 1995), indiquent une progression de 8% en 1986 et de 15% en 1994 concernant la consommation de tabac. Toutes ces études mettent en évidence le fait que les filles ont davantage tendance à fumer que les garçons et qu'à l'âge de 15-16 ans, elles sont plus nombreuses que les garçons à le faire quotidiennement.

En ce qui concerne l'alcool, selon l'étude de Michaud et al. (1993), les habitudes de consommation se prennent au début de l'adolescence: 80% des garçons et 70% des filles âgés de 15 à 20 ans boivent de la bière; cette consommation se situe à 60% respectivement 70% pour le vin et les alcools forts. En revanche, la consommation régulière d'alcool ne touche que 3% des garçons et 1% des filles. Dans notre étude, les différences selon le sexe sont plus marquées: les hommes consomment plus facilement de l'alcool que les femmes (au moment de l'entretien, 61% des hommes témoins boivent régulièrement de l'alcool contre 35% des femmes témoins). Dans la population toxicomane, les pourcentages des sujets hommes et femmes consommant régulièrement de l'alcool sont simi-

lares (45%). En revanche, en ce qui concerne l'âge au début de la dépendance à l'alcool, les femmes toxicomanes sont plus précoces que les hommes (plus de 75% d'entre elles remplissent ce critère avant 15 ans contre moins de 50% des toxicomanes hommes).

L'évaluation de la consommation de substances toxiques en «life time» montre que les substances toxiques les plus souvent consommées par les toxicodépendants sont le cannabis (100%), l'héroïne, la cocaïne et l'ecstasy (environ deux tiers). En ce qui concerne les groupes témoins, seul le cannabis est consommé par plus de 10% d'entre eux en «life time», avec une différence marquée entre les hommes (43%) et les femmes (19%). Selon les résultats de l'étude des 15-20 ans (Michaud et al., 1993), le pourcentage de garçons qui ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie est significativement plus élevé: 50% chez les garçons, 37% chez les filles pour les 19 à 20 ans.

Les résultats de notre étude montrent que les autres substances sont consommées de manière marginale par les sujets témoins. Les données de l'étude de Michaud et al. (1993) montrent que l'usage occasionnel d'hallucinogènes est relativement important dans la population générale (en «life time», 5% des filles et 9% des garçons); en outre, 3% des garçons et 1% des filles disent avoir consommé au moins une fois de l'héroïne ou de la cocaïne.

L'abus et la dépendance à des substances toxiques concernent avant tout les toxicomanes puisqu'il s'agissait des critères à remplir pour faire partie de ce groupe. On peut relever que l'âge au début de consommation est très précoce et que le début d'abus semble précéder l'âge au début de dépendance à une substance et l'âge au début de dépendance à des substances multiples. On peut également relever, concernant l'abus et la dépendance à des substances toxiques, que plus de la moitié des sujets retenus comme toxicomanes ont été dépendants à plus d'une substance à la fois à un moment ou à un autre de leur histoire.

## 5. Conclusions

Concernant la consommation de différentes substances, il est important de relever que, dans notre échantillon de toxicomanes, tous avouent une consommation de tabac, et disent avoir commencé assez tôt, plus tôt en tous cas que les sujets des autres groupes. La consommation d'alcool est caractéristique de 30 à 40% des toxicomanes. Cette consommation d'alcool est précoce surtout chez les femmes toxicomanes. On a aussi constaté que les femmes toxicomanes ont commencé en général



plus tôt que les hommes la consommation de substances toxiques. Si l'on s'en tient à l'âge au début des différents types de consommation, près de la moitié des femmes toxicomanes qui fument ont commencé avant 12 ans (c'est le cas pour moins de 25% des hommes). Plus de 75% des femmes toxicomanes remplissant les critères de dépendance à l'alcool les remplissent avant 15 ans (c'est le cas de 40% des hommes). Plus de 85% des femmes toxicomanes remplissant les critères d'abus à une substance les remplissent entre 10 et 15 ans (c'est le cas pour moins de 30% des hommes toxicomanes). Enfin, plus de 40% des femmes polytoxicomanes le sont avant 15 ans (c'est le cas pour moins de 30% des hommes polytoxicomanes). Une activité préventive devrait prendre en compte la vulnérabilité spécifique des jeunes femmes qui deviennent toxicodépendantes.

Enfin, il importe de souligner l'extrême popularité d'une drogue comme le cannabis. C'est en effet la seule substance toxique qui est consommée par la totalité des sujets du groupe toxicomane. C'est également la drogue expérimentée le plus couramment tant dans le groupe des témoins (29% d'entre eux). Pourtant, alors que la majorité des polytoxicomanes nomment cette substance comme faisant partie du cocktail dont ils sont dépendants/abuseurs au moment de l'entretien, la plupart des sujets des autres groupes la consomment de façon récréative, c'est-à-dire occasionnellement.

## 6. Références

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. ESS. Données pas publiées de l'Enquête suisse sur la santé de 1992-1993.
3. Gmel G. Soziodemographien des Alkoholkonsums in der Schweiz. In: Gmel G & Schmidt H (Hrsg.). Alkoholkonsum in der Schweiz – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993. Hamburg: Dr. Kovac, 1996; 17-54.
4. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. Alcool, tabac et drogues illégales en Suisse de 1994 à 1996. Eds: R. Müller, M. Meyer, G. Gmel. Lausanne: SFA/ISPA, 1997.
5. Johnston LD. Chapter title: Toward a theory of drug epidemics. Book Citation: Persuasive communication and drug abuse prevention. Eds: Lewis Donohew, Howard E. Sypher, William J. Bukoski, pp. 93-131. Source: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Hillsdale, NJ, USA, 1991.
6. Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. Stages of progression in drug involvement from adoles-

- cence to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 1992; 53 (5), 447-57.
7. Le Gauffey Y, Efonay-Mäder D, François Y, Schmidt H. Les consommations d'alcool, de tabac et de drogues des écoliers de 11 à 16 ans. Lausanne: SFA/ISPA: 1995.
8. Michaud PA, Narring F, Paccaud F. Recherche sur la santé et les styles de vie des adolescents romands de 15 à 20 ans. Rapport final. 1992. Cahiers de recherches et documentation IUMSP, 1993, 101.
9. OMS – Organisation Mondiale de la Santé. (1994). Enquête auprès des écoliers.
10. Pascale PJ, Evans WJ. Gender differences and similarities in patterns of drug use and attitudes of high school students. *Journal of Drug Education*, 1993; 23 (1), 105-16.
11. Plant ML, Plant MA, Foster J. Alcohol, tobacco and illicit drug use amongst nurses: A Scottish study. *Drug & Alcohol Dependence*, 1991; 28 (2), 195-202.
12. Robins LN, Mc Evoy L. Conduct problems as predictors of substance abuse. In L.N. Robins & M. Rutter (Eds.); *Straight and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 182-204). Cambridge, England: Cambridge University Press, 1990.
13. Sheehan D, Janava J, Knapp E, Lecrubier Y, Weiler E. M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview). Unpublished manuscript, 1992.

Adresse pour correspondance:  
 Monique Bolognini, PhD  
 SUPEA  
 Unité de Recherche  
 Bugnon 25A  
 CH-1005 Lausanne  
 E-mail: mbologni@inst.hospvd.ch

# Événements de vie et dépendance chez l'adolescent et le jeune adulte\*

**Bernard Plancherel, Monique Bolognini, Jacques Laget, Olivier Halfon**, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA), Lausanne

**Philippe Jeammet, Maurice Corcos, Martine Flament**, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Lausanne

## Résumé

Dans le cadre d'une étude visant à comparer des populations de sujets avec troubles des conduites alimentaires, des toxicomanes et un groupe de sujets-témoins appariés selon l'âge, le sexe et le statut socio-économique, on s'est intéressé au rôle des événements existentiels dans la naissance de ces troubles. Une liste d'événements a été utilisée (Doublet, Quemada, Samuel-Lajeunesse et Guelfi, 1988), recouvrant à la fois des événements négatifs et des événements positifs. Une présentation descriptive des fréquences des événements investigués est suivie d'une comparaison des groupes en ne tenant compte que des événements négatifs ayant précédé les troubles, les événements négatifs ayant été regroupés en quatre domaines: les problèmes de séparation, les problèmes dans la famille, la maltraitance et le décès de proches. Seul le groupe des toxicomanes, et particulièrement celui des femmes toxicomanes mentionnent un plus grand nombre d'événements négatifs, dans les domaines de la séparation et des problèmes familiaux, contrairement aux sujets présentant des troubles des conduites alimentaires, qui mentionnent souvent moins d'événements existentiels que les femmes du groupe-contrôle, surtout chez les anorexiques.

## 1. Introduction

Malgré la complexité reconnue de la recherche sur les liens entre événements existentiels et santé, il ne fait pas de doute que les événements dramatiques vécus par les enfants ou les adolescents peuvent jouer un rôle important dans la naissance des troubles des conduites alimentaires ou de la toxicomanie. De nombreuses recherches ont pu montrer un lien entre événements de perte (décès, séparation, échec) ou événements aversifs (violence, abus sexuel) et troubles des conduites alimentaires ainsi que toxicomanie, ceci d'autant plus que ces troubles sont associés à la dépression, qui est la réponse habituelle au stress existentiel. Les mécanismes selon lesquels l'effet des événements existentiels influe sur la santé physique ou psychique sont par contre encore peu connus. La difficulté vient avant tout du fait que les événements existentiels sont en nombre limité et qu'il est difficile d'obtenir un score général de stress valable pour tous les sujets. D'autre part, si l'on peut dans une recherche spécialisée, se centrer sur un seul type d'événement, il est plus difficile, si l'on veut étudier la naissance d'un trouble, de faire abstraction de la présence de plusieurs événements, et dans ce cas, de ne pas tenir compte du moment où ces événements ont eu lieu, de la relation qu'ils ont pu avoir entre eux.

La relation entre événements de vie et toxicomanie a fait l'objet de différentes recherches: Rounsaville, Weissman, Wilber et Kleber (1982) ont mis en évidence le rôle des événements graves tels que l'abus et les traumatismes. Rhoads (1983) a montré que l'incidence des événements était plus marquée chez les femmes que chez les hommes; l'importance du rôle des événements négatifs a également été observée chez des adolescents de la population générale (Bruns et Geist, 1984; Newcomb et Harlow, 1986), ainsi que dans une cohorte d'adolescents toxicomanes comparée à des sujets-témoins. Enfin, plusieurs auteurs ont observé que les événements de vie négatifs avaient une incidence sur la toxicomanie, mais aussi sur les tentatives de suicide (Brent, Perper, Moritz et Baugher et al., 1993; Dinges et Duong-Tran, 1992; Schiff et Cavaola, 1993).

Concernant les troubles des conduites alimentaires, les travaux de recherche sont moins nombreux. Des événements graves tels que l'abus sexuel ont été rapportés avec une plus grande fréquence par des sujets boulimiques, comparés à un groupe-témoin

## Key Words

Life Events  
Addiction  
Eating Disorders  
Drug Abuse  
Gender

\* Ce projet a été soutenu par les contrats de recherche n° 8053 et 8062 de l'Office fédéral de la santé publique (collaboration du SUPEA avec l'INSERM: réf. 49 401.3).

(Beckman et Burns, 1990). Mynors-Wallis, Treasure et Chee (1992) ont montré que les sujets anorexiques plus âgés rapportaient plus d'événements de vie. Le dysfonctionnement familial a été identifié comme une des causes importantes de l'anorexie (Horesh, Apter, Ishai, Danziger, Miculincer, Stein, Lepkifker et Minouni, 1996) et de la boulimie (Welch, Doll et Fairburn, 1997). Certains auteurs n'ont cependant pas trouvé de lien entre événements de vie et troubles alimentaires, tels Gowers, North, Byram et Weaver (1996).

A partir de ces diverses observations, la présente étude a pour objectif de comparer la fréquence des différents événements dans les groupes (toxicomanes, troubles des conduites alimentaires, groupes-témoins). Les hypothèses sont les suivantes: les sujets cliniques rapportent plus d'événements négatifs et les événements varient selon le sexe.

## 2. Déroulement de l'étude/méthode

### 2.1 Population

Les critères retenus pour inclure la population clinique sont ceux de la classification DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). A partir des données recueillies lors de l'entretien, les sujets ont été classés dans la catégorie diagnostique correspondante: toxicomanie, anorexie, boulimie et hyperphagie boulimique. Les sujets ont été recrutés dans différentes institutions représentant la diversité des lieux de prise en charge des toxicomanes et des jeunes présentant des troubles des conduites alimentaires.

La population a été désignée comme population-témoin dans la mesure où les réponses concernant les diagnostics de toxicomanie ou de troubles des conduites alimentaires étaient négatives. Elle a été recrutée en tenant compte des critères de l'âge, du sexe et de la formation, de manière à la rendre comparable à la population clinique.

Au total, 308 sujets âgés de 14 à 25 ans (âge moyen = 20.4 ans) ont été inclus dans la recherche. Comme le montre le tableau 1, le nombre des sujets atteints de troubles des conduites alimentaires est réparti de manière équivalente entre boulimie et anorexie. Les toxicomanes sont pour deux tiers des hommes et pour un tiers des femmes. L'effectif de

la population-témoin tient compte de la différence du sex ratio.

La répartition de la population selon l'âge et le sexe est équilibrée. Le nombre élevé de femmes par rapport aux hommes est dû à la présence exclusive de femmes dans le groupe des troubles des conduites alimentaires.

### 2.2 Méthode

Afin de réaliser l'étude, des contacts ont été établis avec différentes institutions et divers professionnels responsables de la prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes présentant des problèmes de toxicomanie ou des troubles des conduites alimentaires. Un premier contact était pris par téléphone de manière à fixer un premier rendez-vous. Le jeune recevait un dépliant donnant des renseignements détaillés sur la recherche, document qui était retourné à l'Unité de recherche avec l'accord signé du jeune. L'entretien se déroulait soit à l'Unité, soit dans l'institution de prise en charge, soit au domicile du jeune, selon sa convenance.

Le premier rendez-vous était consacré à l'entretien semi-structuré permettant de confirmer le diagnostic. La deuxième rencontre permettait de répondre aux auto-questionnaires. Dans certains cas, un troisième entretien a été nécessaire. Un dédommagement de Fr. 50.- était versé au sujet à la fin de la passation et les frais de transport étaient remboursés lorsque le jeune se déplaçait à l'Unité de recherche.

Le principal instrument d'évaluation permettant d'identifier la comorbidité est le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) (Sheehan, Janavs, Knapp, Lecrubier et Weiler, 1992), qui se réfère à la classification internationale DSM-IV. Il permet de poser les diagnostics relatifs à la dépression, la dysthymie, la manie, la phobie sociale, l'anxiété généralisée, l'angoisse de séparation, aux troubles obsessionnels et au stress post-traumatique. Il permet également de confirmer les critères d'inclusion pour la toxicomanie (dépendance et abus), l'anorexie et la boulimie. Le protocole d'entretien semi-standardisé a été traduit et validé en français par Sheehan et al. (1992). Un auto-questionnaire a également été rempli par chaque participant à la recherche. Il comprend notamment une liste d'événements existentiels (Doublet et al. 1988).

### 2.3 Analyse des données

Les données relatives aux événements existentiels seront présentées tout d'abord de manière descriptive. Après avoir comparé les événements selon

**Tableau 1: Population**

Diagnostic	Hommes	Femmes	Total
Anorexie	-	41	41
Boulimie	-	39	39
Toxicomanie	73	34	107
Témoins	49	72	121
Total	122	186	308

leur fréquence d'occurrence, on comparera les groupes en fonction des événements «life time». N'ont été retenus que les événements négatifs. Les événements seront ensuite considérés en fonction de leur moment d'occurrence, avant l'apparition du trouble de la dépendance. D'un point de vue étiologique, on peut en effet penser que nombre d'événements qui ont été mentionnés par les sujets sont liés directement à leur situation personnelle de santé, et ne peuvent être pris en compte pour expliquer le trouble. Seuls les neuf événements les plus importants seront considérés: séparation d'avec les parents; divorce ou séparation des parents; placement de plus d'un an ou adoption; maladie grave d'un membre de la famille; tentative de suicide d'un membre de la famille; mort du père ou de la mère; décès d'un(e) ami(e); décès du partenaire; viol. A ces neuf événements s'ajoutent les événements mentionnés dans la question ouverte «Autre événement»: opération ou maladie grave du sujet lui-même; abus ou violences subis par le sujet; drame dans la famille (ex: assassinat d'un conjoint). Les douze événements cités peuvent ensuite être réduits à quatre domaines souvent interconnectés:

- ceux qui ont trait à un problème de séparation: séparation des parents entre eux, séparation d'avec les parents, adoption
- ceux qui ont trait à des mauvais traitements
- ceux qui ont trait à la mort dans la famille ou dans l'entourage (ami / partenaire)
- ceux qui ont trait à des drames familiaux autres que la mort.

Afin de comparer les quatre groupes cliniques avec les deux groupes-témoins, il est nécessaire d'ajuster dans ces derniers un âge proche de celui des sujets au début de leur trouble. On a choisi pour cela la moyenne d'âge au début de la toxicomanie et des troubles des conduites alimentaires, qui est de 15 ans et demi. Comme la distribution autour de ces moyennes est assez symétrique, et que les pourcentages ont été constitués en ajustant les pourcentages pour l'âge et le sexe avec les groupes cliniques, la comparaison ne sera pas plus biaisée (et peut-être même moins) qu'en appariant chaque sujet clinique à un sujet-témoin, et en prenant pour ce dernier l'âge au début du trouble de son jumeau statistique.

### 3. Résultats

#### 3.1 Fréquence d'occurrence

Parmi les événements investigués, seuls les événements négatifs ont été retenus. Les fréquences d'occurrence sont très variables, comme le montre la figure 1.

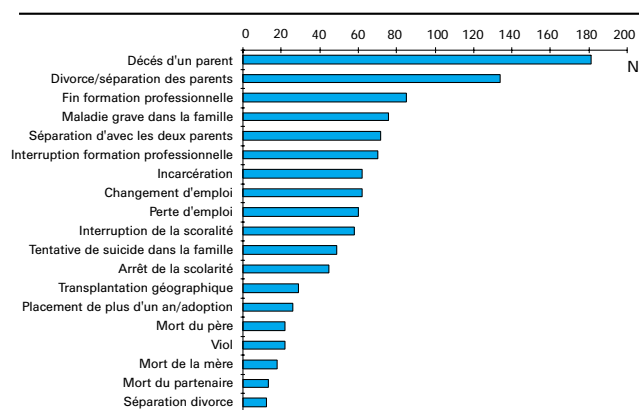


Fig. 1: Fréquence des événements vécus en «life time»

#### 3.2 Comparaison des groupes sur les événements «life time»

Concernant les différences entre les groupes, les résultats les plus marquants sont les suivants:

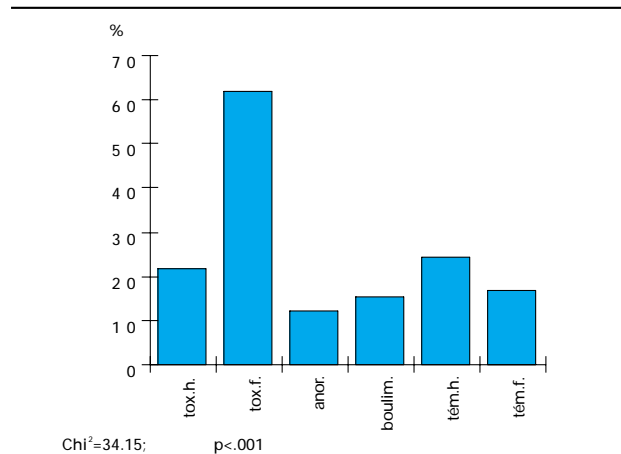


Fig. 2: Séparation de plus d'un an d'avec les parents

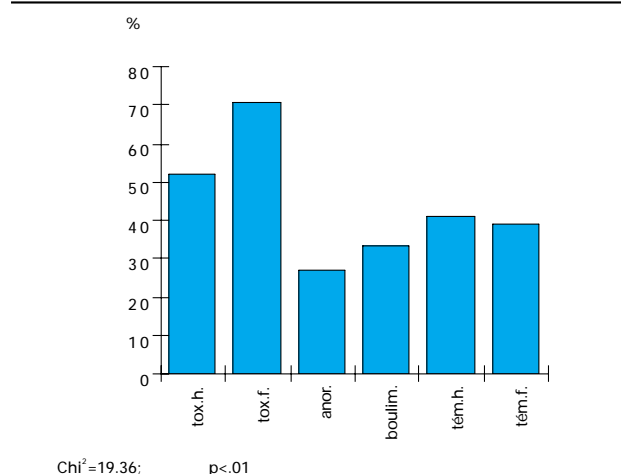
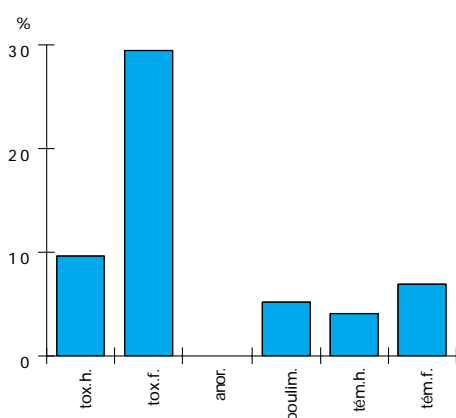


Fig. 3: Divorce ou séparation des parents

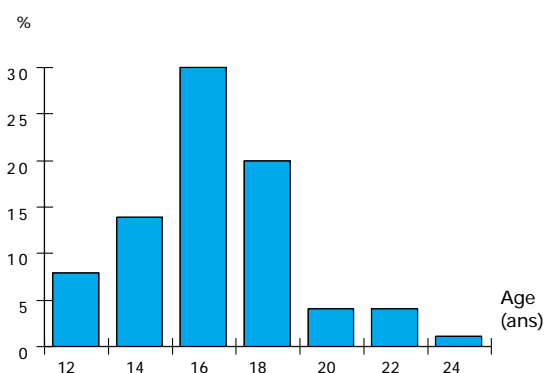
Les femmes toxicomanes mentionnent le plus souvent une séparation de plus d'un an d'avec les parents, alors que les anorexiques mentionnent ce fait le moins souvent (fig. 2). Les toxicomanes mentionnent le plus souvent le divorce ou la séparation des parents (fig. 3).

Les femmes toxicomanes mentionnent le plus souvent un placement ou une adoption, les anorexiques ne connaissant pas cet événement (fig. 4).

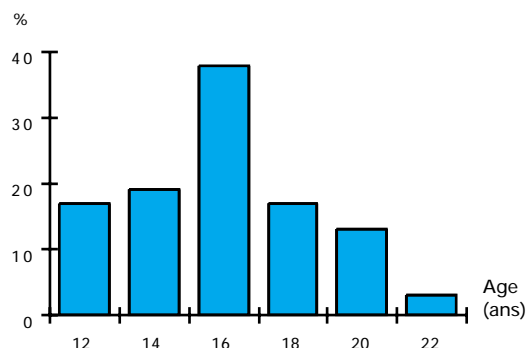


**Fig.4: Placement ou adoption**

L'arrêt de la scolarité concerne les toxicomanes et les boulimiques avant tout ( $\text{Chi}^2=15.49$ ;  $p<.01$ ); l'interruption de la formation professionnelle différencie groupe clinique et groupe-témoin ( $\text{Chi}^2=42.84$ ;  $p<.001$ ); la perte d'emploi ( $\text{Chi}^2=36.31$ ;  $p<.001$ ) et l'incarcération ( $\text{Chi}^2=119.88$ ;  $p<.001$ ) concernent surtout les toxicomanes; les femmes toxicomanes mentionnent le plus souvent une maladie grave ou une tentative de suicide dans la famille ( $\text{Chi}^2=10.65$ ;  $p<.10$ ); enfin, la mort du père ( $\text{Chi}^2=12.31$ ;  $p<.05$ ), ainsi que le viol ( $\text{Chi}^2=13.66$ ;  $p<.05$ ), bien que rares,



**Fig. 5: Troubles des conduites alimentaires: âge au début de la dépendance**



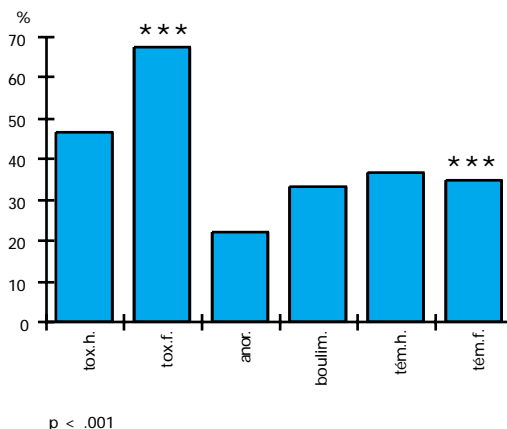
**Fig. 6: Toxicomanie: âge au début de la dépendance**

sont rapportés plus fréquemment par les toxicomanes et les boulimiques.

### 3.3 Evénements qui précèdent le trouble ou qui lui sont synchrones

Les figures 5 et 6 présentent la distribution des sujets selon l'âge au début de la dépendance. La moyenne d'âge, 15 ans et demi, n'est pas différente entre les deux types de troubles.

L'occurrence des troubles peut se situer avant ou après le début de la dépendance: les problèmes familiaux (séparation d'avec les parents, divorce des parents) ainsi que les traumatismes comme le viol, les tentatives de suicide dans la famille, ou certains événements comme l'adoption ou le placement, précèdent la naissance des troubles addictifs. Par contre, l'arrêt de la scolarité ou de la formation professionnelle, l'incarcération, suivent en général le début des troubles. La mort de la mère (qui concerne peu de sujets), se situe en général assez près du début des troubles. Les tentatives de suicide sont en moyenne postérieures à la naissance des troubles.

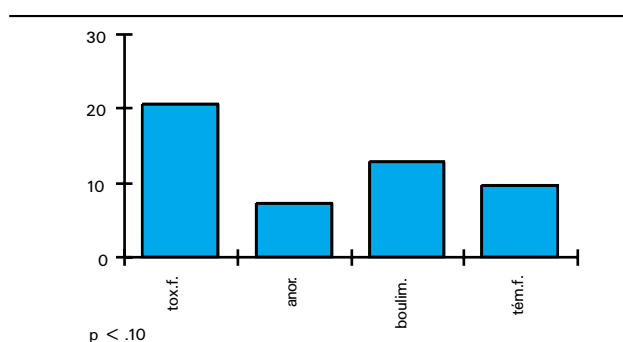


$p < .001$

**Fig.7: Séparation**

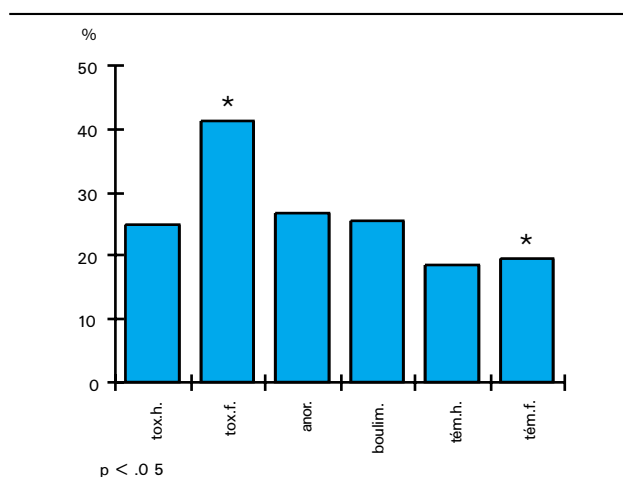
Quant aux problèmes de séparation, on constate que cela concerne avant tout les toxicomanes et surtout les femmes toxicomanes [ $p < .001$ ] (fig. 7).

Concernant la maltraitance (fig. 8), ce sont aussi les femmes toxicomanes, puis les boulimiques, qui ont le pourcentage le plus élevé. Chez les anorexiques, le pourcentage est moins élevé que chez les toxicomanes sur cette variable.



**Fig. 8: Abus, viol**

Concernant des problèmes graves dans la famille (fig. 9), ce sont aussi les femmes toxicomanes qui ont le plus haut pourcentage. [ $p < .018$ ]

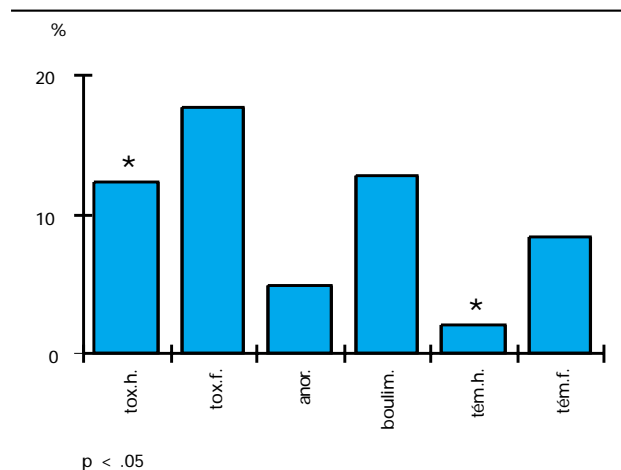


**Fig. 9: Problèmes familiaux graves**

Enfin, en ce qui concerne les problèmes liés au décès de parents proches (fig. 10), on constate qu'ils touchent avant tout les toxicomanes (hommes toxicomanes,  $p < .04$ ) et les boulimiques, et le moins souvent les témoins hommes et les anorexiques.

#### 4. Discussion

Les résultats observés concernent les événements de vie, selon que ces derniers sont considérés en «life time» ou qu'ils sont pris en compte en relation



**Fig.10: Décès du père ou de la mère**

avec le moment d'apparition des troubles de dépendance. Dans le premier cas, ce qui se manifeste avant tout, c'est la plus grande fréquence et gravité des événements vécus par les toxicomanes, particulièrement les toxicomanes femmes, alors que les anorexiques mentionnent le moins souvent des événements importants. Parmi les événements caractéristiques vécus par les toxicomanes, on peut citer: séparation de plus d'un an d'avec les parents, placement et adoption, maladie grave ou tentative de suicide dans la famille. Le viol est caractéristique à la fois des boulimiques et des toxicomanes femmes. Des événements comme l'arrêt de la formation professionnelle ou de la scolarité, l'incarcération, sont des événements qui découlent temporellement de la toxicomanie, ou lui sont contemporains.

Si l'on ne prend en compte que les événements qui ont précédé la naissance des troubles de dépendance, on constate que les toxicomanes ont vécu le plus souvent des problèmes de séparation, alors que les sujets atteints de troubles des conduites alimentaires en ont vécu le moins souvent. Le viol est caractéristique des événements qui ont précédé la naissance d'un trouble de dépendance, à la fois pour les boulimiques et les toxicomanes femmes. Mis à part le viol dans le cas des boulimiques, les événements existentiels semblent ne pas jouer un grand rôle dans la naissance des troubles des conduites alimentaires. Par contre, chez les toxicomanes, les problèmes de séparation sont plus fréquents, particulièrement chez les femmes.

Ce qui semble le plus marquant dans ces résultats, c'est l'absence d'un rôle important joué par les événements existentiels dans le développement des troubles des conduites alimentaires, spécialement dans l'anorexie, alors que ce rôle semble beaucoup plus important chez les toxicomanes, et particulièrement chez les toxicomanes femmes.

Concernant les troubles des conduites alimentaires, on pourrait croire que ces résultats sont en contradiction avec ceux trouvés par d'autres auteurs comme Horesh, Apter, Ishai, Danziger, Miculincer, Stein, Lepkifker et Minouni (1996), Horesh, Apter, Lipkifker, Ratzoni, Weizmann, Tyano (1995), qui affirment qu'il y a plus d'événements existentiels mentionnés par les anorexiques que par les sujets d'un groupe-contrôle. Cependant, si l'on examine ces résultats d'un peu plus près, on se rend compte que la grille d'événements utilisée par les auteurs est assez différente de celle utilisée dans notre recherche. En effet, dans une des recherches, il s'agit des neuf catégories de l'axe 5 de la CIM-10, et, dans ce cas, beaucoup de catégories ne sont pas des événements existentiels au sens où on l'entend d'habitude, à savoir un événement circonscrit dans le temps. Il s'agit plutôt de problèmes chroniques, dont la nature est même parfois intrapsychique, comme, par exemple, la perte de l'estime de soi, plus souvent considérée comme un effet du stress causé par les événements existentiels. Pour les auteurs, le résultat le plus marquant est l'importance, dans le cas de troubles des conduites alimentaires, de la pression psychologique exercée par les parents ou l'institution scolaire sur les sujets. Il s'agit d'une pression inappropriée pour l'âge, le sexe et les capacités des sujets. Ceux-ci se sentent engagés par leurs parents dans des activités qui reflètent l'ambition de ces derniers (Horesh et al., 1995). Dans la recherche citée de Horesh et al. (1996), les événements sont étudiés dans une perspective plus proche de la nôtre. Mais dans ce cas également, les seuls événements qui distinguent le groupe des sujets avec troubles des conduites alimentaires et les sujets du groupe-contrôle, concernent les mauvaises expériences avec les parents et avec d'autres membres de la famille. Nos résultats concordent également avec ceux de Mynors-Wallis et al. (1992) qui ont trouvé que les événements existentiels jouaient un rôle surtout chez les sujets dont la naissance du trouble était tardive, et un rôle quasi inexistant chez les sujets dont la naissance du trouble avait lieu avant 18 ans, comme c'est le cas pour les sujets de notre étude.

Concernant les toxicomanes, nos résultats sont congruents avec ceux trouvés par les auteurs qui se sont penchés depuis une vingtaine d'années sur les relations entre toxicomanie et événements existentiels. En 1977 déjà, Duncan avait montré que les adolescents dépendants avaient vécu plus d'événements existentiels que les sujets-témoins (Duncan, 1977). Headlam, Goldsmith, Hanenson et Rauh (1979) ont mis en évidence que sur un groupe de 235 adolescents, 63% avaient vécu des problèmes familiaux, 33% mentionnaient une perte récente ou une mort, et 21% avaient des parents alcooliques. Les mécanismes invoqués pour rendre compte de l'influence du stress sur la toxicomanie sont cepen-

dant différents de ceux qui rendraient compte des troubles des conduites alimentaires. Pour ces derniers, on pense que le stress conduit à une dérégulation des systèmes qui gèrent le comportement alimentaire et la faim, à une perte de motivation du manger (Heilbrun et Worobow, 1990), ou à une perturbation de l'image de soi (Allgood-Merten, Lewinsohn et Hops, 1990). Par contre, dans le cas de la toxicomanie, on considère la consommation de substances comme une forme de coping permettant aux sujets de gérer les effets du stress causé par les événements existentiels, surtout ceux qui sont incontrôlables. Selon Newcomb et Harlow (1986), ces effets consisteraient en un sentiment de perte de contrôle, de perte du sens ou d'une direction dans la vie, typique de l'expérience dépressive. Certains auteurs comme Bruns et al. (1984) pensent même que cet usage de substances pour contrer le stress chez les adolescents, ne serait pas un comportement déviant en soi, mais serait la norme à cet âge.

On peut donc dire que troubles des conduites alimentaires et toxicomanies se distinguent à la fois quant aux facteurs de stress qui jouent un rôle dans la naissance du trouble, mais aussi quant aux mécanismes reliant le facteur de stress au trouble. Pour terminer, il faut souligner, comme le font aussi tous les auteurs que nous venons de mentionner, que l'étude des événements existentiels reste un domaine encore très discuté. On met en général en évidence les problèmes de biais de mémoire dans les études rétrospectives, mais aussi le problème de la contamination ou de recherche du sens, à savoir le fait que les sujets manifestant un trouble cherchent à l'expliquer par le recours à des événements pouvant le justifier. Goodyer (1994) pense aussi qu'une liste d'événements n'est pas assez informative et qu'il faut passer par une interview allant dans le détail, pour mettre en évidence les événements existentiels importants, ainsi que les mécanismes qui les relient aux troubles subséquents. Malgré ces critiques, les nombreux résultats obtenus dans les recherches sur les événements existentiels, à partir de méthodologies différentes, aboutissent à des conclusions assez semblables, à savoir que les événements existentiels jouent un rôle dans la naissance des troubles, mais qu'ils ne sont pas le seul facteur en jeu.

## 5. Références bibliographiques

1. Allgood-Merten B, Lewinson PM, Hops H. Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 99(1), 55-66, 1990.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Washington DC, 1994.
3. Beckman KA, Burns GL. Relation of sexual

- abuse and bulimia in college women. *International Journal of Eating Disorders*, Vol 9(5), 487–92, 1990.
4. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M et al. Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. Vol 23(3), 179–87, 1993.
  5. Bruns C, Geist CS. Stressful life events and drug use among adolescents. *Journal of Human Stress*, Vol 10(3), 135–9, 1984.
  6. Dinges NG, Duong-Tran Q. Stressful life events and co-occurring depression, substance abuse and suicidality among American Indian and Alaska Native adolescents. *Culture, Medicine & Psychiatry*, Vol 16(4), 487–502, 1992.
  7. Doublet S, Quemada N, Samuel-Lajeunesse B, Guelfi JD. Auto-questionnaire anamnestique dérivé de l'AMDP. CMME, 1988.
  8. Duncan DF. Life stress as a precursor to adolescent drug dependence. *International Journal of the Addictions*, Vol 12(8), 1047–56, 1977.
  9. Goodyer I. Les événements existentiels dans l'enfance et l'adolescence. In: *Préadolescence: théorie, recherche et clinique*. Sous la direction de M. Bolognini, B. Plancherel, R. Núñez et W. Bettschart (eds). Collection «La vie de l'enfant», ESF, Paris, 1994.
  10. Gowers SG, North CD, Byram V, Weaver AB. Life event precipitants of adolescent anorexia nervosa. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, Vol 37(4), 469–77, 1996.
  11. Headlam HK, Goldsmith J, Haneson IB, Rauh JL. Demographic characteristics of adolescents with self-poisoning. A survey of 235 instances in Cincinnati, Ohio. *Clinical Pediatrics*, 18(3):147, 151, 154, 1979.
  12. Heilbrun AB, Worobow AL. Attention and disordered eating behavior: II. Disattention to turbulent inner sensations as a risk factor in the development of anorexia nervosa. *Psychological Reports*, Vol 66(2), 467–78, 1990.
  13. Horesh N, Apter A, Ishai J, Danziger Y, Miculincer M, Stein D, Lepkifker E, Minouni M. Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(7):921–7, 1996.
  14. Horesh N, Apter A, Lepkifker E, Ratzoni G, Weizmann R, Tyano S. Life events and severe anorexia nervosa in adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(1):5–9, 1995.
  15. Kosten TR, Rounsaville BJ. Psychopathology in opioid addicts. *Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 515–32, 1986.
  16. Mynors-Wallis L, Treasure J, Chee D. Life events and anorexia nervosa: Differences between early and late onset cases. *Journal of Eating Disorders*, Vol 11(4), 369–75, 1992.
  17. Newcomb MD, Harlow LL. Life events and substance use among adolescents: mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life. *Journal of Personality & Social Psychology*, 51(3):564–7, 1986.
  18. Rhoads DL. A longitudinal study of life stress and social support among drug users. *International Journal of the Addictions*, 18(2), 195–222, 1983.
  19. Rounsaville BJ, Weissman MM, Wilber CH, Kleber HD. Pathways to opiate addiction: an evaluation of differing antecedents. *British Journal of Psychiatry*, 141:437–46, 1982.
  20. Schiff M, Cavaola AA. Child abuse, adolescent substance abuse, and «deadly violence.» *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, Vol 2(3–4), 131–41, 1993.
  21. Sheehan D, Janavs J, Knapp E, Lecrubier Y, Weiler E. MINI. (Mini International Neuropsychiatric Interview). Unpublished manuscript, 1992.
  22. Welch SL, Doll HA, Fairburn CG. Life events and the onset of bulimia nervosa: a controlled study. *Psychological Medicine*, Vol 27(3), 1997.

Adresse pour correspondance:  
 Bernard Plancherel, PhD  
 SUPEA  
 Unité de recherche  
 Bugnon 25 A  
 CH-1005 Lausanne  
 E-mail: bplanche@inst.hospvd.ch



# Troubles psychiques et dépendance: quelle relation?\*

**Monique Bolognini, Bernard Plancherel, Jacques Laget, Olivier Halfon**, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA), Lausanne

**Philippe Jeammet, Maurice Corcos, Martine Flament**, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Lausanne

## Résumé

Les conduites de dépendance, à savoir toxicomanie et troubles des conduites alimentaires, sont souvent associées à d'autres troubles psychiques. Dans une perspective de prévention et de prise en charge, il importe de mieux comprendre le processus séquentiel de ces troubles. La présente recherche vise précisément cet objectif. 308 adolescents et jeunes adultes âgés de 14 à 25 ans (âge moyen = 20.4 ans), sujets cliniques et sujets témoins, ont fait l'objet d'une évaluation transversale par le biais d'un entretien semi-structuré, portant sur les différentes sphères de la santé psychique (critères DSM-IV). Les résultats montrent que les troubles associés les plus fréquemment sont les troubles dépressifs, suivis de l'angoisse de séparation. Dans une large proportion, ces troubles apparaissent avant (ou simultanément avec) la conduite de dépendance.

## 1. Introduction

De nombreux travaux ont mis en évidence la relation entre les troubles de dépendance (toxicomanie et troubles des conduites alimentaires) et les troubles psychiatriques. Il est difficile de distinguer si c'est l'usage de la drogue ou les troubles des conduites alimentaires qui précèdent les troubles psychiatriques, ou, à l'inverse, si ce sont les troubles psychiques qui favorisent la conduite toxicomaniaque ou les troubles des conduites alimentaires. Néanmoins, une fois coexistants, on observe que l'usage de toxiques ou les troubles des conduites alimentaires et les troubles psychiatriques vont influencer réciproquement leurs manifestations et leurs évolutions.

Un certain nombre de travaux montrent une forte association entre usage de toxiques et troubles psychiatriques. Dans l'étude d'Achenbach et d'Edelbrock (1984), 59% des filles et 44% des garçons de 16 ans adressés à une clinique psychiatrique consommaient de l'alcool ou de la drogue, contre 10% d'un groupe contrôle de la population générale du même âge. Dans un groupe de 57 adolescents hospitalisés pour abus de drogue, Demilio (1989) a retrouvé 35% de dépressions majeures et 11% de dysthymies, 14% de troubles de l'attention, 7% de phobies et 16% de troubles de la personnalité. Plusieurs recherches ont montré la coexistence d'abus de drogue et de dépression (Rounsaville, Kosten et Kleber, 1986 ; Kosten et Rounsaville, 1986 ; Weissman, Gammon, John, Merikangas, Warner, Prusoff et Sholomskas, 1987). Dans l'étude de Levy et Deykin (1989), l'abus de drogue et d'alcool précédait le plus souvent l'épisode dépressif. Selon Demilio (1989), la symptomatologie dépressive avait débuté avant l'abus de drogue dans la moitié des cas environ, ce que confirment les recherches qui identifient la symptomatologie dépressive comme un facteur de risque du début de l'usage de drogue (Hovens, Cantwell et Kiriakos, 1994 ; Bukstein, Brent, et Kamner, 1989 ; Bukstein, Glancy et Kamner, 1992). D'autres recherches ont par ailleurs montré que les enfants de parents dépressifs avaient un risque accru de devenir toxicomanes (Schuckit, 1983 ; Winokur, 1979).

Plusieurs études effectuées dans les populations adultes cliniques décrivent par ailleurs un taux important de troubles anxieux (agoraphobie, phobie) parmi les toxicomanes (Kushner, Sher et Beitman, 1990). Clark et Jacob (1992) observent que la moitié des toxicomanes ont un diagnostic de troubles

## Key Words

Mental Health  
Adolescence  
Drug Abuse  
Anorexia  
Bulimia  
Comorbidity

\* Ce projet a été soutenu par les contrats de recherche n° 8053 et 8062 de l'Office fédéral de la santé publique (Collaboration du SUPEA avec l'INSERM: réf. 49 401.3).

anxieux sur une période «life time», incluant 25% de sujets avec un stress post-traumatique. Les données de la recherche ECA (Epidemiology Catchment Area, Helzer, Burnam et Mc Evoy, 1991) mentionnent une prévalence de 23,7% de toxicomanie chez les sujets qui ont un diagnostic de troubles anxieux.

En ce qui concerne les troubles des conduites alimentaires, on observe qu'ils sont très souvent associés à des tableaux dépressifs. La prévalence d'épisode dépressif majeur varie selon les études de 11% (Hatsukami, Eckert, Mitchell et Pyle, 1984) à 66% (Fornari, Kaplan, Sandberg et Matthews, 1992), avec des taux plus élevés chez les boulimiques que chez les anorexiques (Keller, 1989). Par ailleurs, des marqueurs biologiques de la dépression ont été identifiés chez des sujets avec des troubles des conduites alimentaires (Herpertz-Dahlmann et Remschmidt, 1990); des troubles anxieux (phobie sociale et troubles obsessionnels compulsifs) sont retrouvés chez deux tiers des patients anorexiques (Halmi, Eckert, Marchi, Sampugnaro, Apple et Cohen, 1991). Enfin, les sujets avec des troubles des conduites alimentaires présentent fréquemment des traits de personnalité compulsive, et parfois une personnalité obsessionnelle (Herzog, Keller, Saks, Yeh et Lavori, 1992).

L'évaluation portant sur une population dépendante comparée à une population témoin, vise à analyser la relation entre dépendance et troubles psychiques, afin d'évaluer dans quelle mesure les troubles sont à l'origine de la conduite de dépendance, ou la précèdent, et dans quelle mesure la dépendance peut entraîner des troubles psychiques.

## 2. Déroulement de l'étude/méthode

### 2.1 Population

Les critères retenus pour inclure la population clinique sont ceux de la classification DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). A partir des données recueillies lors de l'entretien, les sujets ont été classés dans la catégorie diagnostique correspondante: toxicomanie, anorexie, boulimie et hyperphagie boulimique. Les sujets ont été recrutés dans différentes institutions représentant la diversité des lieux de prise en charge des toxicomanes et des jeunes avec des troubles des conduites alimentaires.

La population a été désignée comme population témoin dans la mesure où les réponses concernant les diagnostics de toxicomanie ou troubles des conduites alimentaires étaient négatives. Elle a été recrutée en tenant compte des critères de l'âge, du sexe et de la formation de manière à la rendre comparable à la population clinique.

Au total, 308 sujets âgés de 14 à 25 ans (âge moyen = 20.4 ans) ont été inclus dans la recherche. Comme le montre le tableau 1, le nombre des sujets avec des troubles des conduites alimentaires est réparti de manière équivalente entre boulimie et anorexie. Les toxicomanes sont pour deux tiers des hommes et pour un tiers des femmes. L'effectif de la population témoin tient compte de la différence du sex ratio.

**Tableau 1: Population**

Diagnostic	Hommes	Femmes	Total
Amorexie	-	41	41
Boulimie	-	39	39
Toxicomanie	73	34	107
Témoins	49	72	121
Total	122	186	308

La répartition de la population selon l'âge et le sexe est équilibrée. Le nombre élevé de femmes par rapport aux hommes est dû à la présence exclusive de femmes dans le groupe des troubles des conduites alimentaires.

### 2.2 Méthode

Afin de réaliser l'étude, des contacts ont été établis avec différentes institutions et divers professionnels qui prennent en charge des adolescents et de jeunes adultes ayant des problèmes de toxicomanie ou des troubles des conduites alimentaires. Un premier contact était pris par téléphone de manière à fixer un premier rendez-vous. Le jeune recevait un dépliant donnant des renseignements détaillés sur la recherche, document qui était retourné à l'Unité de recherche avec l'accord signé du jeune. L'entretien se déroulait soit à l'Unité, soit dans l'institution de prise en charge, soit au domicile du jeune, selon sa convenance.

Le premier rendez-vous était consacré à l'entretien semi-structuré permettant de confirmer le diagnostic. La deuxième rencontre permettait de répondre aux auto-questionnaires. Dans certains cas, un troisième entretien a été nécessaire. Un dédommagement de Fr. 50.- était versé au sujet à la fin de la passation et les frais de transport étaient remboursés lorsque le jeune se déplaçait à l'Unité de recherche.

Le principal instrument d'évaluation permettant d'identifier la comorbidité est le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview; Sheehan, Janavs, Knapp, Lecrubier et Weiler, 1992), qui se réfère à la classification internationale DSM-IV. Il permet de poser les diagnostics relatifs à la dépression, la dysthymie, la manie, la phobie sociale, l'anxiété généralisée, l'angoisse de séparation, aux troubles obsessionnels et au stress post-traumatique. Il permet également de confirmer les critères d'inclusion pour

la toxicomanie (dépendance et abus), l'anorexie et la boulimie. Le protocole d'entretien semi-standardisé a été traduit et validé en français par Sheehan et al. (1992). Un auto-questionnaire a également été rempli par chaque participant à la recherche. Il s'agit du BDI (Beck et Beck, 1972). L'inventaire de dépression de Beck mesure l'humeur dépressive au moment de l'investigation.

### 3. Résultats

L'analyse des données relatives à la comorbidité a été effectuée sur la base des informations recueillies par l'entretien. Huit troubles distincts ont été retenus pour l'analyse des données: épisode dépressif majeur (EDM), dysthymie, anxiété généralisée, trouble panique, angoisse de séparation, stress post-traumatique, troubles obsessionnels compulsifs et phobie sociale.

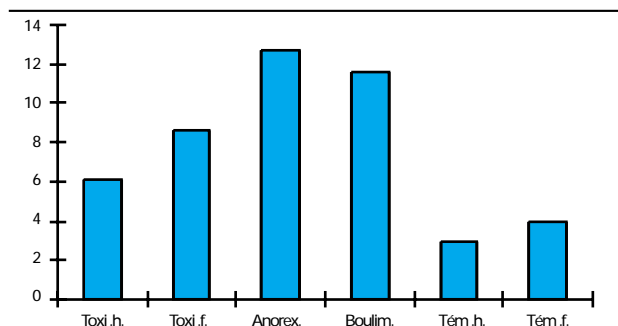


Fig.1: Scores BDI par groupe

L'évaluation de la dysthymie porte sur les deux dernières années (cf. tableau 3). Cette dernière n'est pas évaluée lorsqu'il y a présence d'un épisode dépressif majeur. C'est ce qui explique partiellement sa faible incidence (10% des sujets au total). Néan-

Tableau 2: Episode dépressif majeur (actuel et passé)

		Aucun		Actuel		Passé		Total N
		N	%	N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	39	53,4	6	8,2	28	38,4	73
	femmes	12	35,3	5	14,7	17	50,0	34
Troubles cond. alimentaires	anorexiques	8	19,5	8	19,5	25	61,0	41
	boulimiques	8	20,5	8	20,5	23	59,0	39
Témoins	hommes	39	79,6	1	2,0	9	18,4	49
	femmes	49	68,1	4	5,6	19	26,4	72
Total		155	50,3	32	10,4	121	39,3	308

Chi<sup>2</sup> = 60.3; p < .001

L'épisode dépressif majeur a été investigué en «life time», avec une information sur le moment de son apparition et sa durée. Le tableau 2 montre que la dépression majeure est un trouble particulièrement important dans la population clinique. En ce qui concerne la situation au moment de l'entretien, le pourcentage de troubles dépressifs est plus important chez les sujets avec des troubles des conduites alimentaires (20% des boulimiques et anorexiques) que chez les toxicomanes femmes (15%). La différence selon le sexe est marquée, tant chez les témoins que chez les cliniques, avec une proportion environ deux fois plus élevée de dépression chez les femmes. Cette différence est cependant moins importante si l'on considère l'épisode dépressif majeur passé.

La dépression a également été évaluée au moyen du BDI (Beck et Beck, 1972) dans une version en 13 items. Il s'agit d'une évaluation de l'état dépressif au moment de l'entretien. Comme le montre la figure 1, aucune différence significative n'a été trouvée entre les toxicomanes hommes et le groupe contrôle. En revanche, les toxicomanes femmes, et les sujets avec des troubles des conduites alimentaires, se distinguent significativement du groupe contrôle. Il n'y a pas de différence significative entre les boulimiques et les femmes toxicomanes.

Tableau 3: Dysthymie (deux dernières années)

		Non		Oui		Total N
		N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	65	89,0	8	11,0	73
	femmes	29	85,3	5	14,7	34
Troubles cond. alimentaires	anorexiques	35	85,4	6	14,6	41
	boulimiques	30	76,9	9	23,1	39
Témoins	hommes	49	100,0	0	0,0	49
	femmes	67	93,1	5	6,9	72
Total		275	89,3	33	10,7	308

Chi<sup>2</sup> = 14.4; p < .01

moins, les sujets témoins s'opposent aux sujets cliniques et l'incidence la plus élevée se retrouve chez les boulimiques (23%).

Tableau 4: Anxiété généralisée (6 derniers mois)

		Non		Oui		Total N
		N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	70	95,9	3	4,1	73
	femmes	33	97,1	1	2,9	34
Troubles cond. alimentaires	anorexiques	29	70,7	12	29,3	41
	boulimiques	32	82,1	7	17,9	39
Témoins	hommes	49	100,0	0	0,0	49
	femmes	70	97,2	2	2,8	72
Total		283	91,9	25	8,1	308

Chi<sup>2</sup> = 39.5; p < .001

L'anxiété généralisée est évaluée pour la période des six derniers mois (cf. tableau 4). De ce fait, son incidence est ainsi plus modeste que celle de l'épisode dépressif majeur. Les données montrent que

ce type de trouble est essentiellement présent chez les sujets ayant des troubles des conduites alimentaires (environ 25%), avec une proportion légèrement plus élevée chez les anorexiques. En revanche, l'anxiété généralisée ne touche que quelques sujets toxicomanes ou témoins. Les troubles paniques ne concernent, pour la situa-

tion des sujets boulimiques, qui ont un taux plus élevé (cf. tableau 6). Etant donné qu'il s'agit d'un trouble relativement rare, les différences doivent être interprétées avec prudence.

Comme le montre le tableau 7, l'angoisse de séparation est un trouble important qui discrimine les po-

**Tableau 5. Troubles paniques (actuels et passés)**

		Aucun		Actuels		Passés		Total N
		N	%	N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	71	97,3	1	1,4	1	1,4	73
	femmes	31	31,2	2	5,9	1	2,9	34
Troubles cond. alimentaires	anorexiques	35	85,4	4	9,8	2	4,9	41
	boulimiques	33	84,6	5	12,8	1	2,6	39
Témoins	hommes	48	98,0	0	0,0	1	2,0	49
	femmes	66	91,7	3	4,2	3	4,2	72
Total		284	92,2	15	4,9	9	2,9	308

Chi<sup>2</sup> = 13.9; p = .49 NS

tion au moment de l'entretien, qu'une minorité de sujets, soit 5% de la population, avec une proportion légèrement plus élevée pour les groupes atteints de troubles des conduites alimentaires (cf. tableau 5). La proportion de troubles paniques «life time» pour l'ensemble des sujets est de 7,8%. Les différences entre les groupes ne sont pas significatives.

Le stress post-traumatique ne discrimine pas la population témoin de la population clinique, à l'except-

pulations cliniques des groupes témoins. Il s'agit essentiellement d'un trouble qui se manifeste dans l'enfance et qui apparaît avant l'âge de 18 ans. Il peut persister à l'âge adulte. Les femmes toxicomanes et les boulimiques ont les pourcentages de troubles actuels les plus élevés, respectivement 50% et 30%. Les témoins hommes semblent touchés exceptionnellement par ce type de trouble (trois sujets au total).

Le tableau 8 donne la répartition des troubles obsessionnels compulsifs. Ces troubles sont peu fréquents et ne discriminent pas les groupes, les différences observées n'étant pas significatives.

Concernant la phobie sociale, la prévalence est significativement plus élevée dans les deux groupes cliniques comparés aux groupes témoins (Cf. tableau 9).

Les divers troubles évalués séparément ont été regroupés selon deux critères: a) en tenant compte de

**Tableau 6: Stress post-traumatique**

		Non		Oui		Total N
		N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	72	98,6	1	1,4	73
	femmes	32	94,1	2	5,9	34
Troubles cond. alimentaires	anorexiques	39	95,1	2	4,9	41
	boulimiques	34	87,2	5	12,8	39
Témoins	hommes	49	100,0	0	0,0	49
	femmes	69	95,8	3	4,2	72
Total		295	95,8	13	4,2	308

Chi<sup>2</sup> = 11.0; p < .05

**Tableau 7: Angoisse de séparation (actuelle et passée)**

		aucune		actuelle		passée seulement		Total N
		N	%	N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	46	63,0	17	23,3	10	13,7	73
	femmes	15	44,1	17	50,0	2	5,9	34
Troubles cond. alimentaires	anorexiques	26	63,4	10	24,4	5	12,2	41
	boulimiques	21	53,8	12	30,8	6	15,4	39
Témoins	hommes	46	93,9	1	2,0	2	4,1	49
	femmes	61	84,7	9	12,5	2	2,8	72
Total		215	69,8	66	21,4	27	8,8	308

Chi<sup>2</sup> = 46.8; p < .001

**Tableau 8: Troubles obsessionnels compulsifs**

		aucun		actuel		passés seulement		Total N
		N	%	N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	71	97,3	2	2,7	0	0,0	73
	femmes	32	94,1	1	2,9	1	2,9	34
Troubles cond. alimentaires	anorexiques	37	90,2	3	7,3	1	2,4	41
	boulimiques	38	97,4	0	0,0	1	2,6	39
Témoins	hommes	46	93,9	3	6,1	0	0,0	49
	femmes	66	91,7	3	4,2	3	4,2	72
Total		290	94,2	12	3,9	6	1,9	308

Chi<sup>2</sup> = 8.4; p = .21 NS

**Tableau 9: Phobie sociale**

		Aucune		Actuelle		Passée		Total N
		N	%	N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	61	83,6	7	9,6	5	6,8	73
	femmes	29	85,3	3	8,8	2	5,9	34
Troubles cond. alimentaires	anorexiques	35	85,4	3	7,3	3	7,3	41
	boulimiques	33	84,6	5	12,8	1	2,6	39
Témoins	hommes	45	91,8	2	4,1	2	4,1	49
	femmes	69	95,8	2	2,8	1	1,4	72
Total		272	88,3	22	7,1	14	4,5	308

Chi<sup>2</sup> = 61.1 ; p<.001**Tableau 10: Troubles actuels et passés**

		Aucun		Présent et passé		Présent seulement		Passé seulement		Total N
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	32	43,8	11	15,1	12	16,4	18	24,7	73
	femmes	10	29,4	10	29,4	5	14,7	9	26,5	34
Troubles cond. alimentaires	anorexiques	7	17,1	10	24,4	7	17,1	17	41,5	41
	boulimiques	7	17,9	15	38,5	7	17,9	10	25,6	39
Témoins	hommes	35	71,4	2	4,1	4	8,2	8	16,3	49
	femmes	41	56,9	9	12,5	8	11,1	14	19,4	72
Total		132	42,9	57	18,5	43	14,0	76	24,7	308

Chi<sup>2</sup> = 54.4 ; p<.001

la pathologie présente, indépendamment du nombre de troubles; b) en tenant compte du nombre de troubles présents simultanément.

Sur la base du premier regroupement, la distribution se présente comme suit: aucun trouble (N=132); troubles actuels et passés (N=57); troubles actuels seulement (N=43); troubles passés seulement (N=76).

Le tableau 10 présente les résultats pour la comorbidité présente et passée. Les différences entre les groupes sont très significatives. Globalement, en référence aux différentes sphères investiguées, 43% des sujets n'ont eu, ou n'ont actuellement, aucun trouble psychique. Il est évident que les sujets témoins sont les plus représentés dans le groupe sans trouble (environ deux tiers). Néanmoins, 24% des femmes et 12% des hommes du groupe témoin ont actuellement un trouble psychique et 20% environ mentionnent un trouble psychique dans le passé seulement. Concernant la population clinique, la proportion des sujets qui présentent un trouble actuel est évidemment beaucoup plus importante avec, dans un ordre décroissant, les boulimiques (56%), les femmes toxicomanes (45%) les anorexiques (42%) et les toxicomanes hommes (31%).

Le trouble qui apparaît avec la plus grande fréquence est l'épisode dépressif majeur.

Le second regroupement donne la répartition suivante: aucun trouble (N=132); un seul trouble (N=92); deux troubles (N=49); trois troubles (N=25); quatre troubles ou plus (N=10).

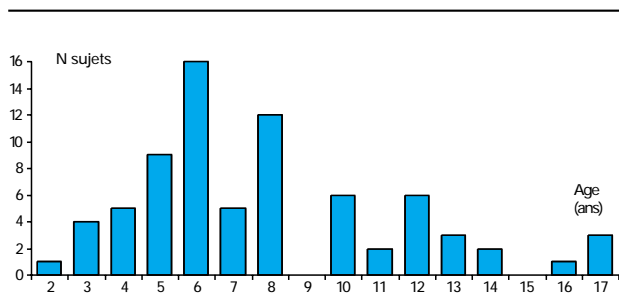
Le tableau 11 présente la répartition des sujets en fonction du nombre de troubles. Les différences sont très significatives, les boulimiques et les anorexiques présentant le plus grand nombre de troubles (10%, respectivement 5% ont quatre troubles et plus). Les femmes témoins ont également une comorbidité importante, comparable à celle des hommes toxicomanes (15%, respectivement 20% ont deux troubles et plus). Les hommes témoins semblent moins vulnérables, 70% n'ayant aucun trouble.

Lorsqu'on considère la présence de deux troubles, ce sont les femmes toxicomanes qui sont les plus représentées, suivies par les anorexiques et les boulimiques. Les boulimiques sont les plus représentées dans le groupe avec trois troubles, suivies par les anorexiques. Finalement, dans le groupe de quatre à six troubles présents simultanément, ce

**Tableau 11: Population selon le nombre de troubles**

		Aucun		1		2		3		4, 5 ou 6		Total N
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	32	43,8	25	34,2	11	15,1	4	5,5	1	1,4	73
	femmes	10	29,4	12	35,3	8	23,5	3	8,8	1	2,9	34
Troubles cond. alimentaires	anorexiques	7	17,1	13	31,7	11	26,8	6	14,6	4	9,8	41
	boulimiques	7	17,9	12	30,8	9	23,1	9	23,1	2	5,1	39
Témoins	hommes	35	71,4	10	20,4	4	8,2	0	0,0	0	0,0	49
	femmes	41	56,9	20	27,8	6	8,3	3	4,2	2	2,8	72
Total		132	42,9	92	29,9	49	15,9	25	8,1	10	3,2	308

Chi<sup>2</sup> = 65.7 ; p<.001



**Fig. 2: Scores BDI par groupe**

sont les boulimiques, suivies par les anorexiques, qui sont les plus représentées.

Pour tous les troubles évalués au moyen de l'entretien semi-structuré, la distinction selon l'âge n'a pas été prise en compte. Etant donné qu'il n'est pas possible de calculer un âge moyen pour une comorbidité multiple, chaque trouble doit être envisagé séparément. L'analyse a été effectuée pour deux des troubles qui apparaissent le plus fréquemment en relation avec les troubles des conduites alimentaires et avec la toxicomanie: il s'agit d'une part de l'angoisse de séparation, d'autre part de l'épisode dépressif majeur.

**Tableau 12: Age au moment de la dépression et au début de la dépendance**

		Après		Pendant et avant		Total N
		N	%	N	%	
Toxicomanes	hommes	14	42,4	19	57,6	33
	femmes	8	36,4	14	63,6	22
Troubles cond. alimentaires	anorexiques	13	39,4	20	60,6	33
	boulimiques	8	25,8	23	74,2	31
Total		43	36,1	76	63,9	119

Chi<sup>2</sup> = 2,5 ; p = .542 NS

taires et avec la toxicomanie: il s'agit d'une part de l'angoisse de séparation, d'autre part de l'épisode dépressif majeur.

La répartition selon l'âge telle qu'elle apparaît à la figure 2, montre que la majorité des sujets qui évoquent une angoisse de séparation la situent entre 5 et 10 ans, soit avant la période d'adolescence proprement dite. Pour une faible proportion d'entre eux l'angoisse de séparation serait apparue durant l'adolescence.

Le tableau 12 présente la répartition des sujets selon l'âge au moment de la dépression et l'âge au début de la dépendance. Les différences entre les groupes ne sont pas significatives. On observe que la dépression se manifeste dans deux tiers des cas pendant ou avant le moment qui marque le début de la dépendance.

#### 4. Discussion

Les données recueillies montrent à l'évidence que les conduites de dépendance, notamment les

troubles des conduites alimentaires, sont fréquemment associées à des troubles psychiques. La prévalence du diagnostic d'épisode dépressif majeur est particulièrement élevée (80% en «life time» pour les sujets présentant des troubles des conduites alimentaires, 75% pour les femmes toxicomanes) en comparaison avec les résultats d'autres études. L'âge de la population étudiée, et le fait qu'il s'agit exclusivement de femmes, pourraient partiellement expliquer ces proportions élevées. Il convient également de préciser que la population clinique n'incluait que des sujets correspondant à des diagnostics avérés.

S'il semble que la plupart des sujets cliniques présentent des troubles psychiques, les rapports entre la dépendance et les troubles psychiques sont néanmoins complexes à établir. Schématiquement, trois modèles explicatifs peuvent être envisagés: les troubles peuvent être la conséquence de la dépendance; ils peuvent être des facteurs antécédents et/ou déclenchants de la conduite de dépendance; enfin, les deux types de problèmes peuvent résulter d'une vulnérabilité du sujet. Ce dernier modèle ne peut pas être vérifié dans le cadre de notre évaluation qui n'inclut ni anamnèse, ni données sur les antécédents familiaux, ni données génétiques.

Il importe de préciser qu'une évaluation transversale telle que celle que nous avons réalisée ne permet pas d'identifier l'ordre séquentiel des troubles de manière précise: d'une part, l'information ne provenait que d'une seule source, le sujet; d'autre part les données concernant le passé étaient recueillies de manière rétrospective. Concernant la problématique de la chronologie des troubles, le groupe de Washington a défini un paradigme «primaire – secondaire» (Winokur, Reich, Rimmer et Pitts, 1970) qui ne présuppose pas un lien de causalité ni une étiologie. Dans cette perspective, la toxicomanie est le plus souvent évoquée comme trouble primaire dans le sens d'une priorité de prise en charge dans le cadre d'un traitement (MacDonald, 1984). En réalité, la direction de l'influence est le plus souvent bidirectionnelle, la cooccurrence des deux types de problèmes produisant une troisième entité appelée «diagnostic duel» (cf. Bukstein, 1995).

Les résultats de notre évaluation montrent que, tant pour les problèmes de toxicomanie que pour les troubles des conduites alimentaires, ce sont le plus souvent les troubles dépressifs (épisode dépressif majeur, dysthymie) qui coexistent. Selon un premier schéma d'explication, la dépression serait la conséquence des troubles de la dépendance: en ce qui concerne la toxicomanie, des effets pharmacologiques des substances peuvent induire des troubles dépressifs. Par ailleurs, la toxicomanie, ainsi que les troubles des conduites alimentaires, ont une incidence sur les fonctionnements social et familial,

marqués par une fréquente détérioration sous forme d'échecs scolaires, de conflits et de problèmes de santé, qui à leur tour contribuent ou renforcent des sentiments dépressifs. Selon un deuxième schéma, la dépression précéderait les troubles de la dépendance: pour la toxicomanie, il apparaît que l'existence de troubles dépressifs constituerait un facteur de risque (Kushner et al., 1990). Il en va de même pour les troubles des conduites alimentaires (Strober et Katz, 1988).

Les résultats de notre évaluation montrent que pour deux tiers des sujets, la dépression précède ou est concomitante avec la conduite de dépendance. Ainsi, la dépression dans un grand nombre de cas précéderait la conduite de dépendance, plutôt que l'inverse.

Les troubles anxieux (angoisse de séparation, troubles paniques, troubles phobiques, troubles obsessionnels) sont également souvent associés aux troubles de la dépendance. L'anxiété généralisée, évaluée sur les six derniers mois précédant l'entretien, est mentionnée beaucoup plus souvent par les sujets ayant des troubles des conduites alimentaires que par les sujets toxicomanes. Cette différence pourrait s'expliquer par une attitude de déni de la part des toxicomanes, mais peut-être aussi par un effet anxiolytique des substances consommées. Les troubles paniques et la phobie sociale sont également des troubles psychiques qui discriminent la population clinique de la population témoin, avec une relation de causalité difficile à expliciter. En revanche, l'angoisse de séparation est surtout un trouble qui se manifeste dans l'enfance et au début de l'adolescence, dans la plupart des cas entre 5 et 10 ans. Il s'agit donc d'une manifestation antérieure à la dépendance, qui constitue ainsi une forme de vulnérabilité par rapport à la toxicomanie et aux troubles des conduites alimentaires.

Le fait que certains troubles psychiques aient une antériorité par rapport aux conduites de dépendance, a des implications pour la prévention et la prise en charge. En effet, face à un adolescent dépressif, il est nécessaire de ne pas se limiter à identifier le symptôme, mais de porter une attention particulière aux comportements qui pourraient en découler, plus spécifiquement la consommation de substances ou les troubles des conduites alimentaires. Ces comportements évoluent dans un processus qui souvent laisse le temps pour une action de prévention.

## 5. Références bibliographiques

1. Achenbach TM, Edelbrock CS. Psychopathology of childhood. *Annual Review of Psychology*, 35: 227-56, 1984.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
3. Beck AT, Beck RW. Screening depressed patients in family practice: a rapid technic. *Postgraduate Medicine*, 52, 81-5, 1972.
4. Bukstein OG. *Adolescent substance abuse, Assessment, prevention, and treatment*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1995.
5. Bukstein OG, Brent DA, Kaminer Y. Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 146(9):1131-41, 1989.
6. Buckstein OG, Glancy LJ, Kaminer Y. Patterns of affective comorbidity in a clinical population of dually diagnosed adolescent substance abusers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1041-5, 1992.
7. Clark DB, Jacob RG. Anxiety disorders and alcoholism in adolescents: a preliminary report (Abstract). *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 16, 371, 1992.
8. Demilio L. Psychiatric syndroms in adolescent substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 146: 1212-4, 1989.
9. Fornari V, Kaplan M, Sandberg DE, Matthews M. Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 12 (1), 21-9, 1992.
10. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48(8), 712-8, 1991.
11. Hatsukami D, Eckert E, Mitchell J, Pyle R. Affective disorder and substance abuse in women with bulimia. *Psychology in Medicine*, 14, 701-4, 1984.
12. Helzer JE, Burnam A, Mc Evoy LT. Alcohol abuse and dependence. In: L.N. Robins & D.A. Regier (Eds). *Psychiatric disorders in America* (81-115). New York: Free Press, 1991.
13. Herpertz-Dahlmann B, Remschmidt H. Anorexia nervosa and depression - a continuing debate. In: H. Remschmidt, M.H. Schmidt (Eds): *Anorexia Nervosa* (69-84). Toronto Lewiston, New York, Bern, Göttingen, Stuttgart: Hogrefe & Huber Publishers, 1990.
14. Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 810-8, 1992.
15. Hovens JG, Cantwell DP, Kiriakos R. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescent sub-

- stance abusers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 476–83, 1994.
16. Keller MB. Current concepts in affective disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50 (5), 157–62, 1989.
  17. Kosten TR, Rounsaville BJ. Psychopathology in opioid addicts. *Psychiatric Clinics of North America*, 9 (3), 515–32, 1986.
  18. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685–95, 1990.
  19. Levy JC, Deykin EY. Suicidality, depression, and substance abuse in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 146(11): 1462–67, 1989.
  20. MacDonald DI. Drugs, drinking and adolescence. *American Journal of Diseases of Children*, 138, 117–25, 1984.
  21. Rounsaville BJ, Kosten TR, Kleber HD. Long-term changes in current psychiatric diagnoses of opiate addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 27 (5), 480–98, 1986.
  22. Schuckit MA. Alcoholic patients with secondary depression. *American Journal of Psychiatry*, 140, 711–4, 1983.
  23. Sheehan D, Janavs J, Knapp E, Lecrubier Y, Weiler, E. M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview). Unpublished manuscript, 1992.
  24. Strober M, Katz JL. Depression in the eating disorders: a review and analysis of descriptive, family and biological findings. In: D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds). *Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa* (80–111). New York: Brunner/Mazel, 1988.
  25. Weissman MM, Gammon GD, John K, Merikangas KR, Warner V, Prusoff BA, Sholomskas D. Children of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 44, 847–53, 1987.
  26. Winokur G. Alcoholism and depression in the same family. In: D.W. Goodwin & C.K. Erikson (Eds), *Alcoholism and affective disorder: Clinical, genetic and biochemical studies* (49–56). New York: SP Medical and Scientific Books, 1979.
  27. Winokur G, Reich T, Rimmer J, Pitts FN. Alcoholism: III. Diagnosis and familial psychiatric illness in 259 alcoholic probands. *Archives of General Psychiatry*, 23, 104–11, 1970.

Adresse pour correspondance:  
 Monique Bolognini, PhD  
 SUPEA  
 Unité de recherche  
 Bugnon 25 A  
 CH-1005 Lausanne  
 E-mail: mbologni@inst.hospvd.ch



# Suivi d'adolescents abuseurs et dépendants de substances psychoactives – une étude longitudinale\*

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

## Résumé

Ce projet prévoit de suivre durant deux ans 120 adolescents de 14 à 19 ans qui consomment abusivement des substances psychoactives. La recherche a débuté le 1.10.1998 et se terminera le 30.9.2001. Trois entretiens individuels, espacés chacun de neuf mois, permettront d'évaluer l'évolution de la consommation parallèlement aux trajectoires personnelles (médicale, scolaire, professionnelle, familiale, sociale, psychologique, comportementale, événementielle et de prise en charge). Le protocole expérimental comprend cinq instruments d'évaluation qui seront administrés lors des trois entretiens prévus: 1) l'ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis, Friedman et Utada, 1989), 2) le BDI (Beck Depression Inventory, Cottraux, Bouvard et Légeron, version française, 1985), 3) le M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview, Sheehan, Lecrubier et al., version française, 1992) sur les consommations de substances et d'alcool, 4) un questionnaire sur les événements de vie et 5) un questionnaire sur les filières de soins. Cette étude propose une approche multifactorielle de la dépendance à l'adolescence. Elle vise à mettre en évidence des facteurs de risques et protecteurs, ainsi qu'à évaluer les filières de soins, afin de développer une stratégie de prévention mieux ciblée.

## Key Words

Adolescence  
Addiction  
Care  
Follow-up  
Prevention

## 1. Introduction

Malgré l'accent mis récemment sur le développement des programmes de prévention et de prise en charge des conduites addictives à l'adolescence, peu de données empiriques sont disponibles à ce sujet, notamment en ce qui concerne le parcours à long terme d'adolescents abuseurs et leurs contacts avec le réseau de prise en charge. La majorité des données disponibles sur les conduites de dépendance proviennent de populations adultes ou de populations générales de jeunes recrutés dans les écoles.

Si ces données ont permis de mieux cerner les facteurs associés au début de la consommation de drogues, il y a toujours un risque lorsqu'on veut appliquer ces résultats aux populations des adolescents abuseurs ou dépendants. D'une part, l'abus ou la dépendance n'ont pas le même impact sur les adolescents et sur les adultes, puisque les conduites addictives peuvent entraver le processus de développement des adolescents. D'autre part, les adolescents abuseurs ou dépendants sont peu représentés dans les études épidémiologiques de populations générales étant donné que l'absentéisme scolaire est très élevé chez ces jeunes.

Les études effectuées dans le domaine des conduites addictives font ressortir différents facteurs associés au début de la consommation de drogue à l'adolescence:

- l'influence du groupe des pairs s'exerce soit à travers la consommation de drogues par les pairs (modeling), soit à travers la pression à consommer (Kandel et Raveis, 1989; Dupre, Miller, Gold et Rospenda, 1995; Segal et Stewart, 1996). Selon Kandel et Raveis (1989), l'influence négative du groupe des pairs serait particulièrement importante en ce qui concerne la consommation de marijuana. Elle jouerait par ailleurs un plus grand rôle chez les sujets plus âgés, alors que la perception de la consommation par les membres de leur famille serait plus déterminante chez les plus jeunes (Bush, Weinfurt et Iannotti, 1994);
- la consommation antérieure de certaines substances, notamment un début précoce de consommation de tabac (avant l'âge de 11 ans), constitue un facteur de risque majeur pour l'abus d'alcool et de drogues (Hubbard, Brownlee et Anderson, 1988);

\* Ce projet est soutenu par le contrat de recherche n° 8108 de l'Office fédéral de la santé publique.

- la déviance sociale, tels les comportements délinquants, est liée à la consommation de substances à l'adolescence (Kandel et Raveis, 1989; Segal et Stewart, 1996);
- les troubles du comportement et l'agressivité durant l'enfance sont également des facteurs prédictifs de la consommation de drogues à l'adolescence (Brook, Whiteman et Cohen, 1995a). L'agressivité, surtout si elle n'est pas effective et qu'elle aboutit à un sentiment de frustration, peut alimenter la dépression; les drogues peuvent alors être utilisées pour atténuer les effets dépressifs;
- les troubles de l'humeur sont par ailleurs directement associés à la toxicodépendance, de même que les troubles anxieux (Kandel et Raveis, 1989; Boyle et Offord, 1991; Segal et Stewart, 1996). Brook, Whiteman, Finch et Cohen (1995b) émettent l'hypothèse que la consommation de drogues serait la résultante de la détresse intrapsychique sous-jacente et le moyen utilisé pour faire face, du moins temporairement, aux problèmes émotionnels;
- des facteurs familiaux, notamment une mauvaise qualité de la relation avec les parents, entre les parents eux-mêmes, ou encore le modeling parental (parents alcooliques et/ou consommateurs de drogues), et plus récemment des facteurs génétiques sont souvent associés à l'abus de substances par les adolescents (Kandel et Raveis, 1989; Segal et Stewart, 1996; Shukit et Smith, 1996, 1997);
- les mauvaises performances scolaires constitueraient également un facteur prédictif de la consommation, notamment en ce qui concerne le tabac (Boyle, Offord, Racine, Flemming et al., 1993).

Certains facteurs interviennent également dans l'évolution de la consommation chez les adolescents. Le contexte social entretient un lien étroit avec la consommation de substances mais aussi avec son évolution, notamment en ce qui concerne l'effet à long terme d'un traitement. L'alcool ou la drogue seraient utilisés par les adolescents à qui un support social adéquat fait défaut pour faire face aux tensions (Brown, Mott et Meyers, 1990).

La majorité des rechutes chez les adolescents qui ont suivi un traitement seraient liées à des pressions sociales négatives (Brown et al., 1990), alors que les adolescents qui restent abstinents font état d'un bon support social (Brown, 1989). D'autres facteurs sont également associés à l'évolution de la consommation, tels que les événements de vie, la santé émotionnelle ou encore le parcours scolaire (Brown et al., 1990; Brown, 1989).

## 2. Méthode

Les jeunes sont inclus dans l'échantillon d'étude s'ils répondent aux critères suivants:

- âge entre 14 et 19 ans au moment de la première évaluation.
- présence lors de la première évaluation d'un abus ou d'une dépendance à une substance psychoactive (selon les critères DSM-IV), ou consommation régulière avérée (au moins une fois par semaine depuis 3 mois).

Les jeunes présentant un trouble psychotique majeur, une arriération mentale, un trouble organique cérébral ou une maladie somatique grave sont exclus de l'échantillon.

Le recrutement s'effectue en priorité dans le canton de Vaud, par le biais de diverses institutions s'occupant de prévention ou de prise en charge ainsi que par voie d'affiches et par contacts directs dans des lieux de loisirs.

Lors de la première évaluation, les jeunes sont informés des buts de l'étude et des conditions de participation, et leur accord est demandé pour la participation aux trois phases de l'étude. Diverses modalités de prise de contact pour le prochain entretien leur sont proposées.

L'entretien dure entre une heure et demie et deux heures. Le protocole expérimental est administré sous forme d'entretien, hormis pour le BDI qui est un auto-questionnaire. Chaque sujet est vu individuellement par un(e) psychologue. Les entretiens ont lieu soit à l'Unité de recherche du SUPEA, soit dans un lieu choisi par le jeune.

## 3. Protocole expérimental

Le protocole expérimental comprend cinq instruments qui seront administrés lors des trois entretiens successifs:

- le M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview, Sheehan, Lecrubier et al., version française, 1992) est un questionnaire semi-structuré qui permet de poser les diagnostics d'abus ou de dépendance à des substances psychoactives selon les critères DSM-IV;
- l'ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis, Friedman et Utada, 1989) est un entretien structuré créé à partir de l'ASI (Addiction Severity Index). Le questionnaire a fait l'objet d'une traduction et d'une validation en langue française avec l'accord et le soutien de l'auteur. Il permet une planifica-

tion du traitement qui répond au mieux aux besoins du patient, et une évaluation multidimensionnelle dans le domaine de la recherche. Cet instrument, composé de 150 items, permet l'investigation de neuf domaines critiques de la vie des adolescents abuseurs de drogues ou d'alcool: médical, scolaire, vie active/formation professionnelle, social, familial, psychologique, légal, consommation de drogue et d'alcool. L'évaluation prend en compte les appréciations du patient et de l'évaluateur en ce qui concerne le degré de gravité et le besoin d'aide dans chaque domaine;

- le BDI-13 (Beck Depression Inventory) est un auto-questionnaire, composé de 13 items, qui mesure l'état dépressif au moment de l'entretien. La version française de Cottraux et al. (1985) est utilisée;
- un questionnaire sur les événements de vie a été créé à partir de divers instruments existants. Il regroupe des questions sur plusieurs types d'événements qui peuvent avoir marqué négativement l'existence des adolescents: séparations, décès/perte, problèmes familiaux, maltraitance;
- un questionnaire sur les filières de soins a été créé pour cette recherche. Il explore le parcours des adolescents au sein du réseau romand de soins, les modes de prise en charge et les ruptures, les orientations d'un service à l'autre, etc. Des questions ouvertes portent sur les circonstances du contact avec le premier produit consommé, la connaissance par les parents de la consommation de leur enfant, les suggestions du jeune quant à l'aide à proposer à de jeunes consommateurs ainsi que ses projets personnels concernant sa propre consommation.

#### 4. Importance des travaux projetés

L'importance de ce projet repose sur les caractéristiques de la population étudiée et sur la dimension longitudinale. La tranche d'âge retenue (de 14 à 19 ans) est d'un intérêt particulier étant donné que l'adolescence est une période charnière de la vie qui peut infléchir plus ou moins gravement l'évolution d'un sujet par rapport aux conduites addictives. Le fait que le suivi vise des jeunes dont le critère d'inclusion, en dehors de celui de l'âge, est la consommation de substances psychoactives, est également important. En effet, la majorité des données actuellement disponibles sur les conduites addictives proviennent de populations adultes ou de populations générales de jeunes recrutés dans des écoles. La généralisation de ces données aux jeunes dépendants est problématique du fait que ces jeunes sont rarement représentés dans ces échantillons.

La dimension longitudinale permet de cerner l'évolution des conduites addictives. Le fait de tenir compte des filières de soins (où et quand le jeune cherche-t-il de l'aide) permet de définir la part de l'aide apportée par les professionnels (assistants sociaux, médecins, institutions...) dans l'évolution de ces conduites.

#### 5. Buts à atteindre dans la réalisation du projet

Ce projet propose une approche multifactorielle de la dépendance à l'adolescence:

- description de caractéristiques sociales, familiales et individuelles qui sont liées à la présence des conduites addictives en général, et de certains types de consommations en particulier;
- mise en évidence des facteurs de risque qui favorisent l'aggravation de la consommation;
- mise en évidence des facteurs protecteurs qui favorisent la diminution de la consommation ou le passage vers l'abstinence;
- recensement des filières de soins des différents sous-groupes d'adolescents consommateurs dans le but de développer une stratégie de prévention et d'intervention mieux ciblée.

#### 6. Evaluation des buts du projet

Afin d'évaluer les buts du projet, les hypothèses seront testées en distinguant les temps T1 (première passation), T2 (deuxième passation, 9 mois après la première) et T3 (troisième passation, 18 mois après la première).

Au temps T1, les informations qui seront obtenues sont les suivantes:

La présence et le type de consommation de substances psychoactives au temps T1 sont liés au vécu contemporain dans différents domaines (médical, scolaire, professionnel, familial, social, psychologique, comportemental), tels qu'ils sont évalués par l'ADAD et le Beck, ainsi qu'à la biographie du sujet (variables socio-démographiques, événements de vie, historique de la consommation de substances psychoactives).

Au temps T2, les informations qui seront obtenues sont les suivantes:

La présence et le type de consommation de substances psychoactives, ainsi que le vécu contemporain dans les différents domaines (ADAD et Beck)

dépendent au temps T2 de la problématique telle qu'elle a été évaluée au temps T1 avec les mêmes instruments. La présence d'événements de vie significatifs entre le temps T1 et le temps T2 influe sur le devenir de la consommation de substances psychoactives des sujets et des sous-groupes de sujets. Le type de filières suivies (ou non) au T1 (présence ou absence d'aide/de traitement, passage d'un type d'aide/de traitement à un autre, motivation à rechercher et à poursuivre l'aide/le traitement, type d'aide/de traitement reçu, ruptures d'aide/de traitement) prédit le devenir de la consommation de substances psychoactives des sujets et des sous-groupes de sujets au T2. Le degré d'accessibilité aux différentes filières de soins au T2 dépend des types de consommation de substances psychoactives au T1 (abus vs dépendance, drogues «mineures» vs drogues «majeures», polytoxicomanie).

Au temps T3, les informations qui peuvent être rassemblées sont les mêmes que pour le temps T2, mais en incluant les informations obtenues au temps T2 comme autant de facteurs prédicteurs du temps T3.

## 7. Références bibliographiques

- Boyle MH, Offord DR. Psychiatric disorder and substance use in adolescence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 1991, 699–705.
- Boyle MH, Offord DR, Racine YA, Flemming JE, et al. Predicting substance abuse in early adolescence based on parent and teacher assessments of childhood psychiatric disorder: Results from the Ontario Child Health Study follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 34(4), 1993, 535–544.
- Brook JS, Whiteman M, Cohen P, et al. Longitudinally predicting late adolescent and young adult drug use: Childhood and Adolescent Precursors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1995a, 1230–1238.
- Brook JS, Whiteman M, Finch S, Cohen P. Aggression, intrapsychic distress and drug use: Antecedent and intervening processes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(8), 1995b, 1076–1084.
- Brown S. Life events of adolescents in relation to personal and parental substance abuse. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 1989, 484–489.
- Brown SA, Mott MA, Myers MG. Adolescent alcohol and drug treatment outcome. Humana Press Inc Clifton NJ, 1990.
- Bush PJ, Weinfurt KP, Iannotti RJ. Families versus peers: Developmental influences on drug use from Grade 4–5 to Grade 7–8. *Special Issue: Diversity and development of Asian Americans. Journal of Applied Developmental Psychology*, 15(3), 1994, 437–456.
- Cottraux J, Bouvard M, Légeron P. Méthodes et Echelles d'évaluation des comportements. Editions EAP, Paris, 1985.
- Dupre D, Miller N, Gold M, Rospenda K. Initiation and progression of alcohol, marijuana, and cocaine use among adolescent abusers. *American Journal on Addictions*, 4(1), 1995, 43–48.
- Friedman AS, Utada A. A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers. (The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) Instrument). *J. Drug Education*, 19(4), 1989, 285–312.
- Hubbard RL, Brownlee RF, Anderson R. Initiation of alcohol and drug abuse in the middle school years. Special Issue: Drug abuse prevention. *Elementary School Guidance & Counseling*, 23(2), 1988, 118–123.
- Kandel DB, Raveis VH. Cessation of illicit drug use in young adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 46(2), 1989, 109–116.
- Segal BM, Stewart JC. Substance use and abuse in adolescence: An overview. *Child Psychiatry & Human Development*, 26(4), 1996, 193–210.
- Sheehan D, Lecrubier Y, Janavs J, Knapp E, Weiler E. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), version française non publiée, 1992.
- Shuckit MA, Smith TL. A 8 year follow-up of 450 sons of alcoholics and control subjects. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1996, 202–210.
- Shuckit MA, Smith TL. Assessing the risk for alcoholism among sons of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 1997, 141–145.

Adresse pour correspondance:  
 Monique Bolognini, PhD  
 SUPEA  
 Bugnon 25 A  
 CH-1005 Lausanne  
 E-mail: mbologni@inst.hospvd.ch

# Gesellschaftsbezogene Forschung/ Recherches portant sur les aspects de société



## 2.1 Drogenkonsum und gesellschaftliches Umfeld/ Consommation de drogues et environnement social

2.2 Gesetzgebung,  
Gesetzsprechung,  
Szenarien  
der Drogenpolitik/  
Legislation, jurisprudence,  
scénarios pour la politique en  
matière de drogue

# Drogenberichterstattung der Schweizer Presse – die Entwicklung eines Themas\*

Boris Boller, Renata Coray, Jean Widmer

Institut de journalisme et des communications sociales, Université de Fribourg

## Zusammenfassung

Im Rahmen der Studie «Le discours de la drogue dans la presse Suisse» wurde die Berichterstattung über illegale Drogen von sieben Tageszeitungen und acht Zeitschriften aus drei Schweizer Sprachgebieten vom 1.1.1993 bis zum 30.6.1999 *quantitativ analysiert und mit qualitativen Analyseelementen ergänzt*. Es lassen sich Phasen mit durchschnittlicher Drogenberichterstattung unterscheiden von solchen, die eine deutlich erhöhte Medienaufmerksamkeit aufweisen. Die Untersuchungsdauer von 1993 bis Juni 1999 fällt zeitlich mit grundsätzlichen drogenpolitischen Ereignissen zusammen, die den Übergang von einem «Abstinenz-Paradigma» zu einem tendenziell gesundheitspolitischen Diskurs im Drogenbereich auch auf nationaler Ebene markieren. Als besonders berichtsintensiv fallen drei zentrale Themen auf: Zu Beginn dieser sechseinhalb Jahre wurden die Versuche zur kontrollierten Drogenverschreibung gestartet, kurz darauf wurde der offene Drogenmarkt am Letten in Zürich zum auch international beachteten Thema. In die gleiche Periode fielen aber auch die vor allem als Gegenreaktion auf die Drogenverschreibung lancierte Volksinitiative «Jugend ohne Drogen» und weitere – weniger beachtete – drogenpolitische Abstimmungen. Die Entwicklung der Berichterstattung gleicht einer Bogenbewegung. Nach einer durchschnittlichen Menge der Berichterstattung zu Beginn der Untersuchung sorgte die nationale «Drogenkrise» mit der offenen Drogenszene am Letten als Katalysator für eine langanhaltende Verdichtung der Berichterstattung in beinahe allen Bereichen zur Drogenpolitik. Mit der Annahme der Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht und der Räumung des Letten nimmt die Menge der Drogenberichterstattung, die Anteile der Eigenleistungen der Redaktionen sowie der journalistischen Meinungsformen wieder deutlich ab, um im ersten Halbjahr 1999 die kleinste während der Berichtsphase erfasste Menge aufzuweisen; die vor allem in den ersten drei Jahren der Erhebung festgestellte Dramatik der Darstellung weicht einer zunehmenden Routine in der Behandlung des Drogenproblems. Die kurzfristige Zunahme der Artikel vor der Abstimmung um «Jugend ohne Drogen» im Herbst 1997 liegt so gesehen ausserhalb des langfristigen Trends. Die *Beschränkung der Inhaltsanalyse auf illegale Drogen* erweist sich im Laufe der Untersuchung als nicht mehr genügend der diskursiven Dynamik des Suchtproblems angepasst. Ein quantitativer, longitudinaler Vergleich der Berichterstattung über Drogen, ungeachtet juristischer Kategorien, drängt sich hier auf.

## 1. Einleitung

Die Definition von Drogenkonsum als sozialem Problem bedarf in einer komplexen Gesellschaft der Vermittlung von entsprechenden Informationen durch die Massenmedien. Im Prozess der gegenseitigen Beeinflussung des sozialen Diskurses und des grundsätzlich öffentlichen Mediendiskurses hat die Presse einen mitbestimmenden Einfluss auf die Definition dessen, was als ein soziales Problem verstanden wird. Auch wenn Medien nicht in Unabhängigkeit von Einflüssen verschiedenster sozialer Kräfte agieren und reagieren, so bestimmt doch die Nachrichtenselektion und -gewichtung mit, welche Aspekte eines bestimmten Themas zu einem bestimmten Zeitpunkt häufiger, seltener oder gar nicht öffentlich diskutiert werden, oder, in anderen Worten, die politische Agenda mitbestimmen. Gerade im öffentlichen Diskurs über die illegalen Drogen darf ihre Rolle sowohl als Pulsfühler wie auch als Taktgeber nicht unterschätzt werden.

Das «Drogenproblem» wird in dieser Analyse der Medieninhalte nicht als objektivierbares pharmakologisches, soziomedizinisches, psychologisches oder kriminalistisches Phänomen, sondern als die medial vermittelte soziale Reaktion auf den Konsum bzw. die Existenz dieser Substanzen verstanden; gewisse Ausprägungen und Veränderungen dieses Diskurses sind jedoch mittels einer Inhaltsanalyse quantifizierbar. Durch die Auswahl, Gewichtung, Bewertung oder Auslassung von Phänomenen aus der Drogenthematik beteiligen sich die Medien an der Konstruktion von diskursiven Bezugsrahmen, auf die sich die soziale Diskussion über Drogen in wechselnder Intensität und Leidenschaft beziehen. Gegenstand dieser Untersuchung sind also unter anderem diese Rahmen, wie sie die Medien als Teilnehmer an und Vermittler von dieser sozialen Reaktion konstruieren bzw. verbreiten.

## 2. Methodik

Bei dem hier dargestellten Teil der Analyse der Schweizer Drogenberichterstattung handelt es sich um ausgewählte Resultate der quantitativen, longi-

## Key Words

Content Analysis  
Discourse Analysis  
Drug Policy  
Social Problems

\* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit den Verträgen Nr. 8032 (Teilprojekt), Nr. 8082 und Nr. 8092 unterstützt.

tudinalen Inhaltsanalyse der Drogenberichterstattung der Schweizer Presse von 1993 bis Ende Juni 1999. Der Untersuchungsansatz der quantitativen Erhebung ist am journalistischen Endprodukt orientiert, den Artikeln der Schweizer Presse, wie sie sich den Augen der Rezipienten präsentieren. Ein bedeutsamer Unterschied zu einer Mehrheit der Inhaltsanalysen besteht in der Art der Artikelaufnahme. Inhaltsanalysen gehen in der Regel von einem festen Arbeitskorpus von Artikeln aus, die in einem festgelegten, bereits vergangenen Zeitraum erschienen sind. Im Rahmen dieser Analyse sind – vor allem aus Gründen der gewünschten Aktualität – fortlaufend die erschienenen Artikel erfasst und Zwischenresultate regelmässig publiziert worden.

Die quantitative Erhebung umfasst alle Artikel zu illegalen Drogen und «Sucht» der Tageszeitungen «Blick», «Berner Zeitung» (Ausgabe Stadt Bern), «Neue Zürcher Zeitung», «24 Heures», «Le Matin», «Le Temps» (bis Februar 1997: «Journal de Genève»), «Corriere del Ticino» und der Zeitschriften «Das Magazin», «SonntagsBlick», «Sonntags-Zeitung», «Die Weltwoche», «Die WochenZeitung», «L'Hebdo», «Le Matin Dimanche».

Zu Beginn der Untersuchung wurde als Hypothese angenommen, dass die öffentliche Auseinandersetzung mit einem sozialen Problem drei sich im zeitlichen Ablauf überschneidende Stufen bzw. Phasen durchläuft und dass diese Phasen anhand von Charakteristiken der Medienberichterstattung identifiziert werden können. Eine erste Phase betrifft die Problematisierung, während derer das Problem definiert und Handlungsbedarf hergestellt wird. Die zweite Phase ist charakterisiert durch die Konkurrenz verschiedener Ansätze zur Lösung der Krise, dabei streiten sich kollektive soziale Akteure um die Problemzuteilung. In der Phase der Routinisierung schliesslich ist das Problem delegiert und gilt als in den richtigen Händen deponiert.

Die Menge und der Anteil der Zuteilung von Zeitungsraum und redaktionseigenen Ressourcen an bestimmte (Unter-)Themen können hier als Indikatoren für die publizistische «Grösse» und den Zustand eines Problems in der Öffentlichkeit verstanden werden.

Unter den 15 mittels des Statistikprogramms SPSS for Windows erhobenen Variablen interessieren hier die formalen Merkmale Datum (hier aufgeschlüsselt nach Jahren bzw. Semestern), Umfang in Seiten (0,02; 0,25; 0,5; 1,0 und 1,5 Zeitungsseiten), Quelle (hier redaktionsinterne bzw. -externe Produktion) und journalistische Stilformen (hier Meinungs- bzw. Berichtsformen); von den inhaltlichen Merkmalen wird hier ausschliesslich die Variable Thema berücksichtigt: – hier recodiert nach den drei Problemdimensionen Aktion, d. h. Artikel, die im weitesten

Sinn angestrebte Veränderungen der Drogensituation rapportieren (konstituiert durch die Hauptthemen Drogenpolitik, Prävention, Behandlung, Risiko- bzw. Schadensbegrenzung, Forschung), Status (Beschreibungen der Drogensituation und ihrer Konsequenzen, Beschreibungen des Drogenkonsums) und Drogenkriminalität, wobei die Hauptthemen wiederum aus zahlreichen detailliert und thematisch gruppiert erhobenen Einzelthemen bestehen.

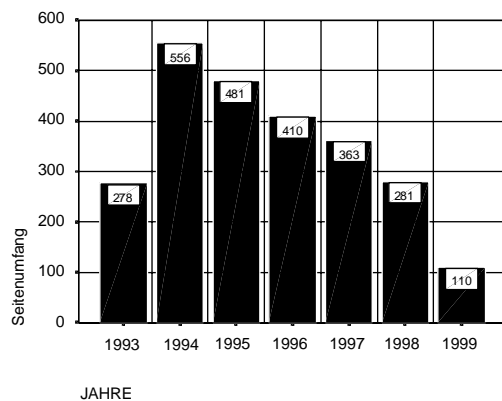
### 3. Resultate

#### 3.1 Umfang und Verlauf der Berichterstattung

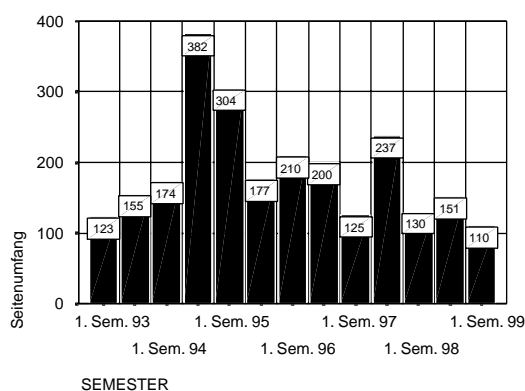
Von 1993 bis Juni 1999 sind aufgrund des Samples von sieben Tageszeitungen und acht Zeitschriften insgesamt 20 031 Artikel erfasst und ausgewertet worden. In diesem Bericht werden aus Platzgründen die Berichterstattungen zu Drogenkriminalität und Doping nicht erfasst, was zu einem Korpus von 9864 Artikeln führt. Während den Jahren 1995 und 1996 wurden aus arbeitsökonomischen Gründen bei einem damaligen Sample von 21 Tageszeitungen und 14 Zeitschriften rund 42% der Artikel lediglich summarisch codiert, d.h. dass keine Detailthemen oder -akteure erhoben und die Herkunft der Artikel sowie die journalistischen Stilformen nicht erfasst wurden. Dies hat in diesen Fällen zur Folge, dass im Folgenden mit Resultaten gearbeitet wird, die auf zwei für diese beiden Jahre unterschiedlichen Basiswerten bestehen können: Ausnahmslos detailliert erhoben wurden 8455 Artikel bzw. 2161 Seiten (Tabelle 1, Abbildung 3), teilweise reduziert codiert wurden 9864 Artikel bzw. 2478 Seiten (Tabelle 2, Abbildungen 1, 2, 4).

Wird der Artikelverlauf nach Jahren betrachtet, so stellt man, nach einem Höhepunkt 1994 mit 2094 Artikeln bzw. einer Fläche von 555 Zeitungsseiten einen kontinuierlichen Rückgang der Drogenberichterstattung fest, wobei zu bemerken ist, dass für das Jahr 1999 lediglich die ersten sechs Monate erfasst sind (Abbildung 1) und für das ganze Jahr grob mit einer knappen Verdoppelung gerechnet werden dürfte. Bei einer Betrachtung nach Semestern (Abbildung 2) lässt sich für die Zeit der Lettendiskussion vom Sommer 1994 bis zur Lettenräumung im Winter 1995 eine erste langanhaltende Verdichtung sowie eine zweite – deutlich kurzfristige – im 2. Semester 1997 anlässlich der Abstimmung über «Jugend ohne Drogen» feststellen. Das Ende und der Beginn der gesamten Berichtsphase bewegen sich auf einem vergleichbaren Niveau. Am Anfang und am Schluss befindet sich die Berichterstattung in einem – bezogen auf die Berichtsphase – «Courant normal» mit einer eher unterdurchschnittlichen Menge an Berichterstattung, dazwischen finden sich Phasen, in denen die Presse intensiver über illegale Drogen schreibt. Die Entwicklung der Be-





**Abbildung 1: Seitenfläche der erfassten Artikel nach Jahren (N = 9864)**



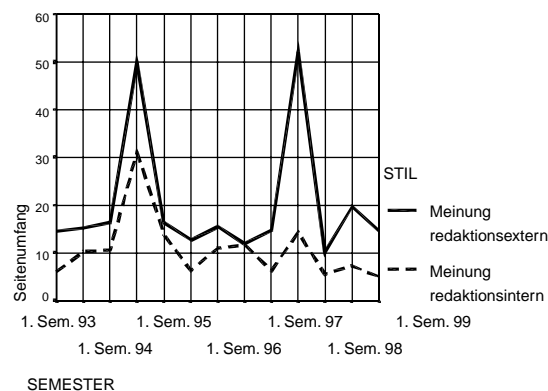
**Abbildung 2: Seitenfläche der erfassten Artikel nach Semestern (N = 9864)**

richterstattung lässt sich hier grob mit einer Bogenbewegung vergleichen.

### 3.1 Meinungsäußerungen der Redaktionen

Die redaktionsinternen Meinungsformen (v.a. Leitartikel, Kommentare) nehmen nach einem prozentualen und absoluten Höhepunkt zur Zeit der Lettenphase 1994 wieder kontinuierlich ab. Die externen Meinungsäußerungen (meist Leserbriefe) erreichen sowohl zur Zeit der Lettendiskussion als auch anlässlich der Abstimmung um «Jugend ohne Drogen» 1997 ähnlich hohe Werte, während für die pu-

blizierten Meinungen aus den Redaktionen vor dieser Abstimmung nur noch eine kleine Verdichtung festzustellen ist. Noch deutlicher fällt diese Tendenz zur redaktionellen Meinungsabstinenz im zweiten Semester 1998 zur Abstimmung über «Droleg» aus. Für die Redaktionen endet die intensive Zeit der selbstverfassten Meinungsäußerungen mit einem an den Meinungsformen insgesamt gemessenen anteilmässigen Höhepunkt im 2. Semester 1996. Die Redaktionen veröffentlichten zwar 1997 erneut eine hohe Anzahl von Zuschriften, die Zuteilung redaktionseigener Ressourcen an die Drogenthematik bewegte sich jedoch auf einem deutlich tieferen Niveau.



**Abbildung 3: Redaktionsinterne und -externe Meinungsformen (N = 8455)**

### 3.2. Thematische Resultate

Unter den fünf Hauptthemen der Aktionsdimension liegt eindeutig die Berichterstattung zur Drogenpolitik im engen Sinne an erster Stelle. In den Jahren 1997 und 1998 wird mehr als die Hälfte der Drogenberichterstattung der Drogenpolitik gewidmet. Sie wird nur vorübergehend im zweiten Semester 1995 von der Berichterstattung über Therapiemassnahmen und -einrichtungen knapp eingeholt. Diese nimmt bis 1995 kontinuierlich zu, um danach deutlich an Anteilen zu verlieren und erst 1999, v.a. im Zusammenhang mit der Abstimmung über das Referendum zum Dringlichen Bundesbeschluss zur

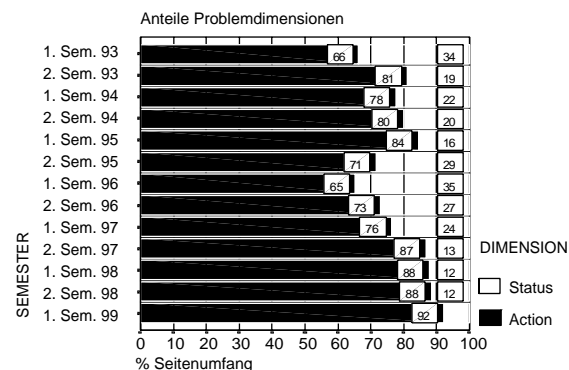
**Tabelle 1: Berichts- und Meinungsformen nach Jahren (Basis = 8455)**

Stil	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total
N Redaktionsinterne Meinung	58	144	76	49	68	47	20	462
% der gesamten Berichterstattung	5,3	14,9	6,8	5,7	4,5	3,7	3,9	5,5
Seitenumfang redaktionsinterne Meinung	16,3	41,5	20,2	22,8	20,6	12,8	5,0	139,2
% der gesamten Berichterstattung	5,8	7,4	9,6	8,6	5,7	4,5	4,5	6,4
N Total	1087	2094	1120	861	1516	1267	510	8455
Seitenumfang	277,5	555,6	209,8	265,0	362,6	280,8	110,4	2161,6

Heroinverschreibung, kurzfristig wieder markant an Anteilen zu gewinnen. Die im Vergleich eher marginal behandelten Hauptthemen Prävention und Überlebenshilfe verlieren im Verlauf der Jahre nach einem Höhepunkt zu Beginn der Berichtsphase zusehends an medialer Aufmerksamkeit. Die Zunahme der Berichterstattung zur Prävention 1999 ist insofern eine untypische Ausnahme, als vor allem die Presse der Romandie sich kritisch den als präventiv rubrizierten Urintests an Lehrlingen widmete. Lediglich das ebenfalls eher am Rande behandelte Thema Forschung verzeichnet seit 1993 – mit Ausnahme von 1997 – eine stetige Zunahme im Vergleich mit den anderen Themen. Bei den beiden Hauptthemen der Statusdimension ist eine gegenläufige Entwicklung auszumachen: Während die Berichterstattung über sozial-medizinische Folgen von einem Höhepunkt in seinen Anteilen 1993 ständig abgenommen hat, erscheint der Verlauf der Anteile bei den Themen um Konsum pyramidenförmig mit einer Spitze 1996. Aber auch in diesem Bereich sinkt der Anteil 1999 gegen die Bedeutungslosigkeit. Auch dies ist ein weiterer Hinweis auf die zunehmende Routinisierung bzw. auf eine abnehmende, an die drogenpolitische Aktion appellierende, Dramatik der Berichterstattung.

#### 4. Diskussion

Die untersuchten sechseinhalb Jahre der Schweizer Drogenberichterstattung enthalten die Abfolge von drei Phasen: Problematisierung, Definition und Routine. Die Problematisierungsphase entspricht der



**Abbildung 4: Anteile der Problemdimensionen Status und Aktion (N = 9864)**

Exposition des Problems und manifestiert sich während der Krise um die offenen Szenen, in erster Linie des Letten. Diese Phase ist charakterisiert durch eine intensive Berichterstattung und Meinungsbildung und eine teilweise dramatisierende Exposition der Drogenproblematik.

Die zweite Phase, die sich bis zur Lettenräumung zeitlich teilweise mit der ersten überschneidet, ist charakterisiert durch den Kampf um die Lösungsansätze und um den Besitz des Problems. Auch hier findet weiterhin eine intensive Presseaktivität statt, obwohl die Eigenleistungen der Redaktionen bereits am Abnehmen sind.

**Tabelle 2: Hauptthemen nach Jahren (N = 9864)**

Hauptthema	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total
N Drogenpolitik	432	908	708	508	987	712	172	4427
%	39,7	43,4	37,7	33,6	65,1	56,2	33,7	44,9
Umfang in Seiten	100,3	237,1	184,1	128,4	223,8	163,4	43,6	1080,6
%	36,1	42,7	38,3	31,3	61,7	58,2	39,5	43,4
N Prävention	73	105	86	80	47	25	33	449
%	6,7	5,0	4,6	5,3	3,1	2,0	6,5	4,6
Umfang in Seiten	18,3	25,3	21,6	18,2	10,5	4,7	7,4	106,1
%	6,6	4,5	4,5	4,4	2,9	1,7	6,7	4,2
N Behandlung	206	486	553	337	169	224	195	2170
%	19,0	23,2	29,5	22,3	11,1	17,7	38,2	17,2
Umfang in Seiten	52,5	122,9	126,8	85,0	38,7	45,3	36,2	507,5
%	18,9	22,1	26,4	20,7	10,7	16,1	32,8	20,4
N Überlebenshilfe	101	122	84	80	27	63	17	494
%	9,3	5,8	4,5	5,3	1,8	5,0	3,3	5,0
Umfang in Seiten	29,3	28,1	18,2	22,9	8,9	13,1	4,1	124,8
%	10,5	5,0	3,8	5,6	2,4	4,7	3,7	5,0
N Forschung	24	81	120	103	75	78	42	523
%	2,2	3,9	6,4	6,8	4,9	6,2	8,2	5,3
Umfang in Seiten	6,6	26,7	32,4	28,5	19,9	21,1	10,2	145,4
%	2,3	4,8	6,3	7,0	5,5	7,5	9,2	5,8
N Soziomedizinische Folgen	181	293	176	158	113	84	23	1028
%	16,7	14,0	9,4	10,4	7,5	6,6	4,5	10,4
Umfang in Seiten	45,2	85,3	47,3	45,1	27,2	13,4	3,2	267,0
%	16,3	15,4	9,8	11,0	7,5	4,8	3,0	10,8
N Konsum und Diverses	70	99	150	247	98	81	28	773
%	6,4	4,7	8,0	16,3	6,5	6,4	5,5	7,8
Umfang in Seiten	25,3	30,0	50,5	82,1	33,5	19,7	5,5	246,6
%	9,1	5,4	10,5	20,0	9,2	7,0	3,0	10,0
N Total	1087	2094	1877	1513	1516	1267	510	9864
Umfang in Seiten	277,5	555,6	481,0	410,3	362,6	280,8	110,4	2478,2

Die Routinisierungsphase, die auch der Schlussphase der Untersuchung entspricht und spätestens nach der Abstimmung um «Jugend ohne Drogen» einsetzt, signalisiert das «Ende» des Problems, es gilt als an die «richtige» Stelle delegiert, und die Presse findet zu einer routinemässigen Berichterstattung, die charakterisiert ist durch eine unterdurchschnittliche allgemeine Berichterstattung, wenige Meinungsformen und eine – hier nicht dokumentierte – Abnahme des Illustrierungsgrads.

Der Letten, der als Katalysator der Drogendiskussion gelten kann, kam nicht aus dem publizistischen Nichts: Bereits in den späten 80er Jahren sorgten die offenen Szenen bis zu ihrer Räumung in den frühen 90er Jahren auf dem Zürcher Platzspitz, im Berner Kocherpark und auf dem St.Galler Schellenacker für Schlagzeilen und eine vorübergehend sich intensivierende Drogenberichterstattung. Diese erste Räumungswelle mit nationalem Echo trug aber bereits den Keim neuer Probleme in sich. Die 1993 erschienenen Jahresrückblicke für das Jahr 1992 betonten denn auch, dass das «Drogenproblem» keineswegs «gelöst» sei. Der Zürcher Stadtpräsident appelliert an Bund, Kantone und Gemeinden, dass die Stadt Zürich nicht das Drogenproblem für die «halbe Schweiz» lösen könne. Allgemein wurde die Schliessung des Platzspitz als einfache «Problemverlagerung» kritisiert: In dieser Situation wurde bereits und erneut auf die geforderten drogenpolitischen Änderungen und die sich abzeichnenden gesundheitsorientierten Lösungsansätze verwiesen.

Die Berichterstattung über den Letten verlief weit aus dramatischer als diejenige über die «alten» offenen Szenen. Vom Sommer 1994 bis in den Februar 1995 verging kaum ein Tag ohne Reportagen über die Situation auf dem Letten oder Berichte zu drogenpolitischen Vorstössen oder Lösungsvorschlägen für das «Drogenproblem», das optisch mit Szenen vom stillgelegten Bahnhof Letten identifiziert wurde. Das Phänomen Letten hatte spätestens dann eine nationale Bedeutung erreicht, als die eidgenössischen Regierungsbehörden unter breiter Berichterstattung der Medien die betroffenen Quartiere besuchten.

Das gleichzeitige Auftreten des «Ausländerdiskurs» (im Sinne der Bekämpfung des in dieser Phase vor allem Ausländern zugeschriebenen Drogenhandels, als dem diskursiv neu zugewiesenen Hauptbetätigungsfeld des repressiven Elements der Drogenpolitik) und des «Fürsorge- bzw. Gesundheitsdiskurs» (dem Implementieren von therapeutischen und risikomindernden Massnahmen sowie der Heroinverschreibung) muss vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Räumung des Platzspitz gesehen werden, die vor allem als «Problemverlagerung» wahrgenommen wurde. Folgerichtig wurde die Räu-

mung des Letten auch publizistisch anders angepackt; es handle sich in diesem Fall nun nicht mehr nur um eine einfache Schliessungs-, Zerstreuungs- und Fernhalteaktion der Ordnungskräfte, sondern vielmehr um eine konzertierte Aktion, an der Polizei, Sozialarbeit und Medizin gleichzeitig beteiligt seien; die eigentliche Räumung und die Rückführung auswärtiger Drogenkonsumenten durch Ordnungskräfte, die Bereitstellung von sozialmedizinischen Einrichtungen und auch die Drogenverschreibung erschienen so als Elemente eines zusammenhängenden drogenpolitischen Programms.

Der drastische Rückgang der Berichterstattung bereits wenige Wochen nach der Lettenschliessung zeigt, dass das Drogenproblem zumindest als nationales öffentliches Problem massiv an Dringlichkeit eingebüsst hat und ab ungefähr Mitte 1995 als «gelöst» gilt (unter Vorbehalt des damals noch zu erwartenden Abstimmungsergebnisses über die Initiative «Jugend ohne Drogen»), bzw. dass das Problem an eine als zuständig erachtete Institution delegiert wurde. Die deutliche Abstimmungsniederlage von «Jugend ohne Drogen» mehr als zwei Jahre nach dem Höhepunkt der Krise muss auch in diesem Licht betrachtet werden.

Eine der zentralen Auseinandersetzungen im Abstimmungskampf um «Jugend ohne Drogen» betraf denn auch die Kompetenz der Verfechter konkurrierender drogenpolitischer Modelle zur Problemlösung. So zielte etwa das Bestreiten der Wissenschaftlichkeit der Drogenverschreibungsversuche und deren Begleituntersuchung sowie die Anklagen gegen Medien und Verbände, «die sich ohne Sachlegitimation in den Abstimmungskampf eingemischt haben» («Aktion Pro Jugend ohne Drogen», Communiqué vom 29.9.1997) direkt auf das Entitlement von Verschreibungsbefürwortern bzw. Initiativgegnern. Demgegenüber stand das letztlich erfolgreiche Bemühen vor allem der institutionell den Verschreibungsversuchen verbundenen Akteuren, ihre Zuständigkeit in der nunmehr in vier «Säulen» aufgeteilten Drogenproblematik glaubhaft zu machen.

Mit der Lancierung von «Jugend ohne Drogen» bereits 1992, stand der als «pragmatisch» etikettierten Drogenpolitik der Eidgenossenschaft und einiger Kantone ein als «repressiv» bezeichneter Ansatz gegenüber. Die Initianten wiesen zwar diese Charakterisierung als propagandistisch von sich, die verbotsorientierte Zielrichtung der Initiative implizierte aber automatisch die Ordnungskräfte als hauptsächliche Probleminhaber und als Scharnier zwischen Prävention und Therapie. Die Abstimmung zu «Jugend ohne Drogen» kommt in Bezug auf die Intensität der problematisierenden Drogenberichterstattung, also auch der öffentlichen Bedeutung des Problems, «zu spät». Das «Drogenproblem» gilt zu diesem Zeitpunkt, im September 1997, in einer breiten Öffent-

lichkeit wenn auch nicht als «gelöst», so doch als sich in den richtigen Händen befindlich. Bereits ab 1995 wird das Drogenproblem in verschiedenen Meinungsumfragen nicht mehr als eines der dringlichsten Probleme angesehen. Die bis ins Jahr 1996 für einige Indikatoren der Berichterstattung andauernd höhere Intensität kann in diesem Sinn als Bewältigung und Nachbereitung der Lettenkrise verstanden werden. Die Verdichtung der Berichterstattung und der Zuschriften, die rund zwei Monate vor der Abstimmung über «Jugend ohne Drogen» einsetzt, findet daher ausserhalb des mittelfristigen Trends statt. Die Abstimmung zu «Droleg» 1998 führt folgerichtig nur noch zu einer kleinen Verdichtung. Die Abstimmung über das Referendum gegen den Dringlichen Bundesbeschluss zur Heroinverschreibung fällt schliesslich kaum noch durch eine Intensivierung der Berichterstattung auf.

Die Drogenberichterstattung auf nationaler Ebene ist – abgesehen von einzelnen lokal behandelten Problemen und den untypisch in der Zeit stehenden Initiativen – ab Ende 1996 zu einer routinemässigen Behandlung des Drogenproblems als eines sozialen Problems «wie andere auch» übergegangen. Der Problembesitz in den Händen der Vertreter einer «pragmatischen» Drogenpolitik schliesst selbstverständlich nicht ein erneutes intensives Problematisieren von alten, neuen oder als neu definierten Phänomenen im Drogenbereich aus. Gerade der knappe Ausgang des Referendums zum Dringlichen Bundesbeschluss zur Heroinverschreibung 1999 nach einem vor allem auf Befürworterseite wenig engagiert geführten Abstimmungskampf in einer drogenpolitisch wenig bewegten Phase zeigt einerseits, dass der Problembesitz noch nicht eine «Carte blanche» bedeutet und weist andererseits auf die Bedeutung von Kommunikation und Öffentlichkeit im drogenpolitischen Diskurs auch ausserhalb der intensiven Phasen hin.

Im Laufe der Berichtsphase hat sich die Drogenpolitik und auch die mediale Wahrnehmung der illegalen und legalen Drogen geändert. Das Drogenproblem und die Drogenpolitik wurden spätestens gegen Ende 1997 nach der Abstimmung über «Jugend ohne Drogen» nicht nur als weniger wichtig erachtet, auch die früher klar gezogene sowie juristisch fundierte und oft pharmakologisch legitimierte Grenze zwischen legalen und illegalen Betäubungs- bzw. Genussmitteln begann sich aufzuweichen. In unserer quantitativen Erhebung wird zwar die Berichterstattung zu Alkohol, Tabak und weiteren legalen Substanzen nicht erfasst, feststellbar ist jedoch ein zunehmender Anteil von Artikeln die im Titel nicht mehr explizit von «Drogen» im Sinne von illegalen Substanzen sprechen, sondern «Sucht» bzw. «Gesundheit» eher allgemein thematisieren. Diese Entwicklung betrifft vor allem, aber nicht nur, Artikel zur Prävention. Die Ausdehnung des Sucht- und Dro-

genbegriffs einerseits und die Volksabstimmungen andererseits liessen neue und situativ wechselnde drogenpolitische Lager und Fragestellungen entstehen; ein zukünftiges Medienmonitoring im Suchtbereich müsste diesen Tatsachen Rechnung tragen.

## 5. Referenzen

1. Früh W. Inhaltsanalyse: Theorie und Praxis. München: Ölschläger; 1991.
2. Klingemann H. Prise en charge et traitement des toxicomanes. In: Fahrenkrug H et al. Drogues illégales en Suisse 1990–1993. Lausanne: ISPA; 1995.
3. Kreuzfeldt N. Streitfall Heroinvergabe – Die medienöffentliche Debatte in der deutschsprachigen Schweiz und in der Bundesrepublik Deutschland. Eine vergleichende Inhaltsanalyse der Tages- und Wochenpresse 1992 bis 1996, Hamburg: Xerocopy; 1997.
4. Wessler H. Öffentlichkeit als Prozess. Deutungsstrukturen und Deutungswandel in der deutschen Drogenberichterstattung. Westdeutscher Verlag, Opladen und Wiesbaden; 1999.

## 6. Valorisierung

Die Valorisierung erfolgte auf mehrere Arten. Ausser den unten aufgeführten Publikationen und Vorträgen führte die Studie – direkt und indirekt – zu mehreren Artikeln in der Tages- und Wochenpresse.

### 6.1 Publikationen

1. Boller B. Meinungen zur kontrollierten Drogenabgabe in der Schweizer Presse. Eine Untersuchung zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse. In: Boller B, Coray R, Widmer J (Hrsg.). Drogen, Medien und Gesellschaft, Studien I. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive: Cah Rech Doc IUMSP 1995; no 111.6: II, 1–20.
2. Boller B. Das destillierte Drogenproblem – Pressechroniken 1991 und 1992 im Vergleich. Eine qualitative Untersuchung zur Drogenberichterstattung in Jahresrückblicken der Schweizer Presse. In: Boller B, Coray R, Widmer J (Hrsg.). Drogen, Medien und Gesellschaft, Studien I. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive: Cah Rech Doc IUMSP 1995; no 111.6.
3. Boller B. Les aspects visibles de la toxicomanie. Drogues illégales et presse suisse. Genève, Editions Médecine et Hygiène. Cahiers médico-sociaux 1996; 40, no 2:149–57.
4. Boller B. Illegale Drogen und die Schweizer Presse: Die «offene Drogenszene» am Letten als

- publizistischer Ausnahmezustand. Lausanne, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA. *abhängigkeiten* 1997; 2:20–36.
5. Boller B. Kriminalität und Drogen in der Presse. In: Estermann J (Hrsg.). *Auswirkungen der Drogenrepression. Illegale Drogen: Konsum, Handel, Markt und Prohibition*. Luzern, Orlux und Berlin, Verlag für Wissenschaft und Bildung 1997:221–32.
  6. Boller B. Logik und Rhetorik: Drogenpolitische Kommunikation am Beispiel der Volksinitiativen «Jugend ohne Drogen» und «Droleg». In: Widmer J, Boris B, Coray R (Hrsg.). *Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit: Logik der Medien und Institutionen*. Basel und Frankfurt am Main, Helbing & Lichtenhahn 1997:39–57.
  7. Boller B, Coray R. Der Drogendiskurs der Schweizer Presse. *Dreijahresbericht 1993–1995. Eine quantitative Inhaltsanalyse zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. *Cah Rech Doc IUMSP* 1997; no. 111.9.
  8. Boller B, Coray R. Die ärztlich kontrollierte Drogenverschreibung. In: Widmer J, Boller B, Coray R (Hrsg.). In: *Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit. Logik der Medien und Institutionen*. Basel und Frankfurt am Main: Helbing und Lichtenhahn 1997: 93–104.
  9. Boller B, Coray R, Widmer J. Drogen, Medien und Gesellschaft. *Studien I*. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive: *Cah Rech Doc IUMSP* 1995; no 111.6.
  10. Boller B, Martin G. *Action Cirque. Rapport de 1993 et 1994. Evaluation d'une campagne de prévention et de sensibilisation de l'Office fédéral de la santé publique*. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive: *Cah Rech Doc IUMSP*; no 111.4.
  11. Coray R. Rezeption der ärztlich kontrollierten Drogenabgabe durch die Schweizer Presse (Januar 1993 bis Juni 1995). Eine Untersuchung zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse, in: *Drogen; Medien und Gesellschaft, Studien I*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive: *Cah Rech Doc IUMSP* 1995; no. 111.6: I, 1–31.
  12. Coray R. Exorcisme médical: les essais scientifiques de distribution de drogue sous contrôle médical. *Hermes* 1997; 21:171–80.
  13. Tröhler M. Von der Konstruktion der Wirklichkeit. Zur Repräsentation der KonsumentInnen von illegalen Drogen in den audiovisuellen Medien in der Schweiz: Strukturen, Hierarchien, Wirkungen. In: Widmer J (Hrsg.). *Drogen, Medien und Gesellschaft. Studien II*. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive: *Cah Rech Doc IUMSP* 1996; no 111.8.
  14. Widmer J. Images de la drogue: Aspects de la construction sociale d'un problème. In: *Journalistes et média en mutation. Quelques repères*. Fribourg, *Media-Papers* 1993;5:59–69.
  15. Widmer J. Images et imaginaires de la drogue: Comment la presse photographie le problème de la drogue? In: Widmer J, Zbinden Zingg P. *Discours sur la drogue dans les médias suisses 1991. Résultats de deux recherches sur la presse écrite d'octobre à décembre 1991*. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive: *Cah Rech Doc IUMSP* 1993; no 81.3:5–24.
  16. Widmer J. Les médiations: du regard médusé au regard de la loi. In: *Drogen, Medien und Gesellschaft. Studien II*. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive: *Cah Rech Doc IUMSP* 1996; no 111.8.

## 6.2. Vorträge

1. Boller Boris. 23.4.1993, Martigny, Ateliers Romands pour Intervenants dans le domaine des Addictions (A.R.I.A.): Les Médias et les drogues.
2. Boller Boris. 12.10.1994, Genf, 5ème Conférence sur la politique des villes européennes en matière de drogue: Le rôle des médias dans la formation de l'opinion publique.
3. Boller Boris. 13.10.1995, Bern, Kongress der Schweizer Gesellschaft für Sozialwissenschaften. *Gesellschaften im Umbau. Identitäten, Konflikte, Differenzen: Die Presse im Drogendiskurs*.
4. Boller Boris. 26.10.1995, Freiburg, Séminaire du 3ème cycle en sociologie des universités romands: Criminalité et déviance dans la presse.
5. Boller Boris. 16.11.1995, Freiburg, Weiterbildungsstelle der Universität. Séminaire/Seminar: médias et toxicomanie/ Medien und Drogensucht. *Illegaler Drogenkonsum und das Gesetz/Drogues illégales et justice: Was die Medien dazu meinen/Ce que ce dit dans la presse*.
6. Boller Boris. 11.1.1996, Luzern, Seminar für Sozialethik: Drogenpolitik – Sozialwissenschaftliche und sozialetische Annäherung an ein heisses Eisen.
7. Boller Boris. 15.2.1996, Wil SG, Ärztefortbildung Kantonale Psychiatrische Klinik: Das Drogenproblem als Konstruktion sozialer Wirklichkeit.
8. Boller Boris. 6.3.1996, Hobart, Australien, 7th International conference on the reduction of drug related harm: The Discussion about Illegal Drugs in Swiss Press.
9. Boller Boris. 13.12.1996, Freiburg. Seminar. *Illegale Drogen in der Schweizer Presse: Die Rhetorik der drogenpolitischen Abstimmungen in der Schweiz*.

10. Boller Boris, Coray Renata. 15.4.1997, Basel, Basler Drogenforum: Logik und Rhetorik in der Drogenpolitik – Wirkungsannahmen als Basis der drogenpolitischen Kommunikation am Beispiel der Abstimmungsrhetorik um «Jugend ohne Drogen».
11. Boller Boris. 10.9.1997, Bern, Schweizerische Journalisten Union: Kriminalität und Drogen in der Presse.
12. Boller Boris. 28.10.1997, Montreuil sur Seine, Frankreich, 7ème conférence de l'European Cities on Drug Policy: «Le processus d'adoption de mesures de réduction de risques: débat et stratégies médiatiques en Suisse».
13. Boller Boris. 5.2.1998, Bologna, Italien, 3ème conférence européenne des Intervenants en Toxicomanie. «Usages de drogues et crise de sociétés européennes. Réinventer la qualité des interventions: L'influence des médias, le cas de la suisse».

Korrespondenzadressen:  
Professeur Jean Widmer  
Lic. phil. Boris Boller  
Département sociologie et média  
Institut de journalisme et des communications  
sociales  
Université de Fribourg  
Miséricorde  
1700 Fribourg  
E-Mail: [jean.widmer@unifr.ch](mailto:jean.widmer@unifr.ch)  
[boris.boller@unifr.ch](mailto:boris.boller@unifr.ch)

# Drogenszenen: Struktur und Wandel von Drogenszenen in der Schweiz im Anschluss an die Aufhebung der offenen Drogenszene «Letten» in Zürich\*

Carmen Ronco, Christa Berger Hoins, Jörg Arnold, Andreas Lanz, Robert Sempach, Ambros Uchtenhagen, Institut für Suchtforschung (ISF), Konradstrasse 32, 8005 Zürich

## Zusammenfassung

Die Studie geht der Frage nach, welche Auswirkungen die Lettenräumung vom Februar 1995 auf lokale Drogenszenen in der Schweiz hatte. Hierfür wurde eine gesamtschweizerische, standardisierte Gemeindebefragung sowie eine vertiefende, qualitative Analyse der Drogenszenensituation in den Städten Basel, Luzern und Zürich durchgeführt. Ergebnisse: Drogenszenen existierten Anfang 1996 in beinahe allen befragten Gemeinden (88%), und zwar in allen Sprachregionen der Schweiz. Der Handel mit «harten» illegalen Drogen ist überall in der Schweiz verbreitet, wobei die Verbreitung des Heroins Anfang 1996 am grössten war, gefolgt von Kokain und Rohypnol. Die Drogenpreise weisen eine enorme Spannweite auf, und es zeigten sich signifikante Preisunterschiede zwischen den Sprachregionen. Die fünf wichtigsten Problemlagen, mit denen die Gemeinden konfrontiert wurden, waren der organisierte Drogenhandel, der Neueinstieg Jugendlicher, die Verwahrlosung der KonsumentInnen sowie die Beschaffungskriminalität. Entgegen verbreiteter Befürchtungen im Vorfeld der polizeilichen Lettenräumung hatte diese insgesamt wenig Einfluss auf die Drogensituation der befragten Gemeinden. In Zürich, Basel und Luzern ist es gelungen, den repressiven und fürsorglichen Bereich derart auszubauen und aufeinander abzustimmen, dass sich heute die negativen Auswirkungen von Drogenszenen in Grenzen halten und ein breites Hilfsangebot für Drogenkonsumierende zur Verfügung steht. Als Voraussetzung für eine fortlaufende, zuverlässige Beobachtung und Beurteilung der schweizerischen Drogenszenensituation müsste ein Monitoring in Bezug auf Szenenpopulationen, verfügbare Substanzen, Preisentwicklung sowie Konsumformen und -muster etabliert werden.

## 1. Einleitung

Sowohl in der öffentlichen Diskussion als auch in der wissenschaftlichen Literatur existieren sehr unterschiedliche Vorstellungen darüber, was eine Drogenszene genau ist, bzw. was sie ausmacht und wodurch sie sich konstituiert. Die meisten bisher zu diesem Thema durchgeführten Studien konzentrierten sich auf die sozialstatistische Beschreibung und Analyse der in der Drogenszene verkehrenden DrogenkonsumentInnen. Nur wenige Forschungsprojekte entwickelten entweder eine Typologie von Drogenszenen aufgrund äusserer Merkmale oder setzen sich mit der Drogenszene als einem soziokulturellen Phänomen auseinander. Studien bzw. Artikel, die sich den Fragen widmen, wodurch sich die Drogenszene konstituiert, bzw. was eine Drogenszene in ihrem Inneren ausmacht und welche Bedeutung und Funktion die Drogenszene für die Drogenkonsumierenden hat, fehlen bislang weitgehend.

Das vorliegende Forschungsprojekt leistet einen Beitrag zur Erhellung genau dieser Fragen, deren Bedeutung nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Schliessung der ehemals offenen Drogenszene «Letten» hinsichtlich der vielfältigen Spekulationen darüber, was mit der Szene nach ihrer Auflösung passiere, deutlich geworden ist.

Mit dem Projekt wurden inhaltlich zwei eng miteinander verknüpfte Ziele verfolgt:

1. Im Anschluss an die Schliessung der offenen Drogenszene «Letten» in Zürich liefert eine gesamtschweizerische Bestandsaufnahme Erkenntnisse über Existenz, Struktur und Wandel von Drogenszenen in der Schweiz. Eine vertiefende, qualitative Analyse in den Städten Zürich, Basel und Luzern erlaubt exemplarisch eine detaillierte Beschreibung der lokalen Drogenszenen, wobei sowohl die Innenperspektive (die Sichtweise der Drogenkonsumierenden) als auch die Aussenperspektive (die Sichtweise der ExpertInnen aus den Bereichen Polizei, Sozialarbeit und drogenpolitischen Behörden) berücksichtigt wurden.

## Key Words

Open Drug Scene  
Illegal Drugs  
Subculture  
Low Threshold Services  
Qualitative Research

\* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit den Verträgen Nr. 8001 und Nr. 8052D unterstützt.

Die Hauptfragestellungen für das erste Forschungsziel lauteten: Wo existieren in der Schweiz überall Drogenszenen? Welche Strukturen weisen sie auf? Welchen Einfluss hatte die Schliessung der offenen Drogenszene «Letten» auf diese Drogenszenen?

2. Das Projekt verfolgte eine theoretische wie auch empirisch abgestützte Auseinandersetzung mit dem Phänomen «Drogenszene» als einem soziokulturellen Gebilde. In diesem Zusammenhang interessierten die Fragen, welche Bedeutung und Funktion die Drogenszene für die Drogenkonsumierenden hat und wie sich die Schliessung der offenen Drogenszene «Letten» auf die ehemaligen, regelmässigen «Letten»-GängerInnen auswirkte.

Im vorliegenden Forschungsprojekt wird ein Mehrmethodenansatz verfolgt, indem sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsmethoden zur Anwendung kommen, wobei das Schwergewicht auf den unterschiedlichen qualitativen Verfahren liegt.

Von der Studie wurden für die Bereiche «Drogenprävention» und «Drogentherapie» (insbesondere hinsichtlich einer effektiven Rückfallprophylaxe) wertvolle Ergebnisse erwartet. Der Begriff «Drogenszene» wurde im vorliegenden Forschungsprojekt einer kritischen Diskussion unterzogen. Damit leistet die Studie einerseits einen wichtigen Beitrag zur Entmystifizierung der Drogenszene, andererseits zur Versachlichung der gegenwärtigen und zukünftigen drogenpolitischen Diskussion.

## 2. Vorgehen / Methodik

### 2.1 Quantitative Datenerhebung

Standardisierte, postalische Befragung der Sozial- und Polizeibehörden in 188 ausgewählten Städten und Gemeinden der ganzen Schweiz mittels Fragebogen. Im Sample sind alle Städte bzw. Gemeinden vertreten, welche eine Zentrumsfunktion für die umliegende Gegend haben und/oder eine hohe Bevölkerungsdichte aufweisen. 249 Gemeinden erfüllten eines der Kriterien. Da aber zahlreiche Gemeinden in beiden Kriterien-Kategorien vertreten sind, resultierte ein Schlusstotal von 188 Gemeinden. Der dreisprachig verfasste Fragebogen beschränkt sich inhaltlich auf die Erhebung lokaler Drogenszenen, in denen harte, illegale Drogen (v. a. Heroin und Kokain) angeboten und konsumiert werden. Er besteht aus 16 zumeist voll standardisierten Fragen mit geschlossenen Antwortvorgaben. Jede der 188 Gemeinden erhielt zwei Fragebogen, da pro Gemeinde jeweils die Polizei- und Sozialbehörden angeschrieben wurden. Insgesamt wurden 376 Fragebogen verschickt.

### 2.2 Qualitative Datenerhebung

Leitfadengestützte, themenzentrierte Interviews mit DrogenkonsumentInnen (möglichst kontrastiv bezüglich Geschlecht, Alter, Lebenssituation und Drogenkonsum) in den Städten Zürich, Basel und Luzern: insgesamt 13 Interviews.

Leitfadengestützte, themenzentrierte Interviews mit ExpertInnen aus Zürich, Basel und Luzern (Drogen-delegierte bzw. Drogenbeauftragte, Chefs der Sicherheitspolizei, VertreterInnen der Gassenarbeit oder einer gassennahen Institution): insgesamt 9 Interviews.

Als gesamtschweizerisches Zentrum des Drogenhandels und -konsums mit der ehemals grössten offenen Drogenszene der Schweiz stand der Einbezug der Stadt Zürich in das Sample des qualitativen Forschungsteils von vornherein fest. Basel und Luzern wurden als weitere Erhebungsorte gewählt, weil sie eine Zentrumsfunktion für die umliegende Region innehaben und eine eigenständige Drogenszene besteht mit Verbindungen zur Zürcher Drogenszene. Auch die geographische Lage dieser beiden Städte (Luzern: Zentrum für die Innerschweiz; Basel: Grenzstadt zu Deutschland und Frankreich) war für die Auswahl entscheidend.

### 2.3 Qualitative Datenauswertung

*Analyse der Interviews mit DrogenkonsumentInnen*

- a) Inhaltsanalyse der 13 erhobenen Interviews in Bezug auf Aussagen, die die ehemalige und aktuelle lokale Drogenszene sowie die Auswirkungen der «Letten»-Schliessung auf die lokalen Drogenszenen betreffen.
- b) Sequentielle Einzelfallanalysen aller 13 Interviews zur Rekonstruktion der Bedeutung und Funktion der Drogenszene für Drogenkonsumierende. Anschliessend systematischer Vergleich der 13 Fallanalysen.
- c) Durchführung von 15 Sekundäranalysen aus qualitativen Interviews, die im Rahmen von anderen szenennahen Forschungsprojekten vom Institut für Suchtforschung erhoben wurden. Das Ziel dieser Sekundäranalysen besteht darin, die Erkenntnisse der 13 Inhaltsanalysen anzureichern.

*Analyse der Interviews mit ExpertInnen*

Inhaltsanalyse der neun Interviews in Bezug auf Informationen und Aussagen, die die ehemalige und aktuelle lokale Drogenszene sowie die Auswirkungen der «Letten»-Schliessung auf die lokalen Drogenszenen betreffen.



Die Inhaltsanalysen der Interviews werden stadtbezogen separat zusammengefasst, um ein möglichst umfassendes Gesamtbild der Drogenszenensituation jeder der drei Städte zu erhalten. Dies ermöglicht einen anschliessenden interstädtischen Vergleich. Es werden Unterschiede und Ähnlichkeiten zwischen Zürich, Basel und Luzern festgehalten und diskutiert.

### 3. Resultate

#### 3.1 Ergebnisse der quantitativen Datenanalyse

Drogenszenen existierten Anfang 1996 in beinahe allen befragten Gemeinden (88%) und zwar in allen Sprachregionen der Schweiz. Rund die Hälfte der Gemeinden verfügte über eine öffentlich sichtbare, die andere Hälfte über eine eher verdeckte Szene «harter» illegaler Drogen. Auch der Handel mit «harten» illegalen Drogen ist überall in der Schweiz verbreitet. In allen befragten Gemeinden existierte Anfang 1996 sowohl der generelle Handel im privaten Rahmen als auch der spezifische Kleinhandel von Drogenabhängigen. Die gängigen «harten» illegalen Drogen Heroin und Kokain werden in fast allen befragten Gemeinden angeboten.

Erwartungsgemäss war die Verbreitung des Heroins Anfang 1996 am grössten, gefolgt von Kokain und Rohypnol; LSD hingegen scheint gesamtschweizerisch von eher marginaler Bedeutung zu sein. Was die Drogenpreise anbelangt, fällt die enorme Spannweite der von den antwortenden Gemeinden genannten Preise bei allen Substanzen auf. In der Romandie und im Tessin erwiesen sich die Preise für Heroin, Kokain und Rohypnol erheblich höher als in der deutschen Schweiz. Der Zusammenhang zwischen Drogenangebot, Drogenpreisen und räumlicher Mobilität lässt sich am Beispiel von Zürich, Basel und Luzern klar aufzeigen. Alle drei Städte üben eine «Sogwirkung» auf die je umliegende Region aus. Von den befragten Gemeinden schätzten Anfang 1996 über 70% den Anteil an sozial desintegrierten Drogenabhängigen in ihrer lokalen Szene auf höchstens 20%. Die fünf wichtigsten Problemlagen, mit denen sich die befragten Gemeinden mit einer existierenden Drogenszene Anfang 1996 konfrontiert sahen, sind der organisierte Drogenhandel, der Neueinstieg Jugendlicher, die Verwahrlosung bzw. die Gesundheit der KonsumentInnen sowie die Beschaffungskriminalität.

Im Verlaufe des Jahres 1995 scheint sich die «Szenen-Landschaft» in der Schweiz nicht wesentlich verändert zu haben. In rund 95% der befragten Gemeinden existierte Anfang 1996 dieselbe Art von Drogenszene wie ein Jahr zuvor. Wo in dieser Zeitspanne Veränderungen stattgefunden haben, zeigt sich jedoch eine leichte Tendenz zum Anwachsen

der Drogenszenen. Beim Handel mit «harten» illegalen Drogen resultierte im Jahresvergleich mehrheitlich eine unveränderte Situation. Wo Veränderungen beobachtet wurden, tendierten diese allerdings zu einer Zunahme. Das Drogenangebot erfuhr im Untersuchungszeitraum grundsätzlich keine wesentlichen Änderungen. Obwohl «Ecstasy» nicht zu den «harten» illegalen Drogen gezählt wird, vermerkten 76% der antwortenden Gemeinden ein steigendes Angebot dieser Substanz im Verlaufe des Jahres 1995. Was die Drogenpreise anbelangt, so waren sie starken Schwankungen unterworfen. Der Anteil der «auswärtigen» Drogenkonsumierenden blieb in rund drei Vierteln der befragten Gemeinden unverändert. Von Veränderungen betroffen waren besonders Orte, deren Drogenszene eine regionale und/oder überregionale Bedeutung hat, das heisst Gemeinden, deren lokale Drogenszene von einem hohen Anteil von Drogenkonsumierenden mit Wohnsitz ausserhalb der betreffenden Gemeinden aufgesucht wird. Bezüglich Konsumform stellten fast 40% der befragten Gemeinden eine Zunahme des Folienrauchens fest, wogegen sich beim intravenösen Konsum eher eine leichte Tendenz zur Abnahme abzeichnete. Im Verlaufe des Jahres 1995 scheinen die Polizeiaktivitäten insgesamt verstärkt worden zu sein, während bei den Drogenhilfsangeboten die Situation im Jahresvergleich mehrheitlich unverändert war. Entgegen verbreiteter Befürchtungen im Vorfeld der Räumung hatte die Letten-Schliessung insgesamt wenig Einfluss auf die Drogensituation der befragten Gemeinden.

#### 3.2 Ergebnisse qualitative Datenanalyse

Die meisten interviewten Drogenkonsumierenden hatten vor Beginn ihres illegalen Drogenkonsums bereits einschlägige Konsumerfahrungen mit legalen Substanzen wie Alkohol und Nikotin. Nicht nur der erste Haschischkonsum, sondern auch der erste Heroin- bzw. Kokainkonsum erfolgt in der Regel im gleichaltrigen Freundes- und Bekanntenkreis. Das Hauptmotiv dabei ist Neugier. Nebst der eintretenden körperlichen Abhängigkeit begünstigen auch bestimmte Risikofaktoren wie der schmerzhafte Abbruch einer Liebesbeziehung und/oder gravierende Beziehungsprobleme mit den Eltern sowie der Verlust des Arbeitsplatzes oder ein Lehrabbruch den Beginn eines exzessiven, unkontrollierten Drogenkonsums.

Die Drogenszene wird in erster Linie in ihrer Funktion als Drogenerwerbs- und -handelsplatz aufgesucht. Besonders für einen Teil der arbeits- und obdachlosen Drogenkonsumierenden kann die Drogenszene zum vorübergehenden Lebens- und Wohnort werden. Für einige verheisst die Drogenszene den Ausbruch aus einer einengend und langweilig empfundenen Wirklichkeit. Der tatsächliche

physische und psychische Überlebenskampf setzt jedoch nach einer gewissen Zeit einen ernüchternden Entzauberungsprozess in Gang. Innerhalb der Drogenszene unterscheiden sich die grundlegenden Wertorientierungen nicht prinzipiell von denjenigen der Gesamtgesellschaft. Der Kontext der Illegalität fördert eine ausgeprägte EinzelkämpferInnenkultur. Viele der interviewten Drogenkonsumierenden bringen eine ausgeprägte Sehnsucht nach einer Normalisierung ihres Alltags zum Ausdruck. Für die meisten ist die Drogenabstinenz jedoch keine Perspektive; sie wünschen sich längerfristig einen kontrollierten, gesellschaftlich akzeptierten Drogenkonsum im Rahmen einer sonst unauffälligen Lebensführung.

Ausstiegswillige Drogenkonsumierende sehen sich unter anderem mit der Schwierigkeit konfrontiert, dass sich eine langjährige Drogenszenenerfahrung in der «normalen» Lebens- und Arbeitswelt in keiner Weise verwerten lässt und einseitig als verlorene Lebenszeit angesehen wird.

#### 4. Diskussion

Die hier vorgelegte, explorativ und deskriptiv angelegte Studie zieht Bilanz über die Entwicklung der schweizerischen «Drogenszenen-Landschaft» im Zeitraum von Anfang 1995 bis Anfang 1996 und hat einen differenzierten Einblick in das «soziale Innere» der Szenen «harter» illegaler Drogen ermöglicht. Es ging darum, mögliche Zusammenhänge zwischen übergeordneten, drogenszenen-konstituierenden Elementen und ihre Auswirkungen auf individueller Ebene zu eruieren, herauszuarbeiten und zu beschreiben, ohne damit den Anspruch zu verbinden, derartige Hypothesen gleichzeitig auch wissenschaftlich zu testen.

Die vorliegende Studie hat klar vor Augen geführt, dass die polizeiliche Räumung offener Drogenszenen nicht deren Auflösung erreicht, sondern bestenfalls eine Verlagerung wesentlicher Szenenaktivitäten vom öffentlichen sichtbaren hin zum privaten Raum zur Folge hat. Die Neubildung einer offenen Drogenszene wird nur mit Hilfe aufwändiger Massnahmen im repressiven und professionellen Drogenhilfebereich verhindert. Den gegenwärtigen repressiven Druck bekommen in erster Linie die drogenabhängigen KleindealerInnen auf der «Gasse» zu spüren.

Die Drei-Städte-Analyse ergab, dass sich die rechtzeitige Informationstätigkeit im Vorfeld der Lettenräumung bewährt hat. Es hat sich gezeigt, dass ein Teil der regelmässigen SzenengängerInnen unter anderem aufgrund des Illegalitätskontextes und der Schwarzmarktbedingungen in eine soziale und gesundheitliche Verelendungsspirale gerät, aus der sich die Betroffenen kaum aus eigener Kraft befrei-

en können. Zu Beginn des Drogenkonsums spielt unter anderem Neugier eine entscheidende Rolle. Trotz des Wissens über die Wirkung von «harten» Drogen wird die eigene Immunität in vielen Fällen jedoch eindeutig überschätzt. Das Wissen um Risikofaktoren wie beispielsweise der schmerzhaft Abbruch einer Liebesbeziehung oder die stark belastete Beziehung mit den Eltern müsste zum Zwecke einer Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen in Schulen, Familien und anderen Sozialisations-Instanzen umgesetzt werden.

Während für die einen DrogenkonsumentInnen der kurzfristige Ausstieg aus der Drogenszene eine klare Zielvorgabe darstellt, ist Drogenabstinenz für die anderen allenfalls ein Fernziel, auf das kontinuierlich hingearbeitet werden muss.

#### 5. Empfehlungen

Es lassen sich für die drei Bereiche «Repression und professionelle Hilfsangebote», «Prävention» sowie «Forschung und Evaluation» allgemeine Empfehlungen formulieren, die mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie gestützt werden können.

a) *Repression und professionelle Hilfsangebote*  
Die Neubildung einer offenen Drogenszene wird nur mit Hilfe aufwändiger Massnahmen im repressiven und professionellen Drogenhilfebereich verhindert. Vor diesem Hintergrund gilt es, den Einsatz repressiver Massnahmen unter Bereitstellung adäquater Auffangstrukturen im Drogenhilfebereich zu planen und polizeiliche Repression und professionelle Hilfsangebote zu koordinieren und aufeinander abzustimmen.

b) *Prävention*  
Die vorliegende Studie bestätigt die Erkenntnisse der Präventionsforschung, wonach eine reine Wissens-Vermittlung über die Wirkungsweise illegaler Substanzen nicht ausreicht, um Menschen vom Drogenkonsum abzuhalten. Sachinformationen über gesundheitsschädigendes Verhalten sollten deshalb in einen Kontext eingebettet werden, der direkt an Alltagssituationen anknüpft, sodass unter möglichst «natürlichen» Bedingungen alternative Orientierungsmöglichkeiten und Handlungsmuster erlernt und erprobt werden können, die den konstruktiven Umgang mit den eigenen Alltags- und Lebensproblemen ermöglichen.

Aufgrund der Fallanalysen konnten Risikofaktoren wie beispielsweise der schmerzhaft Abbruch einer Liebesbeziehung oder die stark belastete Beziehung mit den Eltern bzw. mit einem Elternteil im Zusammenhang mit dem Beginn des Drogenkonsums herausgearbeitet werden. Dieses Wissen müsste zum Zwecke einer Primärprävention

bei Kindern und Jugendlichen in Schulen, Familien und anderen Sozialisations-Instanzen umgesetzt werden, indem das gesamte Sozialisations-Umfeld von Jugendlichen (Familie, Schule, Vereine, Jugendtreffs etc.) stärker sensibilisiert wird auf emotionale Belastungssituationen und entsprechend unterstützend wirkt bei deren Bewältigung.

Während für die einen DrogenkonsumentInnen der kurzfristige Ausstieg aus der Drogenszene und dem Drogenkonsum eine klare Zielvorgabe darstellt, ist Drogenabstinenz für die anderen allenfalls ein Fernziel, auf das kontinuierlich hingearbeitet werden muss. Aus diesem Grund müssen im Rahmen einer differenzierten Ausstiegshilfe unter anderem kurzfristige Perspektiven im Sinne einer Normalisierung des Alltags und einer Stabilisierung des Drogenkonsums erarbeitet und anvisiert werden. In diesem Zusammenhang ist die Aufforderung an Therapiestationen und andere Institutionen der Drogenhilfe zu richten, an vorhandene Kompetenzen der DrogenkonsumentInnen anzuknüpfen und mit ihnen realistische Perspektiven zu entwickeln, die ihren Fähigkeiten und Erfahrungen möglichst gerecht werden.

#### c) *Forschung und Evaluation*

Aufgrund der Tatsache, dass Drogenszenen äusserst dynamische, flexible und wechselhafte soziale Phänomene darstellen, wäre es sinnvoll, ein kontinuierliches Drogenszenen-Monitoring zu etablieren, damit Probleme und neue Entwicklungstrends rechtzeitig erkannt werden können. Eine regelmässige, deskriptive Informationstätigkeit über das Phänomen «Drogenszene» könnte unter anderem eine geeignete Entscheidungsgrundlage für PolitikerInnen und VertreterInnen aus Wissenschaft und Öffentlichkeit liefern. Als Voraussetzung für eine fortlaufende, zuverlässige Beobachtung und Beurteilung der schweizerischen Drogenszenen-Situation müssten Indikatoren festgelegt werden, die regelmässig auf die gleiche Art und Weise erhoben und analysiert würden. Erforderlich wäre ein Monitoring in Bezug auf Szenenpopulationen, verfügbare Substanzen und Preisentwicklung, Konsumformen und -muster.

## 6. Referenzen

1. Braun N et al. Die Berner Drogenszene. Bern/Stuttgart: Haupt; 1995.
2. Müller Th, Grob P. Medizinische und soziale Aspekte der offenen Drogenszene «Platzspitz» in Zürich. Vergleichende repräsentative Befragung von 758 Drogenkonsumenten. Institut für klinische Immunologie, Dept. Innere Medizin, Zürich; 1992.
3. Lanz A, Sempach R, Scholz G. Die Drogenszene in Zürich. Aktuelle Lebensumstände von Drogenkonsumenten/-innen. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich, Forschungsstelle der Fachstelle für Drogen- und Obdachlosenhilfe/Suchtfragen; 1991.
4. Künzler H-P. Analyse der offenen Drogenszene «Platzspitz» in Zürich. Sozioökonomische und medizinische Aspekte. Inaugural-Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Zürich; 1990.
5. Bless R, Korf D, Freeman M. Open Drug Scenes: A Cross-National Comparison of Concepts and Urban Strategies. The Amsterdam Bureau of Social Research and Statistics, Amsterdam; 1994.
6. Noller P, Reinicke H. Heroinszene. Selbst- und Fremddefinition einer Subkultur. Campus, Frankfurt a.M./New York; 1987.
7. Gerdes K, von Wolffersdorff-Ehlert Ch. Drogenszene: Suche nach Gegenwart. Ergebnisse teilnehmender Beobachtung in der jugendlichen Drogenkultur. Enke, Stuttgart; 1974.
8. Kemmesies U. Kompulsive Drogengebraucher in den Niederlanden und Deutschland. Die offene Drogenszene in Amsterdam und Frankfurt a.M. – eine lebensweltnahe, systematische Vergleichsstudie. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung; 1995.
9. Scheerer S. Die Heroinszene. In: Scheerer S, Vogt I (Hrsg.): Drogen und Drogenpolitik. Frankfurt: Campus; 1989:285–98.

## 7. Valorisierung

### 7.1 Begleitgruppe

Um einen erleichterten Zugang zum Untersuchungsfeld «Drogenszene» zu erlangen, wurde eine Begleitgruppe ins Leben gerufen, die sich aus VertreterInnen der Bereiche Polizei, Gassen- und Sozialarbeit und drogenpolitischen Behörden zusammensetzte. Es handelte sich dabei um dieselben Personen, die im Rahmen der qualitativen Datenerhebung interviewt wurden.

### 7.2 Vorträge

1. Projektvorstellung am Institut für Suchtforschung (ISF), Mai 1995.
2. Projektvorstellung am Institut für Suchtforschung für die im Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt gegründete Begleitgruppe, Juni 1995.
3. Projektvorstellung im Bundesamt für Gesundheit (BAG), August 1995.
4. Institutsinterne Projektpräsentation am Institut für Suchtforschung (ISF), Dezember 1995.
5. Präsentation des Zwischenberichtes am Institut für Suchtforschung (ISF) für die im Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt gegründete Begleitgruppe, Mai 1996.

Korrespondenzadresse:  
Institut für Suchtforschung (ISF)  
Postfach  
8031 Zürich  
Telefon: +41 (0)1 273 5025  
Fax: +41 (0)1 273 5023  
E-Mail: [isf@isf.unizh.ch](mailto:isf@isf.unizh.ch)

# Transaktionen und Strukturen des Kleinhandels mit Heroin und Kokain in Zürich\*

Bruno Nydegger Lory, Ambros Uchtenhagen, Institut für Suchtforschung, Zürich

## Zusammenfassung

Hauptziel der Studie ist eine empirische Analyse der Strukturen eines lokalen Drogenmarktes und die Transaktionsbeziehungen im Drogenkleinhandel (street-level). Ferner werden anhand der Kaufangaben von 336 Marktteilnehmern (Menge und Preis) mittels OLS-Modellen Preiselastizitäten der Nachfrage nach Heroin und Kokain geschätzt.

## 1. Einleitung

«Although drug addiction, especially addiction to heroin, has become one of the most perplexing of urban social problems, surprisingly little research has been done in terms of the relationship between price changes and supply and demand effectuated through a market mechanism, even if in an illicit market. Most analyses of illicit drug use have been undertaken from the point of view of social deviancy, urban decay and pathology, family breakdown, crime, and so forth». (Bernard 1983: 681). Diese bereits ältere Feststellung hat auch heute noch ihre Berechtigung. Die bisherigen Untersuchungen und Analysen der Lebensumstände von Drogenkonsumenten und der Drogenszenen haben kaum systematisch Informationen zu prohibitionsbedingten Marktstrukturen und Transaktionsgestaltungen erhoben. Es ist jedoch davon auszugehen, dass gerade diese Bedingungen die Alltagsbewältigung für einen bedeutenden Teil der Drogenkonsumenten stark beeinflussen (persönliche versus anonyme Tauschbeziehungen, Anzahl der Transaktionspartner, Erbringen szenenspezifischer Dienstleistungen, Schutzstrategien vor szeneninterner und polizeilicher Repression etc.).

Ziel der Studie ist es, die Einbindung und das Verhalten der Marktakteure in einen (lokalen) Drogenmarkt zu charakterisieren sowie verschiedene ökonomische und soziologische Hypothesen zur Logik der Prohibition, zur Strukturierung des Marktes und zur Gestaltung von Transaktionen, empirisch zu überprüfen. «(...) arguments, founded largely on theoretical conjecture and often motivated by political considerations, cannot enhance our knowledge. (...) Moreover the poor results of policies so derived should not surprise us. Only when informed by empirical knowledge will drug policy have the opportunity to exert influence over illicit drug use». (Bickel/DeGrandpre 1995: 93).

## 2. Vorgehen / Methodik

### 2.1 Forschungsplan

Die vorliegende Studie beschränkt sich auf die Beschreibung und Analyse eines relativ öffentlich stattfindenden Kleinhandels der beiden Substanzen Heroin und Kokain, wobei sie sich hauptsächlich auf die Perspektive der Nachfrage konzentriert. Die Datenerhebung besteht aus einer einmaligen, im Juli und August 1997 durchgeführten, quantitati-

## Key Words

Drug Market  
Drug Prohibition  
Criminalization  
Illicit Market  
Law Enforcement

\* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 8074 unterstützt.

ven, standardisierten schriftlichen Befragung von 336 Heroin- und/oder Kokainkonsumenten aus der sichtbaren Zürcher Drogenszene resp. aus Gassentreffpunkten sowie aus Benutzern niedrigschwelliger Angebote der Drogenarbeit.

Die Studie wurde in enger Zusammenarbeit mit zwei Projekten in Bern (Norman Braun, Institut für Soziologie der Universität Bern) und Basel (Jochen C. Nett) durchgeführt, die durch den Schweizerischen Nationalfonds im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes 40 «Gewalt im Alltag und organisierte Kriminalität» unterstützt worden sind. Bevor die Analyse verschiedener Aspekte des Kleinhandels von Heroin und Kokain vorgenommen wird, werden die kontaktierten Marktteilnehmer beschrieben. Wie im Forschungsplan festgehalten, wird mit der vorliegenden Erhebung der in der Stadt Zürich «sichtbaren» Drogenkonsumenten eine Fortsetzung bisheriger Untersuchungen angestrebt. Der Bericht enthält deshalb einleitend eine ausführliche Beschreibung der Stichprobe (soziodemografische Merkmale, aktuelle Lebensumstände, Konsumgeschichte und aktueller Drogenkonsum, Gesundheit und Legalstatus). Die Befunde werden vorwiegend zwei grossen Untersuchungen zu vergleichbaren Konsumentenpopulationen gegenübergestellt. Dadurch lassen sich einerseits Stabilitäten und Veränderungen zur Population «sichtbarer» Drogenkonsumenten aufzeigen, andererseits die Validität der erhobenen Daten diskutieren.

Anschliessend wird über zentrale marktrelevante Aktivitäten der kontaktierten Akteure berichtet (Häufigkeit, Menge, Ort und Beziehungen bei Kauf und Verkauf von Heroin und Kokain) sowie die Tauschraten von Heroin und Kokain analysiert. Anhand dieser Ergebnisse wird sodann der Frage nachgegangen, welche risikovermindernden Anpassungsstrategien der Marktteilnehmer an die Bedingungen der Prohibition im gassennahen Kleinhandel von Heroin und Kokain modelliert werden können.

Schliesslich werden auf der Grundlage der erhobenen Mengen- und Preisangaben die Preiselastizität der Nachfrage nach Heroin und Kokain geschätzt, den in der Literatur vorzufindenden (theoretischen) Annahmen gegenübergestellt und bezüglich Implikationen für alternative drogenpolitische Szenarien diskutiert.

## 2.2 Stichprobe

Die Studie berichtet über selbst konsumierende Marktteilnehmer der gassennahen Heroin- und Kokainmärkte in der Stadt Zürich. Aufgrund des Befragungsvorgehens steht die Stichprobe (83 Frauen und 253 Männer) für an leicht zugänglichen Einrich-

tungen (Anlaufstellen mit Injektionsräumen, Notschlafstellen, medizinische Versorgung, Spritzenbezug resp. -tausch etc.) anzutreffende Konsumenten von Heroin und Kokain. Nicht erreicht wurden somit Personen, die solche Angebote nicht nutzen oder nicht darauf angewiesen sind. Ferner muss davon ausgegangen werden, dass auch jene Konsumenten, die selbst nicht als Käufer auf dem Markt erscheinen, untervertreten sind. Sowohl bezüglich Heroin wie Kokain sind denn auch 98% der Befragten im Vormonat mindestens einmal als Nachfrager im Markt aufgetreten. Schliesslich bewirkt die Befragung an konsumentenspezifischen Einrichtungen, dass auch der Gegentypus, der nichtkonsumierende Verkäufer, sehr selten kontaktiert wurde.

## 2.3 Messungen

Der Fragebogen wurde nach dem Pretest (n = 52) felddnäher formuliert und mit weiteren relevanten Antwortkategorien ergänzt. Da neben soziodemografischen und -ökonomischen auch sensible Fragen zu Drogenkonsum, -kauf und -verkauf, Beschaffungskriminalität und -prostitution, Gesundheit etc. zu stellen waren, wurde eine Kombination von Befragungsmethoden gewählt. Im Anschluss an einen Face-to-face-Teil (42 Hauptfragen) hatte die befragte Person selbstredigierend weitere 22 Hauptfragen zu beantworten. Nach Abschluss dieses Teils der Befragung wurde der Fragebogen in einem geschlossenen Briefumschlag dem Interviewer zurückgegeben.

## 2.4 Vorgehen/Verfahren

Die Befragung ist vom Forscher selbst und einem bereits für andere Projekte am Institut für Suchtforschung eingesetzten Interviewerstab durchgeführt worden. Sie fand in oder bei niedrigschwelligem Angeboten der Drogenarbeit statt (Kontakt- und Anlaufstellen, Notschlafstellen, gassennahen Krankenzimmern, Spritzenbus).

## 2.5 Statistische Analysen

Die Daten wurden mit dem Statistiksoftwarepaket SPSS ausgewertet. Neben uni- und bivariaten Analysen (hauptsächlich zur Deskription der Stichprobe; Methoden: Chi-Quadrat-Tests, Rangsummentests, t-Tests, nichtparametrische und lineare Korrelationen) wurden logistische Regressionen zu verschiedenen Entwicklungswahrscheinlichkeiten (z. B. Kriminalisierung, Verkauf von Drogen oder Aufbau von Vertrauensbeziehungen) sowie OLS-Modelle zur Schätzung von Preiselastizitäten der Nachfrage durchgeführt.

### 3. Resultate und Diskussion

#### 3.1 Soziodemografische Eckdaten der Marktteilnehmer

- Rund drei Viertel der Befragten sind Männer, ein Viertel Frauen.
- Mit durchschnittlich 31 Jahren liegt, im Vergleich zu Ergebnissen vorhergehender Jahre, ein erhöhtes Durchschnittsalter vor, wobei die Frauen, wie in anderen Untersuchungen auch, rund eineinhalb Jahre jünger sind.
- Im Hinblick auf die sozio-strukturelle Integration, welche die Lebensbereiche Wohnen, Arbeit und Finanzen umfasst, gelten 12% als weitgehend desintegriert, 50% als partiell desintegriert und 38% als weitgehend integriert.
- 10% haben aktuell gar keinen Freundeskreis, für weitere 60% setzt sich dieser mehrheitlich aus Konsumenten harter Drogen zusammen.
- Rund jede vierte befragte Person ist von einer Hepatitis-Infektion betroffen, jede fünfte weist zurzeit Abszesse auf und jede siebte ist HIV-positiv.
- Insbesondere aus der Perspektive der Präventionsbemühungen ist der Befund relevant, dass jede vierte Person der insgesamt 7%, welche angeben, im Vormonat Einkommen aus Prostitution erzielt zu haben, HIV-infiziert ist.
- Sieben von zehn Befragten sind im Vormonat polizeilich kontrolliert worden, wovon mehr als drei Viertel wiederholt. Dabei weisen Männer zwar ein signifikant höheres Kontrollrisiko auf, unter den Kontrollierten unterscheidet sich das Wiederholungsrisiko jedoch nicht mehr nach dem Geschlecht.

#### 3.2 Konsumspezifische Eckdaten

- Im Durchschnitt weisen die Befragten eine Konsumkarriere von 11 Jahren auf, gemessen vom Beginn des ersten regelmässigen Konsums von Heroin oder Kokain bis zum Alter anlässlich der Befragung.
- Knapp neun von zehn Befragten haben einmal regelmässig Heroin oder Kokain injiziert; 85% konsumierten auch während des der Befragung vorangegangenen Monats hauptsächlich intravenös. Dies sind wesentlich höhere Anteile Injizierender als in vergleichbaren früheren Studien.

- Unter den Befragten konsumieren 60% täglich eine harte Droge, wobei wegen der speziellen Wirkung von Cocktails (ein simultan konsumiertes Gemisch von Heroin und Kokain), dies in der vorliegenden Studie als *eine* Droge betrachtet wird. Sowohl bei den täglich, als auch bei allen konsumierenden gilt, anhand der Konsumhäufigkeit gemessen, ein Cocktail zu 46% als Hauptdroge, gefolgt von Heroin mit 26% und Kokain mit 4%. Weitere 17% konsumieren zwei der drei Drogen und 7% alle drei «am häufigsten».
- Während täglich Heroin oder Kokain konsumierende einen durchschnittlichen Bedarf von rund einem Gramm der jeweiligen Substanz pro Tag angeben, benötigen Cocktaillkonsumenten nicht etwa je ein halbes, sondern ebenfalls je 1 Gramm von jeder der beiden Substanzen pro Tag. Noch mehr Heroin und Kokain konsumieren jene Personen, die entweder alle drei Drogen oder Cocktails und Kokain «am häufigsten» gebrauchen.
- 55% der Befragten nehmen aktuell an einem Methadonsubstitutionsprogramm teil und 5% am PROjekt zur VErschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE); 40% sind nicht substituiert. Während sich einerseits Nicht- und Methadonsubstituierte weder hinsichtlich des Alters, noch nach Geschlecht oder Konsumkarriere unterscheiden, führen andererseits die Aufnahmekriterien für PROVE-Programme zu Unterschieden dieser Gruppe gegenüber den übrigen Befragten bezüglich Alter und Konsumkarriere.
- Der Einfluss von Substitutions- und Abgabeprogrammen zeigt sich insbesondere bezüglich der sozio-strukturalen Integration sowie im Konsumverhalten. So sind Nichtsubstituierte in einer signifikant schlechteren Wohn- wie auch Arbeitssituation und konsumieren signifikant häufiger illegal harte Drogen. In Bezug auf einzelne Drogen differenziert, konsumieren Nichtsubstituierte sowohl gegenüber Methadonsubstituierten wie gegenüber PROVE-Teilnehmern häufiger Cocktails. Ferner konsumieren Nichtsubstituierte häufiger Heroin als Methadonbezüger. Schliesslich konsumieren PROVE-Teilnehmer sowohl im Vergleich zu Nicht- wie zu Methadonsubstituierten weniger häufig Kokain.

#### 3.3 Das Marktverhalten der Befragten

- Die Häufigkeit, auf dem Heroin- oder dem Kokainmarkt aufzutreten, korreliert hochsignifikant mit der Konsumhäufigkeit der jeweiligen Substanz. Der Kauf grösserer Mengen, welche längere Konsumphasen decken könnten, kommt demnach kaum vor.

- Sowohl der Kauf wie der Verkauf von Heroin und Kokain findet weitestgehend in der Stadt Zürich statt. Rund ein Viertel der Käufer und 20% der Verkäufer wickeln ihr Geschäft vorwiegend in privaten Räumlichkeiten ab, wobei diesbezüglich weder mit der Wohnsituation (feste private Wohngelegenheit) der Käufer oder der Verkäufer ein Zusammenhang festgestellt werden kann.
- Für die Mehrheit der Heroin- wie auch der Kokainnachfrager umfassen die üblichen Transaktionsmengen pro Deal maximal 0,5 Gramm. Werden lediglich die Weiterverkäufer betrachtet, so liegen erwartungsgemäss höhere Werte vor: Für 54,1% der Weiterverkäufer von Heroin liegt die übliche Kaufmenge bei mindestens 5 Gramm, 45,5% der Weiterverkäufer von Kokain kaufen üblicherweise grössere Mengen als 1 Gramm.
- Je vertrauter die Anbieter den Nachfragern sind, desto grösser sind die durchschnittlichen Transaktionsmengen und umso kleiner ist die Zahl der von einem Nachfrager im Vormonat insgesamt berücksichtigten Anbieter.
- Zwei Drittel der Käufer haben zurzeit Beziehungen zu mindestens einem Stammdealer, wobei die durchschnittliche Dauer dieser Beziehungen bei fünfzehn Monaten liegt resp. zur Hälfte seit über sechs Monaten besteht. Mit 22% weiblichen und 78% männlichen Stammdealern liegt eine den Befragten sehr ähnliche Geschlechterverteilung vor, wobei weder das Vorliegen eines Stammdealers vom Geschlecht der befragten Person abhängt, noch ein systematischer Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des Stammdealers und dem des Kunden feststellbar ist.
- Jeder achte Nachfrager bezahlt höchstens «gelegentlich» mit Bargeld. Als alternative Bezahlmodi sind vorwiegend intermediäre Dienstleistungen im Drogenmarkt genannt worden. 10% der Befragten bezahlen meistens hiermit. Weitere Zahlungsarten sind der Tausch gegen andere Drogen (insbesondere Heroin gegen Kokain oder umgekehrt) und der Tausch mit Wertgegenständen. Bezahlung mit sexuellen Dienstleistungen haben im Vormonat 4,6% geleistet, wobei dies für die Hälfte dieser Personen «meistens» oder «immer» vorkommt.
- Selbst im gassennahen Handel – also der letzten Stufe der langen Distributionskette von Anbau bis Konsum – sind Preissteigerungen in der Grössenordnung von 200% zu beobachten. Bei Transaktionsmengen, die *einem* Konsumereignis entsprechen (d. h. 0,25 Gramm), ist für Heroin im Durchschnitt ein Grammpreis von Fr. 110.– (Kokain: Fr. 175.–) zu entrichten; bei Transaktionsmengen von 5 Gramm Heroin beträgt der Grammpreis Fr. 50.– (Kokain: Fr. 90.–).
- Sowohl bezüglich Heroin wie Kokain beurteilen vier von zehn Befragten die Qualität der im Vormonat konsumierten Drogen als durchgehend gut. Die Zufriedenheit mit der Qualität steht einerseits in signifikantem Zusammenhang mit dem Vorliegen dauerhafter Geschäftsbeziehungen; andererseits muss für qualitativ als gut bezeichnete Ware kein höherer Preis geleistet werden.
- 15% der Befragten verkaufen täglich, weitere 15% mehrmals wöchentlich und knapp 10% höchstens einmal pro Woche Heroin oder Kokain. Zwischen dem Verkauf von Heroin und demjenigen von Kokain liegt ein hoher Zusammenhang vor, und der Verkauf (von Heroin oder Kokain) geht tendenziell eher mit dem Konsum von Kokain als von Heroin einher.
- Obwohl rund 28% der Befragten regelmässig Cannabis konsumieren, verkaufen nur gut 3% diese Droge mindestens mehrmals wöchentlich, sowie weitere 4% seltener. Eine Überlappung der Märkte harter und weicher Drogen ist demnach nicht nachzuweisen.
- Weiterverkäufer von Heroin oder Kokain zeichnen sich gegenüber Nurkäufern durch höheren Kokainkonsum, häufigeres Vorliegen eines Stammdealers, seltenerer Teilnahme an einem Substitutions- oder Abgabeprogramm und schlechtere gesellschaftliche Integration aus. Lediglich in Bezug auf Heroin ist zudem ein tieferes Durchschnittsalter der Weiterverkäufer festzustellen.
- Beschaffungskriminelle Aktivitäten (exkl. Weiterverkauf von Drogen) haben gut 7% der Befragten angegeben. Im Vergleich zu den übrigen Befragten weist diese Gruppe signifikant höhere durchschnittliche tägliche finanzielle Aufwendungen für den Konsum harter Drogen auf.
- Wie bereits erwähnt, liegt für Frauen ein vermindertes Entdeckungsrisiko (d.h. die Wahrscheinlichkeit, polizeilich kontrolliert zu werden) vor. Ferner geht eine diesbezügliche Verminderung mit tieferer Nachfragehäufigkeit sowie mit dem Kauf bei Bekannten einher, nicht jedoch mit dem Kauf im Privaten oder dem Weiterverkauf von harten Drogen.



### 3.4 Modellierung der Nachfragefunktionen nach Heroin und Kokain

- Multiple OLS-Regressionsmodelle unterschiedlich spezifizierter Nachfragefunktionen nach Heroin oder Kokain schätzen einen positiven Zusammenhang mit der Konsumhäufigkeit und dem Einkommen, einen negativen mit dem Preis und der sozialen Integration. Lediglich bezüglich der Heroinnachfrage wird ferner ein negativer Einfluss der Repressionserfahrungen geschätzt.
- Die besten Schätzmodelle führen einerseits alle zu im Durchschnitt inelastischen Nachfragen von Heroin wie Kokain, wobei diejenigen nach Kokain betragsmässig stets leicht höher ausfallen. Andererseits führen diese Modelle auch zu gegensätzlichen Funktionen der Preiselastizität der Nachfrage. Sowohl preisinvariante als auch mit dem Preis steigende oder fallende Funktionen sind abzuleiten. Diese Ergebnisse können demnach keine Antwort auf die Frage geben, ob und allenfalls welche Mengenveränderungen beispielsweise infolge preissteigernder Repressionsintensivierung oder preissenkender Liberalisierung zu erwarten wären.

### 4. Referenzen

1. Becker GS. Crime and punishment: an economic approach. *Journal of political economy* 1968;76:169–217.
2. Becker GS, Murphy KM. A theory of rational addiction. *Journal of political economy* 1988; 96: 675–700.
3. Bernard G. An economic analysis of the illicit drug market. *The international journal of the addictions* 1983;18:681–700.
4. Bickel WK, DeGrandpre RJ. Price and alternatives: Suggestions for drug policy from psychology. *The international journal of drug policy* 1995;6:93–105.
5. Braun N. Rationalität und Drogenpolitik. Habilitationsschrift an der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern, 1998.
6. Erlei M (Hrsg.). *Mit dem Markt gegen Drogen!?* Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 1995.
7. Hartwig KH, Ingo P. *Rationale Drogenpolitik in der Demokratie*. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), 1995.
8. Pommerehne WW, Hart A. Man muss den Teufel nicht mit dem Belzebuben austreiben wollen: Drogenpolitik aus ökonomischer Sicht. In: Böker W, Nelles J (Hrsg.): *Drogenpolitik wohin?* Bern: Haupt, 1991:241–70.
9. Reuter P, Kleiman MAR. Risk and prices: An economic analysis of drug enforcement. In: Passas N (Hrsg.): *Organized Crime*. Aldershot: Dartmouth, 1995 [1986]:519–70.
10. Soref MJ. The structure of illegal drug markets. An organizational approach. *Urban life* 1981;10:329–52.
11. Weatherburn D, Bronwyn L. The impact of law enforcement activity on a heroin market. *Addiction* 1997;92:557–69.

### 5. Valorisierung

«Die Logik der Prohibition aus ökonomischer Sicht»: Referat im Rahmen des internen Forums am Institut für Suchtforschung, Zürich, 29. April 1998.

Korrespondenzadresse:  
Institut für Suchtforschung ISF  
Konradstrasse 32  
CH-8005 Zürich  
E-Mail: isf@isf.unizh.ch

# Maîtriser la toxicodépendance? Analyse comparative de deux formes de gestion Potentialités, limites, réponses institutionnelles\*

Marc-Henry Soulet, Maria Caiata, Kerralie Oeuvray, Chaire de Travail Social, Université de Fribourg

## Résumé

Une recherche en cours (mars 1998–décembre 1999), menée par la Chaire de Travail Social de l'Université de Fribourg, *centre ses réflexions sur les questions suivantes*: Est-il possible de gérer un usage de drogues dures illégales? C'est-à-dire, est-il possible d'utiliser de l'héroïne et/ou de la cocaïne sans que cela ne pose un problème dans la vie quotidienne? Comment vivent les personnes qui estiment se trouver dans cette situation? Quelles sont les implications de cet usage sur leur mode de vie et sur leur qualité de vie? *Il existe deux groupes de personnes* qui, du moins apparemment, parviennent à «maîtriser» leur consommation. Le premier est constitué de certains participants aux programmes de méthadone qui, tout en bénéficiant des avantages significatifs des traitements de substitution, continuent parfois une consommation de produits illégaux, sans que cet usage ne soit nécessairement problématique à leurs yeux. Le second est constitué de personnes qui affirment maîtriser leur consommation sans utiliser les traitements de substitution (consommateurs récréatifs ou occasionnels). *Il n'est pas aisé de chiffrer la population* qui estime gérer son usage de produits illicites. Plusieurs recherches laissent toutefois supposer que le pourcentage est significatif. Ce sont justement ces consommateurs que les chercheurs sont en train d'interviewer. Ils veulent en effet analyser comment vivent ces personnes et dégager les implications de leur consommation sur leur vie sociale, familiale, relationnelle et professionnelle. *Parallèlement*, des responsables politiques et professionnels de la Suisse romande et du Tessin sont consultés afin d'estimer leur perception de la gestion de produits illégaux 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. *Ce projet* est soutenu par l'Office fédéral de la santé publique et s'inscrit dans la stratégie de lutte contre la drogue de l'OFSP pour les années à venir, ayant pour objectif de diminuer l'entrée en toxicomanie et d'en faciliter la sortie.

## 1. Introduction

Plusieurs recherches menées dans les dernières années (OFSP 1995; Gerstein 1992) laissent entrevoir l'existence de personnes suivant les traitements de méthadone qui poursuivent tout de même leur consommation de produits illégaux, sans qu'elles ne le vivent de façon nécessairement problématique et malgré les tentatives des professionnels psychosociaux de les motiver à éviter les «rechutes».

A cette population, que l'on pourrait définir comme une population qui gère son usage de produits illégaux, 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, l'illégalité de la consommation fait que cette population est cachée, donc difficilement atteignable. D'autre part, la gestion du produit n'est pas admise déjà 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 illégaux 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.

La présente recherche abandonne l'analyse en termes de rechute ou d'étape. Le propos ici est de considérer cette forme d'usage de drogue comme une sorte de gestion du produit illégal, une gestion qui peut s'avérer plus ou moins aisée, qui peut pré-

## 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.

senter des limites, mais qui, du moment qu'elle est stable, demande à être interrogée.

Les objectifs de la recherche sont donc de deux ordres:

- un premier groupe d'objectifs est constitué par la description et la compréhension du mode de vie des personnes concernées. Il s'agira d'identifier les éléments qui ont une influence sur cette capacité de gestion, la rendant plus ou moins aisée. Il faudra analyser en particulier les supports médicamenteux, familiaux, sociaux, institutionnels de la gestion, et la façon dont la personne les utilise. Les limites et les difficultés de cette pratique seront aussi mises en évidence, afin d'en dégager les implications dans la vie sociale, familiale, relationnelle et professionnelle des personnes consommatrices;
- un deuxième niveau est constitué d'objectifs visant à dégager les applications pratiques possibles qui découlent de la compréhension de ce mode de vie. D'une part, il s'agira 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'agira d'évaluer comment les intervenants et les décideurs politiques peuvent accueillir la notion de «stratégies de gestion» et comment ils pourraient envisager d'intégrer ces dernières dans les offres institutionnelles.

## 2. Déroulement de l'étude/Méthode

### 2.1 Consommateurs

Cette recherche repose sur un travail qualitatif approfondi. Elle privilégie l'étude de la gestion de la consommation illégale en procédant par vagues d'entretiens individuels, d'une part auprès de personnes qui combinent une telle consommation avec une prise de produit de substitution (méthadone) et, d'autre part, auprès de celles qui en consomment de manière récréative. Le critère définissant la gestion du produit illégal est constitué par l'auto-définition. Toutefois, afin de prendre en considération des situations stables, l'auto-définition de sa propre pratique comme non-problématique doit se référer à une durée minimale d'une année.

- Le premier groupe (20 interviewés) comprend des 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/distributions par des médecins et/ou des pharmacies sont prises en compte. Enfin, dans le but d'intégrer les divers modes de vie à leur contexte cantonal, les participants sont recrutés dans plusieurs cantons romands.

- Le deuxième groupe (20 interviewés) rassemble des consommateurs expérimentés qui considèrent leur usage de produits illégaux comme récréationnel depuis au moins une année. S'agissant d'une population cachée, plusieurs stratégies ont été envisagées pour arriver à la repérer: l'usage des réseaux connus grâce aux recherches précédentes (Caiata 1996) ou en cours; l'application de la technique de snowballing; 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 par la médiation de médecins généralistes, psychiatres et psychothérapeutes; la publication d'annonces dans la presse. Quant à la provenance des personnes, les recherches se concentrent sur les cantons francophones ainsi que le Tessin.

Outre l'entretien qualitatif, des questionnaires standardisés sont soumis aux 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 sont réalisées des séances collectives avec des professionnels et des décideurs (30 personnes) concernés à différents niveaux par la problématique de la toxicodépendance et prêts à assumer un rôle de consultant. Les groupes multi-disciplinaires examineront 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, aux différents moments critiques de la recherche, l'opinion d'un groupe d'usagers, qualifiés d'experts, sera sollicitée. La participation importante de ces différents groupes illustre l'interaction étroite entre analyse et pertinence et représente une des principales caractéristiques du processus de recherche.

3./4./5.

## Résultats/Discussion/Conclusions

Projet en cours de réalisation. Rapport final disponible fin 2000.

## 6. Références

1. Becker HS. *Outsiders*. Paris: Métailié, 1985.
2. Caiata M. La consommation contrôlée de drogues dures, in: *Psychotropes*, vol. 2, no 2, 1996.
3. Castel R. *Les sorties de la toxicomanie*. Fribourg: Editions Universitaires, 1998.
4. Ehrenberg A. Un monde de funambules, in: Alain Ehrenberg, (s/s la dir.), *Individus sous influence*. Paris: Ed. Esprit, 1991.
5. Ernst ML, Rottenmanner I, Spreyermann C. *Femmes Dépendances Perspectives*. Office fédéral de la santé publique (OFSP). Berne, mars 1995.
6. Gerstein DR. The Effectiveness of Drug Treatment, in: Charles P, O'Brien et al, (Eds). *Addictive states*. New York: Raven Press, 1992.
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, in: *The international journal of addiction*, vol.27, n° 12, 1992, pp.1359-88.
9. Office fédéral de la santé publique. *Rapport sur la méthadone*. Berne, 1995.
10. Zinberg NE. *Drug, Set and Setting*. New Haven: Yale University Press, 1984.

## 7. Valorisation

Dans un souci de transfert des connaissances, la coopération avec les acteurs de terrain et les décideurs constitue un des piliers de cette recherche. En fait, plusieurs réunions sont prévues en cours de recherche avec des représentants des acteurs de terrain et des décideurs, afin de mener une réflexion commune autour du thème de la gestion, en vue d'une intégration critique des principaux résultats dans les logiques d'action. En outre est envisagé après la remise des travaux un colloque final, ouvert au public, réunissant scientifiques, professionnels et décideurs, afin de faciliter un transfert des résultats au sein de leurs milieux respectifs. Les autres mesures de valorisation relèvent des activités des requérants dans l'enseignement, l'animation de séminaires et la tenue de conférences, les publications...

## 8. Impact

### Pertinence de la recherche

La gestion d'héroïne et/ou de cocaïne est une forme de consommation de drogues méconnue, souvent évoquée toutefois, autant comme une réalité par certains que comme une utopie par d'autres. Il est en ce sens important de l'analyser en décrivant tant les avantages que les limites. De nouvelles pistes d'intervention pourraient être ouvertes, afin 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 toujours moins d'importance. De plus, ces nouvelles logiques d'action pourraient se révéler vraisemblablement plus efficaces, car ancrées dans les pratiques et élaborées au plus près du terrain.

Adresses pour correspondance:  
Professeur Marc-Henry Soulet  
Maria Caiata et Kerralie Oeuvery  
Assistants de recherche  
Département Travail Social  
et Politiques Sociales  
Université de Fribourg  
Route des Bonnesfontaines 11  
1700 FRIBOURG  
E-Mail: doris.gehring@unifr.ch

# Heroin dampfscheibenwirbel Eine kulturanthropologische und ethno- psychoanalytische Studie des Folienrauchens in Zürich zwischen 1990 und 1995\*

Hans-Peter von Aarburg, Michael Oppitz\*\*, Völkerkundemuseum, Zürich

## Zusammenfassung

Seit Beginn der 90er-Jahre verdrängte das Folienrauchen als eine in der Schweiz bis dahin weitgehend unbekannte Konsumform des Heroins zunehmend das intravenöse Injizieren. 1996 dürften – mindestens im Raum Zürich – rund 4 von 10 sozial auffällig Heroin Konsumierenden die Droge vorwiegend geraucht und nicht injiziert haben. In einem ersten Schritt arbeitete die hier skizzierte Studie die sozialgeschichtlichen Bedingungen für die Ausbreitung dieser Konsumform in der Schweiz auf. Im Rahmen «teilnehmender Beobachtung» wurden dann vor allem ab März 94 während etwa eines Jahres 48 folienrauchende Jugendliche und junge Erwachsene aus möglichst unterschiedlichen sozialen Kontexten mit ethnopsychanalytischen Tiefeninterviews befragt. Bei der Analyse wurde insbesondere nach unerwartet vielfältigen und widersprüchlichen Formen meist unbewussten Nutzens gefragt, den die physische und soziale Selbstgefährdung den Drogenkonsumierenden bot. So wurde etwa der oft beklagte «Beschaffungsstress» unter dem Aspekt einer Halt gebenden «Tagesstruktur» hinterfragt. Wichtige Anhaltspunkte ergaben auch sorgfältig analysierte Ausdrücke des Zürcher Gassenslangs. Wie in einem Zerrspiegel liessen sich auch auf dieser sprachlichen Ebene bösartig karikierte konsumgesellschaftliche Werte wiedererkennen.

## Key Words

Route of Heroin Administration  
Heroin Chasing  
Heroin Smoking  
Ethnography  
Psychoanalysis  
Ethnopsychanalysis  
Semantics  
Heroin Image  
Switzerland

## 1. Einleitung

Das Folienrauchen war in der Schweiz bis zu Beginn der 90er-Jahre weitgehend unbekannt. Ab dem Winterhalbjahr 92/93 schien es sich dann plötzlich flächenbrandartig auszubreiten. Die Medien sahen insbesondere «junge und gut integrierte Jugendliche» gefährdet, durch diese für die Schweiz damals neue Konsumform in den Bann des Heroins gezogen zu werden. Rückblickend darf festgestellt werden, dass sich die Befürchtungen, der Heroinkonsum könne sich über das Folienrauchen massiv ausbreiten, nicht bewahrheitet haben. Insgesamt dürfte sich die Anzahl der Heroinkonsumierenden in der Schweiz nach einem Jahrzehnt eines massiven Anstiegs seit 1990 stabilisiert haben (1). Nachdem besonders öffentliches Folienrauchen während kurzer Zeit unter vielen experimentierfreudigen Jugendlichen als «cool» galt, wird inzwischen auch diese Form des Heroinkonsums von den meisten jugendlichen Subkulturen geächtet. Aus den Medien ist das Thema Folienrauchen schon vor mehreren Jahren verschwunden. Heroinkonsum wird dort inzwischen wieder weitgehend als «fixen» verstanden. Dabei wird weitherum kaum beachtet, dass Folienrauchen als Konsumform des Heroins das intravenöse Injizieren inzwischen – wie bereits erwähnt – zu einem beachtlichen Teil verdrängt hat.

## 2. Vorgehen/Methodik

### 2.1 Ein multidimensionaler Ansatz

Ausgangspunkt und Fokus der Studie bildete das oft widersprüchliche, subjektive Erleben, das folienrauchende Jugendliche und junge Erwachsene im Rahmen «teilnehmender Beobachtung» dem Interviewer erzählten. Auch in solchen biographisch geprägten Erzählungen mit ihren gelegentlich rein individualpsychologisch scheinenden Problematiken wurde allerdings nach gesellschaftlichen und kulturellen Strukturen gesucht (2). Zusätzlich zur rein beschreibenden Rekonstruktion subjektiver Lebenswelten in ihren gesellschaftlichen und kulturellen Wechselwirkungen wurden auch unbewusste Zusammenhänge aufgearbeitet. Im Sinne der Ethnopsychanalyse wurde dabei neben individuellem auch nach «gesellschaftlich produziertem Unbewusstem» (3) gesucht.

Es wird hier kein alchemistischer Wissenschaftszauber versprochen, der aus Interviews und Beobachtungen naturwissenschaftlich goldene Gesetze her-

\* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 8036 unterstützt.

\*\* Vertragsnehmer

auszudestillieren vorgibt. Das Ziel der Studie besteht vielmehr darin, schwer zu erhebende und zu beurteilende Fakten für eine weitere Diskussion in angemessen komplexen sozialwissenschaftlichen Zusammenhängen vorzubereiten.

## 2.2 Teilnehmende Beobachtung

Mit einem explizit qualitativ-ethnologischen Ansatz wurden folienrauchende Jugendliche und junge Erwachsene im Grossraum Zürich möglichst ohne institutionelle Anlehnung in ihrer alltäglichen Umgebung kontaktiert und befragt. So bemühte ich mich, junge Leuten mit entsprechenden Erfahrungen in S-Bahnen, an Tramhaltestellen, in Hinterhöfen, in Jugendtreffs oder an Technopartys zu kontaktieren. Nach einigem Zögern ging ich auch während mehrerer Monate fast täglich auf die offene Drogenszene am Letten. Wichtige Kontakte vermittelten aber auch Kolleginnen und Kollegen, die im Drogenbereich therapeutisch oder sozialarbeiterisch tätig waren. Im Verlauf einer rund zweijährigen Feldforschungsphase lernte ich so Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 17 und 30 Jahren kennen, die in sehr unterschiedlichen sozialen Kontexten folienrauchten. Gelegentlich wurde ich auch zu jemandem nach Hause eingeladen und lernte so manchmal weitere Freundeskreise oder auch Familienangehörige kennen. Mit einzelnen der Befragten freundete ich mich auch an und lernte ihre Problematiken dadurch in einer sehr persönlichen Weise kennen.

## 2.3 Tiefeninterviews

Auf Streifzügen durch die Stadt trug ich im Rucksack stets ein Tonbandgerät mit, auch wenn es manchmal wochenlang unbenutzt blieb. Die meisten um ein Tonbandinterview gebetenen Jugendliche willigten dazu bereitwillig ein, entweder gleich bei einer ersten Begegnung oder nachdem wir öfters miteinander gesprochen hatten. Im Sinne des «theoretical sampling» (4) bat ich Personen aus unterschiedlichen sozialen Kontexten um solche Interviews. Um möglichst authentische Dokumente entstehen zu lassen, versuchte ich mindestens in einem ersten Interview jeweils möglichst nur «erzählgenerierende» Fragen zu stellen. Subjektive Gewichtung und Strukturierung einzelner Erzählthemen und ganz allgemein die «szenische Selbstdarstellung» (5) erhielten so einen weiten Rahmen. Neben den pharmakologischen Wirkungen wurden dabei besonders auch die sozialen Erfahrungen rund um das Folienrauchen besprochen, dies auf einem allgemeinen, biographischen Hintergrund. Neben Einzelinterviews wurde auch eine Reihe organisierter Gruppengespräche durchgeführt. So entstanden vor allem in der Zeit von März 94 bis März 95 Ton-

bandaufzeichnungen von insgesamt 56 Stunden reiner Gesprächszeit mit 35 jungen Männern und 13 jungen Frauen. Die Aufzeichnungen wurden möglichst wörtlich, jedoch nicht phonetisch genau, auf rund 1400 Schreibmaschinenseiten transkribiert. Dabei wurde besonders auf eine behutsame Übersetzung aus dem Schweizerdeutschen ins Hochdeutsche geachtet, wobei insbesondere der charakteristische Gassenslang erhalten bleiben sollte. Mit textkritisch psychoanalytischen Methoden wurde auf einer individualpsychologischen Bedeutungsebene vor allem zu rekonstruieren versucht, welche Formen unbewussten, subjektiven Nutzens erinnertes und erzähltes Erleben rund um das Folienrauchen in spezifischen, biographischen Zusammenhängen haben könnte (6).

## 2.4 Gesellschaftliche und kulturgeschichtliche Dimension

Auch der individuelle Umgang mit pharmakologisch veränderten Bewusstseinszuständen ist stark geprägt von geschichtlich sich stets wandelnden und oft wenig bewussten kulturellen Grundmustern. Als relativierende Vorarbeit wurde deshalb mit verschiedenen Schlaglichtern die Kulturgeschichte des Umgangs mit bewusstseinsverändernden Substanzen, insbesondere den Opiaten, angeleuchtet. Selbstverständlich wurde auch die Geschichte des Heroinrauchens aufgearbeitet.

Spezifischer und detailliert wurden kulturelle Werte und Normen anhand einer semantischen Analyse des Gassenslangs erfasst, die hier übergangen werden muss («Scheibe», «ein-» bzw. «ausfahren», «drauf sein», «hineingeraten...»). Besonders wurden dabei strukturelle Ähnlichkeiten zwischen dem konsumgesellschaftlichen Mainstream und der Lebenswelt der befragten Drogenkonsumentinnen und -konsumenten herauszuarbeiten versucht. Aufschlussreich für die beiden auf den ersten Blick so gegensätzlichen Lebenswelten war eine Analyse der Tagesschau und der sie einrahmenden Werbung vom Tag der Lettenschliessung am 13. Februar 1995. Von diesem Anknüpfungspunkt aus war auch ein Blick auf die politischen Nutzniesser des damals in der Schweiz noch heiss tobenden Drogenkrieges möglich.

## 2.5 Quantitative Daten

Michael Stauffacher und Jürg Arnold, damals beide als Soziologen am Zürcher Institut für Suchtforschung tätig, werteten für die vorliegende Studie verschiedene Datensätze, die im Rahmen therapeutischer und polizeilicher Institutionen erhoben worden waren, unter dem Aspekt des Folienrauchens aus. Eigene repräsentative Befragungen von thera-

peutischen Institutionen und kantonalen Polizeidienststellen hingegen ergaben wenig befriedigende Resultate. Eine kritische Darstellung all dieser Daten findet sich im ausführlichen Text zu dieser Studie.

## 2.6 Methodologische Schwierigkeiten

Eine nicht unerhebliche Vorarbeit bestand darin, sprachliche Begriffe in ihrer kulturgeschichtlichen Relativität darzustellen und zu hinterfragen. Gerade in Drogendiskursen bilden sprachliche Kategorien problematische soziale Wirklichkeiten ja allzuoft nicht nur ab, sondern sind an deren Miterzeugung beteiligt. Anhand oft verwirrender Beispiele vor allem aus medizinischen und politischen Texten mussten deshalb erst einmal solche in sprachlichen Kategorien mittransportierten Selbstverständlichkeiten in ihrer kulturellen und historischen Bedingtheit bewusst gemacht werden, um sie einer sachlichen Diskussion überhaupt zugänglich zu machen. Ein eingehend diskutierter Begriff war etwa das im Zusammenhang mit Drogenkonsum oft verwendete «Ein-» bzw. «Aussteigen».

Weniger Schwierigkeiten als anfänglich befürchtet bereitete die auch von Sozialwissenschaftlern geforderte konsequente Loyalität gegenüber dem Drogenabstinenzgebot. Trotzdem: es dürfte eine wissenschaftlich nüchterne Objektivität kaum fördern, wenn mindestens gewisse leicht zugängliche Erfahrungen, die immerhin das Kernstück einer Forschung ausmachen, von den auf diesem Bereich Forschenden auch nicht versuchsweise selbst gemacht werden dürfen, bzw. wenn gegebenenfalls nicht darüber geredet werden dürfte. Vor allem in den Augen von Drogenkonsumierenden leidet dadurch die Aussenstehenden zugesprochenen Legitimation, erfragte Erfahrungen sachgerecht beurteilen zu können. Vielleicht noch wichtiger aber ist, dass durch ein potentielles Redeverbot zu bestimmten Themen sachliche Diskussionen entscheidend erschwert werden. Gerade dadurch wird ein viele Jugendliche faszinierendes Geheimnis geschaffen bzw. aufrechterhalten, das so auch nicht in einer offenen Diskussion glaubhaft entmystifiziert werden kann.

## 3. Resultate

### 3.1 Zusammenhang von Schwarzmarktangebot, Verbreitung und Form des Heroinkonsums

Während der ganzen 80er-Jahre dürfte der Zürcher Schwarzmarktpreis für ein «Gassengramm» durchschnittlich zehn- bis zwanzigprozentig reinen Heroins ziemlich konstant um 500.– Fr. gelegen haben. Anfangs der 90er-Jahre fiel dieser Preis in kurzer

Zeit für ein einzelnes Gramm Heroin von durchschnittlich mindestens doppelt so hoher Reinheit auf 80.– bis 100.– Fr. Diese Preis- und Qualitätsentwicklung des Schwarzmarktheroins wurde übrigens entgegen vielen oft geäusserten Aussagen, abgesehen von kurzfristigen Ausschlägen, nicht beeinflusst vom Bestehen oder Nichtbestehen offener Drogenszenen in Zürich. Einer der wichtigsten Gründe für diesen Preiszerfall war vielmehr der immer noch andauernde Bürgerkrieg in Afghanistan. Vor allem der europäische Schwarzmarkt wird inzwischen zum überwiegenden Teil mit billiger Heroinbase aus Afghanistan/Pakistan versorgt. Dies war eine von der Angebotsseite her betrachtet notwendige Voraussetzung dafür, dass sich das Folienrauchen in Europa auf breiter Front ausbreiten konnte: Heroin musste in einer vergleichsweise billigen und zudem leicht rauchbaren Form verfügbar sein. In den USA etwa ist der Preis ebenfalls auf vergleichbare Grössenordnungen gefallen. Das dort auf dem Schwarzmarkt verkaufte Heroin – es stammt zum überwiegenden Teil aus Südostasien – wird aber als wasserlösliches Salz importiert, das nur mit enormem Verlust geraucht werden kann. So erstaunt es nicht, dass Heroinrauchen in den USA auch heute noch vergleichsweise wenig verbreitet ist. Ob Heroin in jener chemischen Form angeboten wird, wonach eine Nachfrage besteht, oder ob umgekehrt das Angebot die Konsumform prägt, ist allerdings unklar.

Rein ökonomische Modelle, die eine allzu lineare Beziehung zwischen Preis und Nachfrage sehen, dürften sich allerdings an folgender Feststellung stossen: Die Gesamtzahl der in der Schweiz sozial auffällig Heroin Konsumierenden dürfte sich trotz eigentlich prohibitiv hoher Preise in den 80er-Jahren grössenordnungsmässig von 6000 auf 30 000 vervielfacht haben, während diese Zahl in den Jahren seit dem Preisrückgang – um mindestens den Faktor 10, wenn auch die Reinheit berücksichtigt wird – in etwa auf dem erreichten Niveau stabil geblieben sein dürfte (1).

In der Studie wurde insbesondere auch die historische Bedeutung des Vietnam-Krieges für die weltweite Verbreitung des Heroins aufgearbeitet.

### 3.2 Quantitative Zahlen zum Folienrauchen im Grossraum Zürich

Die durchgeführten Interviews lassen vom gewählten Forschungsdesign her keine repräsentativ-quantitativen Aussagen zu. Trotzdem lassen sich einige, wenn auch sehr grobe, Feststellungen machen: Folienrauchen, wie es in Zürich in der ersten Hälfte der 90er-Jahre beobachtet werden konnte, war nicht auf schichtspezifische soziale Gruppen von Jugendlichen beschränkt. Insbesondere konnte es sich nicht als identitätsstiftendes Element spezifischer

jugendlicher Subkulturen etablieren, wie das anfänglich befürchtet werden musste. Wie erwähnt galt Folienrauchen nur während einer kurzen Periode unter bestimmten Jugendgruppen als «cool». Zudem schien es höchstens in einer Anfangsphase in «Cliquen» stattzufinden, schnell zogen sich häufig und vor allem süchtig konsumierende Jugendliche in die Vereinzelung zurück. In Bezug auf die Risiken der sozialen Desintegration – gemessen an der beruflichen Beschäftigungs- und der Wohnsituation – haben sich Folienrauchen und intravenöses Injizieren im Laufe der Jahre weitgehend angeglichen, auch die von Stauffacher und Arnold ausgewerteten Daten belegen das klar.

Wie in andern Ländern ist auch in der Schweiz das Folienrauchen nicht bloss eine Phase in typischen «Drogenkarrieren», die zum «Fixen» führt.

### **3.3 Widersprüchliche Formen unbewussten subjektiven «Nutzens» sozialer und psychischer Selbstgefährdung durch das Folienrauchen**

Selbstverständlich wurden auch die von den befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen erwünschten pharmakologischen Wirkungen in den Interviews besprochen und detailliert dargestellt. Hier nun sollen aber jene unbewussten Handlungsstrategien skizziert werden, durch welche die Befragten auch aus den oft dramatischen Schattenseiten ihres Drogenkonsums einen psychischen «Nutzen» ziehen dürften. Die Formen dieses «Nutzens» sind unerwartet vielfältig und dürften darin bestehen, ein gefährdetes psychisches Gleichgewicht mindestens vorübergehend und zu einem hohen Preis zu stabilisieren. Die im folgenden skizzierten Handlungsstrategien dürften das konkrete Verhalten der befragten Personen in individuell unterschiedlichen Mischungen prägen: Einzelne Mechanismen können zu bestimmten Zeitpunkten dominieren oder auch gänzlich fehlen.

#### *Sabotage anstelle aktiver sozialer Auseinandersetzung*

Irritierenderweise äusserten die wenigsten Befragten grundsätzliche Kritik am Angebot sozialer Chancen, die sie doch so wirkungsvoll aufs Spiel setzen. Der grössere Teil der befragten Folienraucherinnen und -raucher möchte auf einer bewussten Ebene am liebsten ein ganz normales, durchschnittliches Leben führen. Rebellische oder revolutionäre Ausbruchsphantasien, wie sie etwa für Haschisch und LSD konsumierende Jugendliche der späten 60er-Jahre typisch waren, äussern nur wenige. Die meisten der Befragten nehmen auf einer bewussten Ebene die ihnen offenstehenden beruflichen und persönlichen Möglichkeiten mit wenig grundsätzli-

cher Kritik an, scheinen diese dann aber sozusagen als «unangepasste Angepasste» hinter ihrem eigenen Rücken zu sabotieren. Der Nutzen dieser unbewussten Handlungsstrategie dürfte hier darin bestehen, dass sie sie von einer gewissen Eigenverantwortung entlastet: Jugendliche provozieren z. B. den Rausschmiss aus einer Lehre und brechen diese nicht selbst ab. Sie können damit eine aktiv selbstverantwortliche Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen ihrer Lebenssituation vermeiden.

#### *Verklammerung mit den Eltern*

Eng mit dieser Art der Sabotage hängt eine oft kaum eingestandene Verklammerung mit den Eltern zusammen. Vielleicht besteht zwar die unbewusste Fantasie, sich mit dem Tabubruch des Heroinkonsums von der Familie freizusprennen. Tatsächlich erschweren Jugendliche damit aber meist die Ablösung von ihren Eltern und bleiben mit ihnen in einer kindlich abhängigen Anspruchshaltung verklammert. Eine diffuse Aggressivität gegenüber ihrer sozialen Umgebung kann so gegen die Eltern gerichtet und dadurch teilweise gebannt werden. Ohnmacht verwandelt sich dabei in kränkende Macht: Eltern werden ebenso ohnmächtig und hilflos gemacht, wie man sich selber fühlt. Heroinkonsumierende Jugendliche bleiben übrigens meistens, um einem Missverständnis vorzubeugen, in solchen kindlich konfliktuellen Abhängigkeiten an ihre Eltern gebunden, auch wenn diese ihre Kinder auf die Strasse setzen. Durch diese unbewusste Handlungsstrategie können Jugendliche den immer auch riskanten und schmerzhaften adolescentären Aufbruch ins Erwachsenenendasein hinausschieben. Dieser wird dadurch allerdings immer schwieriger, denn der stigmatisierende Heroinkonsum macht die ausserfamiliäre soziale Ordnung, in die Jugendliche hineinwachsen sollten, zunehmend feindlicher und unattraktiver.

#### *Schutz vor Sexualität*

Mit der Adoleszenzproblematik hängt ein ebenfalls kaum eingestandener Nutzen der pharmakologischen und sozialen Isolierung durch den Heroinkonsum zusammen: Er schützt vergleichsweise effizient vor der in dieser Lebensphase aufbrechenden und immer spannungsreichen Sexualität, die bei fast allen Befragten längerfristig weitgehend bedeutungslos wird.

#### *Geschäftigkeit als Halt*

Einen auf den ersten Blick unerwarteten und meist vehement bestrittenen Nutzen dürfte auch der «Be-



schaftsstress» bedeuten. Bei durchschnittlich knapp hundert Franken pro Gassengramm Heroin kann inzwischen zwar sogar ein etwas sparsamer, abhängiger Konsum gerade noch legal finanziert werden, er bedeutet aber eine erhebliche finanzielle Belastung. Dazu kommen die Gefahren des Entdecktwerdens. Die erzwungene Hektik ist aber gerade durch ihre Unerbittlichkeit auch hilfreich. Sie strukturiert nämlich den Alltag, erzwingt bei süchtigem Konsum mit den drakonischen Sanktionen qualvoller Entzugserscheinungen eine unerbittlich zu respektierende Anti-Ordnung. Sich einem solchen pharmakologischen Terrorregime zu unterwerfen hat aber auch einen extrem tabuisierten Nutzen: die totalitäre Macht entlastet von individueller Freiheit und bietet Halt. Der zwanghaft durchstrukturierte Alltag benötigt so viel Zeit und Energie, dass kaum mehr Raum für existenzielle Sinnfragen bleibt. Die Geschäftigkeit eines vom Drogenkonsum strukturierten Alltags kann so – vielleicht unerwartet für alle Beteiligten – als eine Art Plombe gesehen werden, die ein Sinndefizit ausfüllt. Wie sich die pharmakologische Wirkung des Heroins durch Toleranzbildung abschleift, so dürfte sich allerdings auch der unbewusste Nutzen dieser Form eines fratsenhafte «Workaholismus» als Strategie der Betäubung, der Ablenkung von tieferliegenden Problemen, mit der Zeit verflüchtigen. Jenseits eines schwer festzustellenden Punktes dürfte diese zwanghafte Geschäftigkeit zu etwas führen, was man als agitierte Langeweile bezeichnen könnte.

#### *Abwehr der Scham sozialen Versagens*

Subjektiv kann der Heroinkonsum auch als eine Art Sündenbock für individualisiertes Versagen verwendet werden. Das Nichterreichen gesteckter Ziele der zerstörerischen Gewalt des Drogenkonsum zuzuschreiben ist oft weniger verletzend, als für ein solches Versagen mangelnde persönliche Ressourcen verantwortlich machen zu müssen. Die «Schuld» des Heroinkonsums kann also unter Umständen die viel schwerer auszuhaltende «Scham» abwehren, in irgendeinem Sinn minderwertig zu sein. Dieser Abwehrmechanismus dürfte insbesondere vor dem Gefühl individueller Wertlosigkeit oder drohender Entwertungen angesichts verschiedener Formen von Überforderungen schützen (7).

Der Konsum harter Drogen kann als ein inzwischen standardisiertes Modell von Fehlverhalten gesehen werden. Die Gesellschaft stellt Jugendlichen und jungen Erwachsene die Möglichkeit zur Verfügung – und das ist durchaus nicht zynisch gemeint – psychisches und soziales Leiden ganz unterschiedlichen Ursprungs in einer sozial einigermaßen klar strukturierten Form auszuleben. Tatsächlich begannen nicht wenige der befragten Jugendlichen und

jungen Erwachsenen ihren Heroinkonsum zu einem Zeitpunkt, als sie bereits in massive psychische und soziale Probleme verwickelt waren. Der Heroinkonsum schafft eine Art von verbindlicher Anti-Ordnung in einem oft namenlosen Chaos.

#### **3.4 Gesellschaftlicher «Nutzen» einer standardisierten Form von Fehlverhalten**

Drogenkonsum dürfte im eben erwähnten Sinn neben den gefährdeten jungen Leuten selbst auch ihre unmittelbare soziale Umgebung und die Gesellschaft in einem weiten Sinn entlasten: Heroin kann als ein klar verantwortlicher Feind benannt und bekämpft werden, wodurch eine Auseinandersetzung mit meist grundlegenden psychischen und sozialen Problematiken vermieden wird. Viele Drogendiskurse dürften auf diese Weise bestehende soziale Ordnungen mindestens vorübergehend schützen.

Der gesellschaftliche Kampf gegen Drogen dürfte aber auch als eigentlicher sozialer «Angstattraktor» funktionieren, der ganz andere und sich im Laufe der Zeit ändernde soziale Ängste zu binden vermag. Die in neurotischen Erkrankungen oft beobachteten, irrationalen Angstverschiebungen dürften auch ihre sozialpsychologische Entsprechung haben. Werden solche Mechanismen der «gesellschaftlichen Produktion von Unbewusstheit» zu diskutieren versucht, muss allerdings mit massivem Widerstand aller Beteiligten gerechnet werden. Es werden damit nämlich sozialpsychologische Abwehrmechanismen, eine Art von «Entlastungsventilen», in Frage gestellt. Leicht dürfte dies als Sabotageversuch, als gefährliche Verharmlosung eines bedingungslos zu bekämpfenden Feindes denunziert werden. Um Missverständnissen vorzubeugen, sei hier deshalb klar gesagt: Heroin ist eine äusserst heimtückische und gefährliche Droge, ganz besonders für die psychisch und sozial naturgemäss noch ungefestigten Jugendlichen.

#### **4. Diskussion**

Die Öffentlichkeit scheint im Hin- und Herpendeln vieler Drogensüchtiger zwischen totaler Entspannung und gehetzter Anspannung kaum das bösartig karikierte Zerrbild ihres eigenen, zweigesichtigen Lebensentwurfes wahrzunehmen. Dabei müsste die pharmakologisch momentan befriedigte Sehnsucht nach erlösender Harmonie eigentlich ebenso verstanden werden wie die oft verbissene und rücksichtslos verrohte Beschaffung von Geld, welche für ein ersehntes Glück nötig scheint. Verständnis für die Süchtigen muss also eigentlich weniger geschaffen als vielmehr verdrängt werden.

Vielleicht lenkt ganz allgemein der stark emotionalisierte Kampf gegen Drogen von längerfristig vielleicht viel gewichtigeren Entwicklungstendenzen im gesellschaftlichen Umgang mit bewusstseinsverändernden Substanzen ab. Hinter den Gefechtslinien, sozusagen im Rücken der öffentlichen Wahrnehmung und von ihr weitgehend unbeachtet, verstärkt sich vielleicht die folgenschwere Entwicklung, an sich kulturell-gesellschaftliche und nicht im engeren Sinn medizinisch-psychiatrische Probleme mit pharmakologischen Mitteln anzugehen. Doping, Prozac/ Ecstasy oder Viagra könnten durchaus als Symptome einer solchen Entwicklung interpretiert werden und die Schreckensvision Huxley's (8) von einer (auch) pharmakologisch eindimensional pazifizierten Gesellschaft könnte für diese Problematik sensibilisieren.

## 5. Empfehlungen

### 5.1 Das Folienrauchen wieder zur Kenntnis nehmen

Eigenartigerweise wird das Folienrauchen seit mehreren Jahren kaum mehr von der breiten Öffentlichkeit wahrgenommen. Wahrscheinlich entspricht die Dramatik des Fixens besser den Anforderungen der Medien als das unanschauliche Rauchen. Wieweit die Drogenarbeit in den verschiedenen Bereichen die Tatsache berücksichtigte, dass mindestens im Raum Zürich 1996, bei steigender Tendenz, 4 von 10 auffällig Heroin Konsumierenden die Droge auf diese Art konsumierten, kann ich nicht beurteilen. Im Rahmen der ärztlich kontrollierten Verschreibungsprogramme sollte Folienrauchenden, welche die Kriterien der Schwerstsüchtigkeit erfüllen, Heroin auch anders als intravenös verabreicht werden können.

Sicher wäre es nützlich und mit vergleichsweise bescheidenen Mitteln zu bewerkstelligen, die Entwicklung der Konsumform des Heroins durch eine kontinuierliche Sekundärdatenanalyse zu beobachten und die Ergebnisse jeweils zu publizieren. Dafür nützliche Daten wären vor allem im ambulanten und stationären therapeutischen Bereich zu finden, wo routinemässig gewöhnlich auch nach der Konsumform gefragt wird. Meines Wissens sind die von Stauffacher und Arnold vor zwei Jahren für den Raum Zürich aufgearbeiteten Zahlen die gegenwärtig einzig verfügbaren schweizerischen Zahlen von einigem Gewicht zu dieser Fragestellung.

### 5.2 Imagewandel des Heroinkonsums als Folge ärztlicher Opiatverschreibung beachten

Als motivierender Faktor für jede Form des Heroinkonsums muss zurzeit sicher der rebellische Touch berücksichtigt werden, mit dem sich Heroin symbo-

lisch aufgeladen hat. Vor allem seit dem heroisierten Tod mehrerer Rock-Ikonen vor nunmehr einem Vierteljahrhundert haftet dem Heroin ein teuflisch verruchter Glamour an, der auch heute noch viele Jugendliche fasziniert. Der erst wenige Jahre zurückliegende Tod des Nirvana-Sängers Kurt Cobain belegt dies ebenso wie etwa die Filme «Pulp Fiction» oder «Trainspotting».

Die ärztlich kontrollierte Heroinverschreibung dürfte diese Rahmenbedingung mindestens für die direkt betreuten Personen grundlegend verändern. Ein hygienisch und sozial peinlich genau kontrolliertes Setting versucht die so folgenschweren physischen und sozialen Nebenwirkungen des Heroinkonsums weitgehend auszuschalten. Im Gegenzug geraten Heroinempfängerinnen und -empfänger dafür in eine starke Abhängigkeit von sozialmedizinischen Institutionen, was das Selbstbild vieler Heroinkonsumierender zentral zersetzen dürfte. An Stelle des aufreibenden Beschaffungssstresses im Zeichen eines spannungsreichen Räuber-und-Poli-Spiels tritt die wenig aufregende Unterordnung unter ein rigides institutionelles Verteilungsdispositiv.

Auch in den Augen gänzlich Aussenstehender oder potentiell gefährdeter Jugendlicher dürfte sich dadurch das Image des Heroinkonsums mittel- und langfristig entscheidend verändern. Der durch die stigmatisierende Verfolgung erzeugte Nimbus von Heroinkonsumierenden als Rebellen wird so durch das Image entmündigter und sozialmedizinisch betreuter Kranker ersetzt. Vor allem aber fallen viele soziale «Nebenwirkungen» weg, auf welche die skizzierten, unbewusst suchtfördernden Handlungsstrategien angewiesen sind. Es sollte aufmerksam verfolgt werden, wie sich dieser Imagewandel des Heroins als Folge der ärztlichen Verschreibung in verschiedenen sozialen Feldern auswirkt. Vielleicht wird eine der wichtigsten langfristigen Auswirkungen der ärztlichen Heroinverschreibung nicht im Bereich der Therapie sondern der Prävention liegen.

## 6. Referenzen

1. Estermann, Josef (1996): Sozialepidemiologie des Drogenkonsums. Zu Prävalenz und Inzidenz des Heroin- und Kokaingebrauchs und dessen polizeilicher Verfolgung. Verlag für Wissenschaft und Bildung: Berlin.
2. Rosenthal, Gabriele: Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. Campus: Frankfurt/New York.
3. Erdheim, Mario (1982): Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Eine Einführung in den ethnopsychanalytischen Prozess. Suhrkamp: Frankfurt.
4. Glaser BG, Strauss AL (1979, erste Veröffentl. 1967): The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago.
5. Argelander, Hermann (1992, erste Auflage 1970): Das Erstinterview in der Psychotherapie. Wissenschaftliche Buchgesellschaft: Darmstadt.
6. Devereux, Georges (1982, franz. Orig. 1970): Normal und anormal. Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie. Suhrkamp: Frankfurt.
7. Wurmser, Leon (1990): Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten. Springer: Berlin/Heidelberg.
8. Huxley, Aldous (1994, engl. Orig. 1932): Schöne Neue Welt. Fischer: Frankfurt.

## 7. Valorisierung

1. Der ausführliche Text dieser Studie von 350 Seiten wurde im April 98 von der Philosophischen Fakultät der Universität Fribourg als Dissertation im Fach Ethnologie angenommen. Um eine Verbreitung sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland zu erleichtern, wurde der Text im August 98 in Kooperation zwischen zwei Verlagen gedruckt:
2. Von Aarburg, Hans-Peter (1998): Heroindampfscheibenwirbel. Eine kulturanthropologische und ethnopsychanalytische Studie des Folienrauchens in Zürich zwischen 1990 und 1995. VWB/Orlux, Berlin/Luzern. (40.–)

Korrespondenzadresse:  
Hans-Peter von Aarburg  
Untergraben 15  
8045 Zürich  
E-Mail: vaarburg@vmz.unizh.ch

# Heroin-FolienraucherInnen vs. InjektorInnen: Ähnlichkeiten und Unterschiede\*

Rudolf Stohler, Kenneth M. Dürsteler, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich  
Claudia Gramespacher, Sylvie Petitjean, Dieter Ladewig, Psychiatrische Universitätsklinik, Basel  
Raymond Battagay, Psychiatrische Universitätspoliklinik, Basel

## Zusammenfassung

Ziel der Studie war, Charakteristiken von HeroinraucherInnen mit solchen von i.v.-KonsumentInnen zu vergleichen. In einer prospektiven Multizenterstudie, an der sich neun Institutionen der Drogenhilfe beteiligten (Basel:4; Bern:2; Fribourg:1; Genf:1; Zürich:1), wurden 162 primär opiatabhängige PatientInnen untersucht. 85 PatientInnen, die vorwiegend Folie rauchten, wurden mit 77 vor allem Injizierenden mit Hilfe des European Addiction Severity Index (EuropASI), der Symptom Checkliste (SCL-90-R), der Severity of Dependence Scale (SDS), einem selbstkonstruierten Peergroup-Fragebogen und einer semantischen Differenzialliste verglichen. Die Untersuchungen fanden im klinischen Setting der jeweiligen Drogenhilfsinstitutionen statt. Resultate: Die Injizierenden waren älter und benützten häufiger eine oder mehrere psychotrope Substanzen zusätzlich zum Heroin. Ihre Abhängigkeitsdauer war länger, sie hatten längere Haftstrafen verbüsst und litten häufiger unter einer Hepatitis. Die Unterschiede waren eher auf die Abhängigkeitsdauer als auf die Applikationsart zurückzuführen.

## 1. Einleitung

Heroin «Chasen» ist seit einigen Jahren in den meisten Ländern Ostasiens und in einigen Ländern im westlichen Europa zur hauptsächlichen Applikationsform geworden (Strang, Griffiths et al., 1997). Vermutlich repräsentieren auch in der Schweiz ChaserInnen heute rund die Hälfte der HeroingebräucherInnen (Arnold und Lanz, 1996). Um zu untersuchen, ob ChaserInnen und InjektorInnen soziokulturell differieren, was in der Präventions- und Behandlungsplanung zu berücksichtigen wäre, wurden 85 Heroin-Chasers mit 77 Injektoren mit Hilfe eines Fragebogenkatalogs verglichen.

## 2. Vorgehen / Methodik

Es wurden 162 primär opiatabhängige PatientInnen in die Studie eingeschlossen. Diese mussten in den sechs vorangegangenen Monaten zum ersten Mal mit dem jeweiligen Behandlungszentrum Kontakt aufgenommen haben. Alle Zentren wurden detailliert über den Untersuchungsgang unterrichtet und der/die vom jeweiligen Zentrum bezeichnete verantwortliche UntersucherIn nahm an einem Training zur Handhabung der eingesetzten Instrumente teil.

PatientInnen wurden auf Grund des hauptsächlichen Applikationsverfahrens den Gruppen «Chasers» respektive «Injektoren» zugeteilt. Darauf wurden die so definierten Gruppen in einer Querschnittuntersuchung bezüglich soziodemographischer Charakteristika, gegenwärtigem und anamnestischem Drogengebrauch, körperlichem und psychischem Zustand, Freizeitbeschäftigung und Peer-Group-Orientierung mit meist standardisierten und validierten Fragebogen untersucht (EuropASI, SDS, SCL-90-R, etc.).

An statistischen Verfahren kamen ANOVAs, ANCOVAs, logistische Regressionen, Pearson-Korrelationen, Chi<sup>2</sup>-Tests und Cluster-Analysen zum Einsatz.

## 3. Resultate

### 3.1 Soziodemographische Charakteristika

Chasers waren jünger als Injektoren (24,2 vs. 26,9 Jahre;  $F_{1,160} = 9,7$ ;  $p < 0,002$ ); 25% waren 21 Jahre alt oder jünger, verglichen mit 12% aus der Injektorengruppe. Tendenziell waren mehr Chaser in einer festen Anstellung oder in Ausbildung, waren häufiger Nicht-Schweizer und lebten eher mit festen Partnern oder mit den Eltern zusammen.

## Key Words

Heroin  
Chasing the Dragon  
Injecting

\* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit den Verträgen 8044 und 8069 unterstützt.

### 3.2 Gegenwärtiger und früherer Drogengebrauch

Das Alter beim ersten Heroingebrauch unterschied sich nicht zwischen Chasern und Injektoren ( $19,6 \pm 4,4$  vs.  $19,4 \pm 6,0$  Jahre, n.s.). 56% des Studiensamples gab an, sowohl mit Heroin-Chasen als auch mit Injizieren Erfahrung zu haben; 33% waren exklusive Chasers und 11% ausschliessliche Injektoren. Chasers hatten weniger lange Erfahrung mit Heroin ( $3,2 \pm 2,1$  vs.  $5,3 \pm 3,7$  Jahre,  $F_{1,160} = 20,53$ ,  $p < 0,0001$ ). Dies traf auch auf die Dauer des regelmässigen Gebrauchs von Kokain und Cannabis zu. Mehr Injektoren wiesen einen Gebrauch zusätzlicher psychotroper Substanzen auf ( $\text{Chi}^2 = 4,24$ ;  $p < 0,04$ ).

### 3.3 Legalverhalten

Die Zeit in Haft war für Injektoren signifikant länger ( $7,1 \pm 12,7$  vs.  $1,9 \pm 6,7$  Monate;  $F_{1,15} = 11,02$ ,  $p < 0,0001$ ). Hinsichtlich Schulden unterschieden sich die beiden Gruppen nicht.

### 3.4 Weitere Unterschiede

Die Injektoren skorten höher in der Symptom Check-List (SCL-90-R), was vor allem durch die Subscales «Somatisierung» und «phobische Angst» zustande kam. Die Injektoren berichteten zudem doppelt so häufig wie Chasers, unter irgend einer Form von Hepatitis zu leiden. Chasers interessierten sich mehr für Sport und sympathisierten mit der Techno-Kultur, wogegen sich die Injektoren eher an der Hippie- und Punk-Kultur orientierten.

### 3.5 Kovarianz- und Cluster-Analyse

Mit diesen beiden Verfahren konnte gezeigt werden, dass die Unterschiede eher auf die Dauer des Heroingebrauchs als auf die unterschiedlichen Applikationsformen zurückzuführen sind.

## 4. Diskussion

Die gefundenen Unterschiede stimmen weitgehend mit denen der internationalen Literatur überein: HeroinraucherInnen waren jünger als InjektorInnen, ohne in einem früheren Alter mit dem regelmässigen Heroinkonsum angefangen zu haben. Viele ChaserInnen und InjektorInnen hatten mit beiden Applikationsformen Erfahrung. ChaserInnen zeigten häufiger nur den Gebrauch von Heroin, während InjektorInnen häufiger noch andere psychotrope Substanzen konsumierten. Auch bezüglich Entzugsbehandlungen und Freiheitsentzügen waren ChaserInnen weniger erfahren.

Die Gründe, die dazu führten, Heroin-Chasen zur dominanten Applikationsform werden zu lassen, werden kontrovers diskutiert. In der Schweiz ist einmal die AIDS-Aufklärungskampagne (Rohrig und Grob, 1990) zu nennen, die der Zunahme des Chasens vorausging. Weitere Gründe waren der Preiszerfall des Heroins und die Tatsache, dass die Basen-Form seit Ende der 80er-Jahre auf dem Schwarzmarkt zusehends häufiger wurde (San, 1997). Schliesslich sind auch soziokulturelle Faktoren aufzuführen. So mag der Wechsel in der kulturellen Orientierung, weg von den eher rebellischen und selbstzerstörerischen Hippie- und Punk-Bewegungen, hin zum mehr easy-going Lifestyle der Techno-Kultur, auch zum Wichtigerwerden des Chasens beigetragen haben.

## 5. Empfehlungen

Empfehlungen können dahingehend ausgesprochen werden, dass in der präventiven und therapeutischen Arbeit vermehrt auf den kulturellen Rahmen von Folienrauchern Rücksicht genommen werden soll. Ebenfalls soll nicht in Vergessenheit geraten, dass – obwohl die Applikationsform des Rauchens ein relativ stabiles Muster darstellt – RaucherInnen vor allem vom vierten Jahr an ein erhöhtes Risiko aufweisen, zum Injizieren zu wechseln. Erste Erfahrungen mit einer Methadonsubstitution von ChaserInnen lassen zudem eine im Vergleich zu abstinenzorientierten therapeutischen Strategien bessere Retention in der Behandlung erwarten.

## 6. Referenzen

1. Arnold J, Lanz A. Evaluation Vermittlungs- und Rückführungszentrum Zürich Kaserne. Zürich, Institut für Suchtforschung, 1996.
2. Rohrig S, Grob PJ. Infektionen mit den Hepatitis-Viren HAV, HBV und HCV sowie mit dem AIDS-Virus/HIV unter Drogenabhängigen der Zürcher Strassen-Szene – eine Prävalenzstudie. Schweiz Med Wochenschr 1990; 120(17): 621–9.
3. San L. Why is the administration route of heroin changing? (commentary). Addiction 1997; 92: 688–9.
4. Stohler R, Dürsteler KM, et al. A Comparison of Heroin Chasers with Heroin Injectors in Switzerland. Eur Addict Research, 2000, accepted.
5. Strang J, Griffiths JP, et al. Heroin smoking by «Chasing the dragon»: origins and history. Addiction, 1997; 92(6): 673–83.

Korrespondenzadresse:

Dr. R. Stohler  
Psychiatrische Universitätsklinik  
Militärstrasse 8, Postfach 1930  
CH-8021 Zürich  
E-Mail: stohler@spd.unizh.ch

# Migration und Drogen: Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft Vorstudie\*

Dagmar Domenig, Corina Salis Gross, Margret Rihs-Middel, Hans-Rudolf Wicker, Institut für Ethnologie der Universität Bern

## Zusammenfassung

Am Beispiel der italienischen Gemeinde wurden in einer Vorstudie bestehende Probleme eingegrenzt, geklärt und erste Lösungsvorschläge für eine migrationsspezifische Drogenarbeit herausgearbeitet. Erforscht wurde die Interaktion zwischen der Angebotsseite und den Betroffenen und deren Familien. Ein spezielles Augenmerk wurde auf selbstorganisatorische Ansätze gerichtet. Die Studie ging exemplarisch vor und beschränkte sich auf die Stadt Bern. Als wichtigste Ergebnisse der Vorstudie können einerseits die starken selbstorganisatorischen Ansätze der italienischen Familien, andererseits aber auch die hohen soziokulturell und migrationsspezifisch bedingten Barrieren gegenüber dem schweizerischen Versorgungssystem bezeichnet werden. Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist einerseits der hohe Anteil Drogenabhängiger italienischer Herkunft «auf der Gasse» und andererseits der vergleichsweise kleine Anteil von Drogenabhängigen italienischer Herkunft im Beratungs- und Therapiebereich oder in den Methadon- und Heroinabgabestellen. Erwähnenswert ist auch, dass die Mehrheit der MitarbeiterInnen des schweizerischen Versorgungssystems Drogenabhängige italienischer Herkunft als sogenannte integriert betrachtet und nur ein kleines Mass an Sensibilisierung in Migrationsfragen in Bezug auf die italienische Gemeinde besteht. Auffallend ist auch die Diskrepanz zwischen den Kenntnissen und Erfahrungen der MitarbeiterInnen des Centro Familiare Bern im Vergleich mit dem Wissen der MitarbeiterInnen des schweizerischen Angebotes sowie die mangelnde Vernetzung und Nutzung der Ressourcen der italienischen Gemeinde durch die MitarbeiterInnen des schweizerischen Versorgungssystems. In der Vorstudie wurden zuerst forschungsrelevante Fragen und Möglichkeiten der Durchführung geklärt und das Forschungsfeld erschlossen. Die Ergebnisse dieser Vorstudie bildeten die Grundlage für die zurzeit laufende Hauptstudie, welche im Dezember 1998 vom Bundesamt für Gesundheit bewilligt worden ist.

## Key Words

Client Counselor Interaction  
Drug Abuse  
Family Therapy  
Health Service Utilization  
Help Seeking Behaviour  
Italy, Migration  
Social Services  
Transcultural Social Casework

## 1. Einleitung

### 1.1 Fragestellung

Die schweizerische Drogenpolitik des Bundes bezieht bis anhin kaum migrationsspezifische und soziokulturelle Ansätze im Bereich Prävention, Schadensminderung/Überlebenshilfe und Therapie ein. Dies hat zur Folge, dass zurzeit praktisch kaum auf die Bedürfnisse Drogenabhängiger ausländischer Herkunft ausgerichtete Konzepte und Einrichtungen zur Verfügung stehen. Um ein solches Angebot initiieren zu können, müssen zuerst die Bedürfnisse, Sichtweisen und Probleme sowohl Drogenabhängiger ausländischer Herkunft und deren Familien, wie auch der Angebotsseite, eruiert werden. Bis heute sind jedoch in der Schweiz praktisch keine solchen Forschungen im Drogenbereich durchgeführt worden.

Am Beispiel der italienischen Gemeinde wurden in einer Vorstudie exemplarisch am Beispiel der Stadt Bern bestehende Probleme eingegrenzt, geklärt und erste Lösungsvorschläge für eine soziokulturelle und migrationsspezifische Drogenarbeit herausgearbeitet. Erforscht wurde die Interaktion zwischen der Angebotsseite und den Betroffenen und deren Familien, wobei ein spezielles Augenmerk auf selbstorganisatorische Ansätze gerichtet wurde.

Die Vorstudie beinhaltete folgende Komponenten:

- Das Literaturstudium und erste Kontaktaufnahmen mit Ressourcenpersonen.
- Den Besuch verschiedener Institutionen und Einrichtungen des Drogenbereichs in der Stadt Bern, um erste Kontakte mit der Praxis zu knüpfen.
- ExpertInneninterviews mit MitarbeiterInnen, um die entsprechenden Einschätzungen und Probleme in Bezug auf Drogenabhängige italienischer Herkunft aus der Sicht der AnbieterInnen aufzunehmen.
- Herstellung erster Kontakte mit Drogenabhängigen der italienischen Gemeinde und mit Gruppen, wie Elternvereinigungen drogenabhängiger Jugendlicher und anderen Selbsthilfegruppen.

\* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 8077 unterstützt.

- Herausarbeitung geeigneter Instrumente für eine familienorientierte Forschung in der italienischen Gemeinde.
- Teilnehmende Beobachtung «auf der Gasse», um die soziale Praxis Drogenabhängiger italienischer Herkunft zu beobachten.
- Aufbau einer Forschungsbegleitgruppe für die Hauptstudie.

## 1.2 Beweggründe für die Studie

Es besteht eine grosse Diskrepanz zwischen dem Anteil Drogenabhängiger italienischer Herkunft «auf der Gasse» und ihrem Anteil in der Benützung des Beratungs- und Therapieangebots des schweizerischen Versorgungssystems. Gerade weil die zweite Generation der italienischen MigrantInnen nicht mehr auffällt, da sie aufgrund des Integrationsdruckes gelernt hat, sich nach aussen anzupassen, die schweizerdeutsche Sprache beherrscht und auch sonst viele Verhaltensweisen zumindest äusserlich übernommen hat, besteht die Gefahr, dass ihre besonderen Bedürfnisse, ihre soziokulturellen und migrationsspezifischen Probleme, aber auch Ressourcen, kaum mehr wahrgenommen werden. Die hohe Anzahl von italienischen Familien mit Suchtproblemen scheint jedoch kaum Ausdruck einer guten sozialen Integration und Verarbeitung der spezifischen Migrationsgeschichten zu sein. Auch spielen sozioökonomische Aspekte, neben migrationsspezifischen und soziokulturellen Aspekten, gerade für die Zweitgeneration, angesichts der Arbeitslosigkeit und des Lehrstellenmangels, eine vermutlich wichtige Rolle für den vergleichsweise hohen Anteil Drogenabhängiger italienischer Herkunft. Die Berücksichtigung dieser zentralen Aspekte durch MitarbeiterInnen des schweizerischen Versorgungssystems scheint nur minimal zu erfolgen.

## 1.3 Referenzen

In der Schweiz wurden bisher keine migrationsspezifischen Studien im Drogenbereich durchgeführt und auch auf internationaler Ebene gibt es nur wenig entsprechende Publikationen. Auch in Publikationen zur Drogenproblematik generell wird nur selten ein Hinweis auf Drogenabhängige ausländischer Herkunft gemacht. Dies erstaunt, wenn man bedenkt, in welch hohem Mass gerade MigrantInnen und speziell deren Kinder von der Drogensucht betroffen sind. Einige mehr praxisorientierte Publikationen beschreiben Erfahrungen, welche in der Drogenarbeit mit Jugendlichen ausländischer Herkunft gemacht worden sind und leiten daraus Praxisinterventionen ab.

Gemäss Domberg et al. (1.) beispielsweise besteht einerseits eine Unterversorgung mit Hilfsangeboten für ausländische Drogenabhängige, andererseits werden die bestehenden Angebote durch ausländische Drogenabhängige und deren Familien seltener genutzt. Die Ursache sehen Domberg et al. darin, dass einerseits die Familien ihre drogenabhängigen Angehörigen länger ertragen, andererseits aber auch im Angebot selber. Angehörige drogenabhängiger Jugendlicher haben oft Mühe mit der sachlich distanzierten Art des helfenden Umgangs, welche sich nur schlecht mit der Erwartung einer raschen Hilfe und eines persönlichen Engagements verträgt. Gemäss Lanfranchi (2.) werden italienische MigrantInnen von Fachleuten zu Unrecht als integriert betrachtet. Für ihn liegen die Probleme im «Feingeweblichen», das heisst, in unterschiedlichen süditalienisch geprägten soziokulturellen Konzepten, sogenannten mediterranen Konzepten, wie Familismus, Klientelsysteme, Strukturarmut der sozialen Gebilde jenseits der Familie und der Glaube, dass die miseria von aussen kommt (ebd.:7).

Einen Beitrag zur Beschreibung der Lebenswelt der italienischen Zweitgeneration haben Gubler und Schneiter (3.) geleistet, indem sie italienische Jugendliche zu ihrem Freizeitverhalten befragt haben. Bei ihrer Untersuchung haben sie festgestellt, dass «italienische Jugendliche mit der Frage nach der eigenen (kulturellen) Identität, der Integration, mit ihren Zukunftsperspektiven und Fragen nach dem Sinn des Lebens, oft überfordert sind. Das Gefühl des Zerrissenseins erschwert dabei eine konstruktive Auseinandersetzung mit diesen Fragen» (ebd.:3).

Für Castra (4.) repräsentiert die Drogenabhängigkeit der Zweitgeneration ein Feld, wo ungelöste familiäre Konflikte zusammenfliessen. In italienischen Familien werden, gemäss Castra, Kinder durch die Situation der Migration häufig auf die Elternebene gehoben, indem sie eine Brückenfunktion zur schweizerischen Gesellschaft einnehmen. Aber auch Loyalitätskonflikte durch das unausgesprochene Treuegebot gegenüber der italienischen Herkunftskultur sorgen für Konfliktstoff in italienischen Familien (ebd.:37-41).

Auch Bertoli (5.) sieht einen Zusammenhang zwischen der Migration und der Drogensucht der Zweitgeneration. Daher findet er es zentral, Drogenabhängige «für Migrationsfragen zu sensibilisieren und ihnen mögliche Zusammenhänge mit ihrer Drogensucht aufzuzeigen. Sie sollen schliesslich befähigt werden, ihre kulturellen Bezüge und Ursprünge zu erkennen und auf eine realistische und konstruktive Art in Beziehung zu ihrem aktuellen, schweizerischen Umfeld zu setzen» (ebd.:25).

## 2. Vorgehen/Methodik

Am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft und deren Familien wurden als Vorbereitung für die Hauptstudie erste Sichtweisen von MitarbeiterInnen der schweizerischen, wie auch der italienischen, Einrichtungen im Drogenbereich in der Stadt Bern erhoben. Die Sicht der Betroffenen wurde zum grossen Teil indirekt durch die italienischen MitarbeiterInnen der Beratungsstelle für italienische EmigrantInnen (Centro Familiare Bern) erhoben, die selber Angehörige der ersten oder zweiten Generation sind, schon seit Jahren mit Drogenabhängigen italienischer Herkunft und deren Familien Drogenarbeit machen und neben Einzeltherapien auch Selbsthilfegruppen begleiten. Durch deren jahrelange Auseinandersetzungen mit dieser Thematik konnten spannende Thesen, Analysen und Sichtweisen in die Vorstudie aufgenommen werden, die ohne ihre Aussagen kaum in so kurzer Zeit hätten erhoben werden können. Das Gefälle an Hintergrundwissen und Sensibilisierung für das Thema Migration und Drogen in Bezug auf Drogenabhängige italienischer Herkunft zwischen dem schweizerischen Versorgungssystem und dem Centro Familiare ist eindrücklich, vor allem angesichts der zurzeit noch minimalen Vernetzung bzw. Ausschöpfung dieser vorhandenen Ressourcen und selbstorganisatorischen Ansätze der italienischen Gemeinde.

Die ExpertInneninterviews wurden nach einem Leitfaden durchgeführt, der jedoch nur der Orientierung diene. Je mehr Gespräche gemacht worden waren, desto mehr konnten die Befragten mit Aussagen vorheriger InterviewteilnehmerInnen konfrontiert werden, was laufend zu neuen Diskussionen Anlass gab. Da es in der Vorstudie primär um die Felderschliessung und das Eruiere von forschungsrelevanten Fragen ging, wurden die Interviews allesamt nicht nach Kategorien und anderen klar definierten Kriterien ausgewertet, sondern die wichtigsten Ergebnisse aus allen geführten Diskussionen zusammengezogen.

## 3. Resultate

### 3.1 Drogenabhängige italienischer Herkunft

Es gibt einen hohen Anteil Drogenabhängiger italienischer Herkunft «auf der Gasse». Aufgrund persönlicher Einschätzungen von MitarbeiterInnen kann von einem Anteil von mindestens 20%, wahrscheinlich jedoch 30% und mehr, ausgegangen werden. Unklar ist der Frauenanteil, der vermutlich jedoch unter dem sonstigen Verhältnis von  $\frac{1}{3}$  Frauen zu  $\frac{2}{3}$  Männern liegt.

Drogenabhängige italienischer Herkunft treten gemäss den Aussagen aller Befragten «auf der Gas-

se» auffallend weniger verwahrlost auf als oft schweizerische Drogenabhängige.

Die italienische Gruppe gilt aufgrund ihrer Kommunikations- und Anpassungsfähigkeit als «dankbarste» Gruppe im Bereich «Überlebenshilfe». So scheinen Drogenabhängige italienischer Herkunft aus der Sicht der MitarbeiterInnen dieses Bereiches keinen Anlass für Probleme zu bieten. Auch die Drogenabhängigen selbst scheinen in diesem Bereich keine Probleme zu haben, das bestehende Angebot zu benützen und ihre Anliegen und Bedürfnisse durchzusetzen.

Die Benutzung des Beratungs- und Therapieangebotes des schweizerischen Versorgungssystems durch Drogenabhängige italienischer Herkunft ist hingegen minimal. Offensichtlich scheint sich die Benutzung auf konkrete Angebote, wie z. B. Suchen eines stationären Therapieplatzes, zu beschränken. Am Beispiel der Stiftung Contact kann deutlich gezeigt werden, dass der 20–30%ige Anteil Drogenabhängiger italienischer Herkunft «auf der Gasse» nicht mit der Benutzung des Beratungs- und Therapieangebotes korreliert. Die Benutzung dieser Angebote durch Drogenabhängige italienischer Herkunft liegt aufgrund intern geführter Statistiken der Stiftung Contact deutlich unter 10%.

Für viele Drogenabhängige italienischer Herkunft spielt die Familie eine zentrale Rolle und somit auch deren Einbezug in Beratung, Therapie, Entzug und Rehabilitation. Im bestehenden Angebot gibt es jedoch ausser dem Centro Familiare kaum eine Stelle, wo Drogenabhängige italienischer Herkunft mit ihren Eltern im Wissen hingehen können, dass diese dort sowohl sprachlich als auch soziokulturell verstanden werden.

Drogenabhängige italienischer Herkunft scheinen häufiger als schweizerische Drogenabhängige Unterbrüche im Drogenkonsum zu machen. Diese Unterbrüche werden durch das familiäre oder soziale Netz der italienischen Gemeinde initiiert, indem die Drogenabhängigen für einen oder mehrere Monate zur Verwandtschaft nach Italien geschickt werden oder vorübergehend eine Arbeit bei einem Freund der Familie oder einem Verwandten, z. B. auf dem Bau oder in einem Malergeschäft, finden. Die italienische Gemeinde scheint ein grosses Mass an selbstorganisatorischen Ansätzen aufzuweisen. Die zum Teil jahrelange familiäre, aber auch darüber hinausgehende, Unterstützung durch die italienische Gemeinde, führt gemäss verschiedener Aussagen dazu, dass bei Drogenabhängigen italienischer Herkunft langjährige «Drogenkarrieren» entstehen, indem diese zwar selten völlig verwahrlosen und «abstürzen», jedoch auch selten den definitiven Ausstieg schaffen. Es scheint so, als müsste in Bezug auf italienische Drogenabhängige



weniger von einer Spontanremission als vielmehr von einer jahrelangen Pendelbewegung ausgegangen werden.

«Auf der Gasse» sind alle Drogenabhängigen, unabhängig ihrer Herkunft, in einer Drogenszene zusammen. Es bestehen also keine grossräumigen Segregationstendenzen. Innerhalb der sichtbaren Szene hingegen sind Drogenabhängige italienischer Herkunft häufig in einer eigenen Gruppe zusammen, oft auch noch mit anderen Drogenabhängigen ausländischer Herkunft.

### **3.2 Familien Drogenabhängiger italienischer Herkunft**

Gemäss den Aussagen aller MitarbeiterInnen, sowohl der italienischen, wie auch der schweizerischen Seite, übernehmen italienische Familien eine wichtige Funktion in der Versorgung ihrer drogenabhängigen Kinder.

Italienische Eltern scheinen zuerst Hilfe in der eigenen Familie und Verwandtschaft zu suchen oder sie suchen Hilfe bei einem Priester der Missione cattolica oder bei einem Arzt oder einer Ärztin. Einige wenden sich auch an die Sozialdienste, wo ihre drogenabhängigen Kinder angegliedert sind. Oft werden sie jedoch dort, gemäss Aussagen italienischer MitarbeiterInnen, aufgrund der Schweigepflicht oder aufgrund bestehender Abgrenzungskonzepte gegenüber den Eltern, abgewiesen.

Das Vertrauen italienischer Eltern in Beratungsstellen des schweizerischen Versorgungssystems scheint nicht sehr gross zu sein, was sich auch darin ausdrückt, dass das schweizerische Angebot gerade von ihnen kaum benützt wird. So scheint die starke familiäre Unterstützung, welche aufgrund der gemachten Aussagen viel länger dauert als normalerweise diejenige von Schweizer Familien, einerseits deshalb zu geschehen, weil man die Sucht nach aussen aufgrund von Versagens- und Schamgefühlen möglichst lange kaschieren will. Andererseits liegt der Grund vermutlich auch darin, dass italienische Eltern den schweizerischen Einrichtungen ihre drogenabhängigen Söhne und Töchter nicht «überlassen» möchten, gerade weil sie wenig Vertrauen in diese Institutionen haben.

### **3.3 Angebotsseite**

Die Mehrheit der MitarbeiterInnen des schweizerischen Versorgungssystems sieht keine speziellen Probleme mit italienischen Drogenabhängigen, da sie aus ihrer Sicht integriert sind. Sie beziehen sich in diesem Zusammenhang auf einen Integrationsbegriff, der sich primär über die sprachliche Ebene

definiert, indem von vielen das Sprechen der schweizerdeutschen Sprache als Integrationsmassstab verwendet wird.

Im Unterschied dazu betonen die MitarbeiterInnen des Centro Familiare Italiano, dass auch die zweite Generation keinesfalls integriert sei, wobei ihr Integrationsbegriff eindeutig auch die soziale Dimension einbezieht.

Auch wenn einige MitarbeiterInnen des schweizerischen Versorgungssystems einen Handlungsbedarf angesichts des hohen Anteils Drogenabhängiger italienischer Herkunft «auf der Gasse» sehen, sind kaum konkrete Vorstellungen einer möglichen Umsetzung vorhanden. Die Mehrheit der Befragten des schweizerischen Versorgungssystems wurde erst durch die Interviews für diese Problematik sensibilisiert. Die MitarbeiterInnen des Centro Familiare hingegen haben sich sehr intensiv mit dieser Thematik auseinandergesetzt und auch konkrete Vorschläge für die Praxis erarbeitet, von denen wiederum die meisten schweizerischen MitarbeiterInnen keine Kenntnis haben.

Die vorhandenen Ressourcen und selbstorganisatorischen Ansätze der italienischen Gemeinde werden vom schweizerischen Versorgungssystem kaum zur Kenntnis genommen, auch wenn alle MitarbeiterInnen, nachdem sie vom Centro Familiare erfahren haben, die Wichtigkeit einer besseren Vernetzung und Zusammenarbeit betonen.

Gemäss verschiedener Aussagen suchen italienische Eltern erst in einem sehr späten Stadium die Beratungsstellen auf, meist erst dann, wenn die Situation zu Hause eskaliert. So fordern die Eltern dann oft sofortige Hilfe, welche in so kurzer Zeit von den Beratungsstellen nicht geboten werden kann. Dies kann zu Spannungen in der Interaktion und zu einer Überforderung auf der Seite der MitarbeiterInnen des schweizerischen Versorgungssystems führen.

Mehrmals wurde von den italienischen MitarbeiterInnen der fehlende Einbezug der italienischen Eltern in die Beratungs- und Therapiesessionen des schweizerischen Versorgungssystems bemängelt, da gerade bei italienischen MigrantInnen der Familieneinbezug zentral sei. Schweizerische MitarbeiterInnen äusserten hingegen das Problem der Schweigepflicht, die es ihnen verunmögliche, über Drogenabhängige Auskünfte an deren Eltern zu erteilen. Andere wiederum betonten, dass sie Familientherapien mit einem systemischen Ansatz machen würden, was einen Familieneinbezug einschliesse. Es scheinen hier Unterschiede in Bezug auf therapeutische Konzepte und Herangehensweisen zwischen der italienischen und der schweizerischen Seite zu bestehen.

Drogenabhängige der Zweitgeneration haben gelernt, zwischen zwei kulturellen Feldern hin und her zu «switchen». Sie leben in einer eigenen Welt, mit einer eigenen Mischsprache, die auch «auf der Gasse» unüberhörbar ist. Um diese spezielle Welt der Zweitgeneration erfassen und thematisieren zu können, braucht es gemäss Aussagen der italienischen MitarbeiterInnen viel Feingefühl und Erfahrung. Dies erfordert eine spezielle Kenntnis der Lebenswelt der Zweitgeneration, die jedoch bei den MitarbeiterInnen des schweizerischen Versorgungssystems nur begrenzt vorhanden ist.

#### 4. Diskussion

Aufgrund der Forschungsergebnisse, welche primär auf der Befragung von MitarbeiterInnen italienischer und schweizerischer Einrichtungen im Drogenbereich beruhen, können bereits vorläufige Schlussfolgerungen im Sinne von Hypothesen gezogen werden. Sie gelten als vorläufig, sollen hier aber doch schon zur Diskussion gestellt werden:

Drogenabhängige italienischer Herkunft benutzen das schweizerische Beratungs- und Therapieangebot angesichts ihres Gesamtanteils in der Drogenszene eindeutig weniger als schweizerische Drogenabhängige. Das Zwischen-zwei-Welten-Stehen wirkt sich in der Suchtproblematik aus, indem Drogenabhängige der Zweitgeneration sich auch zwischen unterschiedlich ausgerichteten Versorgungssystemen bewegen müssen. So entscheiden sie sich einmal für das schweizerische, ein anderes Mal wiederum für das italienische Versorgungssystem.

Italienische Familien suchen primär Hilfe in ihrem eigenen sozialen Netz oder in der italienischen Gemeinde. Das schweizerische Versorgungssystem wird erst im äussersten Notfall aufgesucht, nämlich dann, wenn das eigene familiär ausgerichtete Versorgungssystem an die Grenzen der totalen Überforderung und Erschöpfung stösst. In diesem Moment erwarten italienische Familien prompte Hilfe, allenfalls auch die sofortige Versorgung des drogenabhängigen Jugendlichen. Solche Ansprüche auf «Feuerwehrrübungen» können zu einer Überforderung auf der Angebotsseite führen. So entsteht von Anfang an ein Konflikt in der Interaktion, was den Vertrauensaufbau erschwert und den Beratungsabbruch fördert.

Darüber hinaus bestehen für italienische Familien hohe soziokulturelle Barrieren in der Benützung des schweizerischen Versorgungssystems. Die Mehrheit italienischer MigrantInnen kommt aus dem Süden Italiens, wo zum Teil auch heute noch kaum ein professionelles Versorgungssystem besteht. Aus diesem Grunde haben italienische Familien auch nicht gelernt, sich im professionellen Versorgungs-

system zu bewegen, beziehungsweise es überhaupt zu beanspruchen.

Dem professionellen «Zuhören gegen Bezahlung» stehen viele italienischen Eltern der ersten Generation eher ablehnend gegenüber. Erst wenn eine Vertrauensbeziehung erarbeitet werden konnte, können in der Beratungssession so heikle Themen wie Migrationsgeschichte und Suchtproblematik überhaupt angegangen werden, wozu jedoch auf Seiten des schweizerischen Versorgungssystems auch das entsprechende Hintergrundwissen vorhanden sein muss. Zentral für die Herstellung von Vertrauensbeziehungen scheint daher auch der Ausbau des Beratungsangebots mit MitarbeiterInnen italienischer Herkunft zu sein. Die bereits bestehenden Ressourcen selbstorganisatorischer Ansätze in der italienischen Gemeinde sind dem schweizerischen Versorgungssystem noch zu wenig bekannt und werden daher auch zu wenig genutzt.

#### 5. Empfehlungen

Auch wenn es sinnvoll ist, zuerst noch die Ergebnisse der laufenden Hauptstudie abzuwarten, bevor konkrete Interventionen geplant werden, können aufgrund der Ergebnisse der Vorstudie folgende Empfehlungen gegeben werden:

Im Umgang mit Drogenabhängigen italienischer Herkunft und deren Familien wird empfohlen, vermehrt MitarbeiterInnen italienischer Herkunft im schweizerischen Versorgungssystem anzustellen. Selbstorganisatorische Ansätze in der italienischen Gemeinde sollten vermehrt zur Kenntnis genommen und im Sinne einer Vernetzung entsprechend genutzt werden.

Kommunikations- und Interaktionsfragen sollten auf ihre migrationsspezifische und soziokulturelle Dimension hin diskutiert werden, um entsprechende Anpassungen vornehmen zu können.

Durch gezielte Interventionen sollten zudem sowohl das schweizerische wie auch das italienische Versorgungsangebot in der italienischen Gemeinde bekannter gemacht werden, damit italienische Familien besser und früher erreicht werden können.

#### 6. Referenzen

1. Domberg H, Nadalian D, Dunker A. Suchtpräventive Drogenarbeit mit Jugendlichen ausländischer Herkunft. In: Bossong H., Götz J., Stöver H. (Hrsg.): Leitfaden Drogentherapie. Frankfurt a.M.: Campus Verlag; 1997; 245–65.
2. Lanfranchi A. Immigranten und Schule. Transformationsprozesse in traditionellen Familienwelten

- als Voraussetzung für schulisches Überleben von Immigrantenkindern. 2. Auflage. Opladen: Biographie und Gesellschaft, Band 18; 1995.
3. Gubler L, Schneider R. «Sta sera, was mache mer?» Italienische Jugendliche der zweiten Generation in der Schweiz und ihre Gesundheitsförderung im Freizeitbereich. Kőniz: Edition Soziothek; 1995.
  4. Castra U. Chi lavora con la rete, deve anzitutto crear nodi e legame. Dieci tesi su tossicodipendenza, dinamiche culturali e fratture generazionali nell'emigrazione italiana in Svizzera. Connessioni, Rivista di terapia familiare 1996; 12:34–43.
  5. Bertoli L. Migrationsarbeit im Rūdli. Analysen und Grundlagen. Arbeitspapier für den Aufbau der Migrationsarbeit. Unveröffentlichtes Manuskript. Bern; 1997.
  6. Walker A Jr, editor. Thesaurus of Psychological Index Terms. Eight Edition. Washington, D.C.: American Psychological Association; 1997.

Korrespondenzadresse:  
Dagmar Domenig  
Institut für Ethnologie der Universität Bern  
Lānggassstrasse 49a  
3000 Bern 9  
Tel. 031 631 36 33  
E-Mail: domenig@ethno.unibe.ch

# Migration und Drogen – Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft – Hauptstudie\*

Dagmar Domenig, Corina Salis Gross, Margret Rihs-Middel, Hans-Rudolf Wicker, Institut für Ethnologie der Universität Bern

## Zusammenfassung

Die Studie untersucht einerseits das Angebot für Drogenabhängige italienischer Herkunft in der Stadt Bern. Andererseits wird die Nutzung dieses Angebotes beleuchtet und werden allfällige Lücken eruiert. Das Ziel ist, in engem Kontakt zur Praxis konkrete Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln.

## 1. Bericht

Die schweizerische Drogenpolitik des Bundes bezieht bis anhin kaum migrationsspezifische und soziokulturelle Ansätze in den Bereichen Prävention, Schadensminderung/Überlebenshilfe und Therapie ein. Dies hat zur Folge, dass zurzeit praktisch kaum auf die Bedürfnisse Drogenabhängiger ausländischer Herkunft ausgerichtete, entsprechend angepasste präventive und therapeutische Konzepte und Einrichtungen zur Verfügung stehen. Um ein solches Angebot initiieren zu können, müssen zuerst die Bedürfnisse, Sichtweisen und Probleme sowohl Drogenabhängiger ausländischer Herkunft und deren Familien wie auch der Angebotsseite eruiert werden.

Am Beispiel der italienischen Gemeinde wurden in einer Vorstudie bestehende Probleme eingegrenzt, geklärt und erste Lösungsvorschläge für eine migrationsspezifische Drogenarbeit herausgearbeitet. Erforscht wurde einerseits die Interaktion zwischen der Angebotsseite und den Betroffenen und deren Familien, andererseits jedoch auch explorativ die Praxis Drogenabhängiger italienischer Herkunft. Die Studie ging exemplarisch vor und beschränkte sich auf die Stadt Bern.

Als wichtigste Ergebnisse der Vorstudie können einerseits die starken selbstorganisatorischen Ansätze der italienischen Familien, andererseits aber auch die hohen soziokulturell und migrationsspezifisch bedingten Barrieren gegenüber dem schweizerischen Versorgungssystem bezeichnet werden. Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist einerseits der hohe Anteil Drogenabhängiger italienischer Herkunft in der sichtbaren Drogenszene und andererseits der vergleichsweise kleine Anteil von Drogenabhängigen italienischer Herkunft im Beratungs- und Therapiebereich oder in den Methadon- und Heroinabgabestellen.

Erwähnenswert ist auch, dass die Mehrheit der MitarbeiterInnen des schweizerischen Versorgungssystems Drogenabhängige italienischer Herkunft als sogenannte integriert betrachtet und nur ein kleines Mass an Sensibilisierung in Migrationsfragen in Bezug auf die italienische Gemeinde besteht. Auffallend ist auch die Diskrepanz zwischen den Kenntnissen und Erfahrungen der MitarbeiterInnen des italienischen Hilfssystems im Vergleich zum Wissen der MitarbeiterInnen des schweizerischen Angebotes, sowie die mangelnde Vernetzung und Nutzung der

## Key Words

Client Counselor Interaction  
Drug Abuse  
Family Therapy  
Health Service Utilization  
Help Seeking Behaviour  
Italy, Migration  
Social Services  
Transcultural Social Casework

\* Dieses Forschungsprojekt wird vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 8117 unterstützt.

Ressourcen der italienischen Gemeinde durch die MitarbeiterInnen des schweizerischen Versorgungssystems.

In der Hauptstudie sollen die Ergebnisse der Vorstudie weiter vertieft und zusätzliche Erkenntnisse im Bereich Entzug/Rehabilitation und Gefängnis gewonnen werden. Speziell sollen anhand einer Interaktionsforschung einerseits die Kenntnisse über die Interaktion zwischen der Angebotsseite und den BenutzerInnen weiter vertieft, andererseits soll die transkulturelle Kompetenz der MitarbeiterInnen des italienischen und des schweizerischen Versorgungssystems näher untersucht werden. Ein weiteres Augenmerk soll auf die Benutzungsart der unterschiedlichen Versorgungssysteme (italienisches, familiär ausgerichtetes System, schweizerisches und italienisches professionelles System) durch die Drogenabhängigen und deren Familien, sowie auf die Vernetzung und das Zusammenspiel dieser Angebote gerichtet werden. Die Hauptstudie wird an die Vorstudie anknüpfen und weiterhin exemplarisch auf die Stadt Bern beschränkt sein.

Geforscht wird explorativ nach ethnologischen Forschungsansätzen, wobei ein grosses Gewicht auf Grundsätze der Aktionsforschung gelegt wird.

**Laufzeit der Studie**

Januar 1999 bis Juni 2000

**Projektleitung**

Dr. Corina Salis Gross

**Projektdurchführung**

Lic. iur./dipl. phil. Dagmar Domenig

**Mitgestellter**

Prof. Hans-Rudolf Wicker

2. Referenzen

1. Domenig D, Salis Gross C, Wicker H-R, Rihs-Middel M. Vorstudie. Migration und Drogen. Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft. Schlussbericht. Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern und Bundesamt für Gesundheit; 1998.

Korrespondenzadresse:  
Dagmar Domenig  
Institut für Ethnologie der Universität Bern  
Länggassstrasse 49a  
3000 Bern 9  
Telefon: 031 631 36 33  
E-Mail: domenig@ethno.unibe.ch

# La santé des jeunes en rupture d'apprentissage: une recherche-action sur les modalités de soutien, les déterminants de la santé\*

Pierre-André Michaud, Christine Ferron, Isabelle Delbos-Piot, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Daniel Cordonier, Pascale Schalbetter, Ligue valaisanne contre les toxicomanies, Sion

## Résumé

*Contexte:* les causes et conséquences sanitaires des ruptures d'apprentissage sont encore mal connues, notamment pour ce qui touche au problème de la consommation de drogue. *Objectifs:* répertorier les causes sanitaires et psycho-sociales des ruptures d'apprentissage, apprécier les conséquences à moyen terme de telles ruptures et identifier les facteurs favorisant la reprise d'une formation, notamment l'impact d'un suivi personnalisé. *Méthode:* suivi prospectif d'une cohorte de jeunes, vaudois et valaisans, ayant interrompu pour une durée d'au moins 2 mois leur apprentissage, avec questionnaire et interview semi-structurée peu de temps après la rupture du contrat et un an et demi plus tard. Le 50% de ce collectif, choisi aléatoirement, a fait l'objet d'un appui personnalisé sous forme de relances téléphoniques et de conseils. *Résultats:* 182 jeunes (98 dans le groupe expérimental, 84 dans le groupe-contrôle) ont été interrogés aux deux temps. Plus de la moitié des jeunes sans activité au départ se trouvaient réintégrés au bilan final. Lorsque la durée d'inactivité excède un an et demi, le pronostic s'assombrit, à la fois en raison des difficultés psycho-sociales des intéressés, et du poids exercé par l'inactivité sur l'estime de soi et sur la capacité à entreprendre des démarches. Les variables personnelles et psychologiques, telles que l'attitude ou la motivation face à la recherche d'une place, ne jouent pas de rôle dans le processus de réinsertion; au contraire, la façon dont les adolescents perçoivent l'attitude de certains adultes-clés semble jouer un rôle important puisque les jeunes qui se sont réinsérés sont nettement plus nombreux à penser que leur patron et leurs enseignants s'intéressent beaucoup à eux, et à ce qui leur arrive. Les facteurs liés à la santé ne semblent pas jouer un rôle prépondérant dans la non-reprise d'une formation. La consommation de certaines drogues licites et illícites est une conséquence plus qu'une cause de la non-réinsertion. Les jeunes dont les parents ont un niveau de formation peu élevé ou qui sont inactifs (au chômage ou au bénéfice d'une rente d'invalidité) ou enfin d'origine étrangère, semblent avoir plus de peine à retrouver une formation. Enfin, les analyses statistiques comparant les jeunes réinsérés et les jeunes sans activité professionnelle ne mettent pas en évidence d'influence notable de l'accompagnement mis en place, sans doute parce que celui-ci s'est avéré superflu pour certains et non suffisant pour d'autres. *Conclusion:* une interruption prolongée de l'apprentissage a des effets négatifs en

termes de santé, d'estime de soi et de consommation de drogue. Il importe de repérer au moment de la rupture les jeunes qui sont le plus à même de bénéficier d'une aide polyvalente, intégrant des aspects personnels et psychologiques, un appui social et financier, un bilan d'orientation professionnelle et des stages en entreprise.

## 1. Introduction: Pourquoi une telle recherche?

Une série importante de travaux réalisés principalement à l'étranger mais aussi en Suisse (1–8) démontrent que la santé des jeunes ayant interrompu leur formation laisse fortement à désirer, tout particulièrement dans le domaine des conduites addictives (consommation de tabac, d'alcool et de drogue). Néanmoins, ces études ne permettent pas de déterminer dans quelle mesure ces problèmes de santé préexistent ou sont plutôt la conséquence de la non-insertion dans un circuit de formation. Il est important de mieux comprendre les processus qui sous-tendent l'interruption et la reprise d'une formation professionnelle, leurs conséquences sur la santé et les moyens de favoriser le maintien de ces jeunes dans une filière de formation.

Les objectifs de cette recherche sont:

- d'identifier les déterminants des résiliations de contrats d'apprentissage dans les cantons de Vaud et du Valais romand, sur le plan de la santé, des comportements, et du parcours scolaire et professionnel;

## Key Words

Adolescents  
Health  
Apprenticeship  
Drugs  
Training

\* Ce projet a été soutenu par les contrats de recherche n° 8047 et 8054 de l'Office fédéral de la santé publique.

- de définir l'évolution d'une cohorte de jeunes en rupture d'apprentissage sur une période d'un an, du point de vue de la santé, des styles de vie et des activités professionnelles;
- de déterminer les facteurs sanitaires, psychologiques et sociaux favorisant ou au contraire inhibant la réinsertion professionnelle;
- d'évaluer l'impact d'un accompagnement personnalisé, visant à fournir aux jeunes confrontés à une rupture un appui dans les domaines professionnel, psychologique, social et de la santé.

## 2. La méthode: un suivi longitudinal de type cas-témoin

Durant une période de plusieurs mois, les chercheurs du canton de Vaud et du Valais romand ont cherché à identifier tous les jeunes qui avaient interrompu leur apprentissage sur une période de 2 mois au moins, les jeunes retrouvant immédiatement un travail – en général en reprenant la même formation chez un autre patron – n'étant pas considérés comme « à risque » et n'étant donc pas inclus dans l'étude. Les jeunes ainsi identifiés ont été invités à participer à la recherche et ont fait l'objet d'un bilan initial et d'un bilan final, un an et demi plus tard. La moitié du collectif – dans les deux cantons – n'a rencontré les chercheurs que pour ces deux bilans. L'autre moitié a fait l'objet d'une relance téléphonique régulière, voire de visites à domicile, en bref d'un accompagnement visant à leur fournir des adresses d'institutions ou des pistes pour reprendre une formation, ainsi qu'un support psychologique et social propre à les aider à régler les problèmes auxquels ils étaient confrontés. Cet accompagnement

était assuré par les chercheurs (une psychologue, une sociologue et une spécialiste de la communication), dans un travail de réseau (c'est-à-dire en collaboration avec les services s'adressant à ce type de clientèle).

## 3. Les principaux résultats

### 3.1 Des jeunes difficiles à identifier et à suivre...

La difficulté rencontrée par les chercheurs pour identifier et contacter ces jeunes en rupture d'apprentissage témoigne d'ores et déjà des situations délicates dans lesquelles ils se trouvent souvent: 5% d'entre eux ont refusé de participer à l'enquête et 10% ont été perdus de vue, même par leurs proches!

### 3.2 Des trajectoires diverses

Une partie des jeunes réintègre une filière professionnelle relativement précocement puisque près d'un quart étaient en train de reprendre un apprentissage ou une formation lors du bilan initial; néanmoins, 30% d'entre eux se sont retrouvés à nouveau sans activité professionnelle au bilan final. Au contraire, plus de la moitié des jeunes sans activité au départ se trouvaient réintégrés au bilan final. En fait, la durée d'inactivité ne signe pas nécessairement des difficultés grandissantes à se réinsérer: il semble que ce soit lorsque cette durée d'inactivité excède un an et demi que le pronostic s'assombrit, à la fois en raison des difficultés psychosociales des intéressés et du poids de l'inactivité exercé sur l'estime de soi et sur la capacité à entreprendre des démarches (les jeunes ayant une

### Schéma de l'étude:

Sélection aléatoire des sujets	Groupe expérimental [~100 jeunes]	Groupe témoin [~100 jeunes]
	↓	↓
Entretien + questionnaire 1	Bilan initial	Bilan initial
	↓	↓
Suivi	Mise en place et déroulement de l'accompagnement (durée: 1 an)	Pas d'accompagnement
	↓	↓
Entretien + questionnaire 2	Bilan final	Bilan final
	↓	↓
Analyse des données / évaluation de l'action		

### Tableau

Classement des jeunes	VAUD		VALAIS	
	Nombre	%	Nombre	%
1. Hors collectif	396	40%	115	33%
2. Refus de participer	69	7%	14	4%
3. Inatteignables au terme de la phase de bilan initial	372	37%	101	29%
4. Perdus de vue	74	8%	34	9,5%
<b>5. Inclus au groupe-témoin</b>	<b>44</b>	<b>4%</b>	<b>45</b>	<b>13%</b>
<b>6. Inclus au groupe expérimental</b>	<b>43</b>	<b>4%</b>	<b>41</b>	<b>11,5%</b>
<b>Totaux</b>	<b>585</b>	<b>100%</b>	<b>350</b>	<b>100%</b>

période d'inactivité supérieure à 18 mois déclarent en fait un nombre de démarches nettement inférieur à celui des autres jeunes).

### **3.3 Les facteurs influençant la réinsertion professionnelle**

Les variables personnelles et psychologiques, telles que l'attitude ou la motivation face à la recherche d'une place, ne semblent pas jouer le rôle essentiel qu'on leur prête souvent dans le processus de réinsertion: il semble bien que c'est plutôt la possibilité de poursuivre sa formation ou de la reprendre qui influence ces variables. En revanche, la façon dont les adolescents perçoivent l'attitude de certains adultes-clé semble jouer un rôle important, puisque les jeunes qui se sont réinsérés sont nettement plus nombreux à penser que leur patron et leurs enseignants s'intéressent beaucoup à eux et à ce qui leur arrive. En d'autres termes, la motivation de l'apprenti n'est pas donnée une fois pour toutes: elle est avant tout suscitée par un environnement favorable, fait de l'intérêt du maître d'apprentissage pour le jeune qui débute dans son métier.

Qu'en est-il des facteurs reliés à la santé? De fait, si les jeunes ayant interrompu leur apprentissage déclarent dans l'ensemble nettement plus de problèmes de santé que leurs congénères restés dans une filière professionnelle, il ne semble pas, une fois la rupture consommée, que ces problèmes jouent un rôle prépondérant dans la non-reprise d'une formation. L'une des hypothèses de départ était que la consommation de produits psychotropes pouvait influencer négativement la réinsertion: en fait, si les jeunes qui ne parviennent pas à se réinsérer rapportent une consommation de drogue plus importante que ceux qui finissent par être réintégrés dans un circuit professionnel, il apparaît clairement que la consommation de certaines drogues licites et illicites est une conséquence et non une cause de la non-réinsertion.

Parmi les autres facteurs identifiés comme contribuant à la réinsertion professionnelle, il faut retenir le milieu social et surtout le statut professionnel des parents: les jeunes dont les parents ont un niveau de formation peu élevé ou qui sont inactifs (au chômage ou au bénéfice d'une rente d'invalidité) au moment de l'enquête, semblent avoir plus de peine à retrouver une formation. Par ailleurs, il semble aussi que, dans une certaine mesure, les jeunes dont les parents sont étrangers (jeunes immigrés de la deuxième génération) éprouvent plus de difficultés à se réinsérer: cela est sans doute lié au fait qu'ils appartiennent à des milieux socio-économiques moins favorisés et que leurs parents ne disposent pas nécessairement du réseau socio-professionnel et personnel de parents suisses.

### **3.4 L'effet de l'accompagnement**

L'une des hypothèses sous-jacentes à la présente recherche était qu'un accompagnement simple et personnalisé favoriserait la réinsertion professionnelle. Les analyses statistiques comparant les jeunes réinsérés et les jeunes sans activité professionnelle ne mettent pas en évidence d'influence notable de l'accompagnement mis en place dans le cadre de l'enquête, mais il importe de réaliser que ce résultat est peut-être lié à un biais bien connu, soit le fait que la seule mise en place de l'enquête et d'une interview de départ a pu représenter un apport bénéfique pour les jeunes appartenant au groupe-témoin. En outre, les analyses statistiques laissent dans l'ombre quelques succès individuels nets décrits dans les chapitres précédents et on doit aussi tenir compte dans l'interprétation des résultats de l'hétérogénéité et de la petite taille du collectif d'une part et du nombre de facteurs en jeu d'autre part. L'absence d'un impact statistiquement mesurable ne devrait donc pas inciter à renoncer à une telle formule d'accompagnement. En fait, l'hypothèse la plus plausible de cette absence d'effet mesurable est que l'accompagnement s'est sans doute avéré superflu pour certains et non suffisant pour d'autres, d'où l'intérêt de prévoir un accompagnement spécifique et plus important ciblant essentiellement les jeunes dont on peut prévoir qu'ils en auront réellement besoin.

## **4. Discussion et implications**

Les implications de cette recherche seront analysées selon trois axes principaux: premièrement, la prévention «primaire» de la rupture d'apprentissage, deuxièmement les stratégies à mettre en place lorsque la rupture a lieu et enfin les instruments d'analyse et de suivi de la situation qu'il y aurait lieu de développer.

### **4.1 La prévention de la rupture d'apprentissage**

Il serait illusoire d'imaginer que l'on va faire disparaître le phénomène de la rupture d'apprentissage, car une partie importante de ces ruptures tient au système lui-même, qui prévoit qu'un adolescent de 14 ou 15 ans choisisse, précocement voire prématurément, le métier qu'il souhaite pratiquer plus tard. Un tel choix, les discussions menées avec les apprentis le montrent, relève parfois plus des circonstances voire de l'aléatoire pur que d'un processus de décision engageant des motivations clairement définies et exprimées. La conséquence première de cet état de fait est que ce n'est pas seulement à l'apprenti de se forger des intérêts de novo, mais tout autant au patron de développer ou renforcer l'intérêt de son élève pour le métier qu'il ap-



prend. La formation est un processus interactionnel impliquant fortement le patron et l'apprenti, et il est peu productif, en cas de difficulté, de rechercher des coupables et des fautes chez l'un ou l'autre uniquement. Par ailleurs, si les problèmes de santé psycho-sociale identifiés sont à la fois cause et conséquence d'un échec professionnel, ils mériteraient d'être dépistés plus précocement, par exemple par des médiateurs scolaires, des infirmières et médecins scolaires, des enseignants ou bien entendu par les patrons eux-mêmes (9). Dans cette perspective, il serait intéressant de réfléchir à une redéfinition ou une meilleure exploitation de l'examen médical, prescrit par la loi, et effectué au moment de la signature du contrat (10). Si dans ses objectifs, cet examen vise à assurer une meilleure adéquation entre la santé du jeune consultant et son insertion professionnelle à venir, sans doute faudrait-il davantage porter l'accent sur les aspects psycho-sociaux de la santé que ce n'est le cas à présent: le plus souvent, l'examen porte surtout sur une anamnèse physique, allergologique, orthopédique et sensorielle.

Un corpus de littérature important (11–15) démontre que les jeunes qui réussissent le mieux, surtout parmi ceux qui sont placés dans des situations défavorables, sont aussi ceux qui bénéficient du soutien attentif d'un adulte qui leur est proche et qui donne – à travers les responsabilités qu'il leur confie – un sens à leur activité et à leur vie. S'il est indéniable que de nombreux patrons jouent ce rôle, en plus parfois de celui de substitut parental, il reste qu'un nombre non négligeable d'entre eux se désintéressent de leur apprenti lorsque celui-ci présente ou rencontre des difficultés d'adaptation, d'où l'importance de mieux former les patrons à ce travail proprement pédagogique. En dehors des bilans réalisés avec les commissaires d'apprentissage, il n'y a pas de stratégie formelle qui permette d'identifier précocement les problèmes qui surgissent et la manière d'y remédier: l'absence de motivation et les difficultés d'adaptation sont souvent liées à des interactions insuffisantes ou à une absence de communication, plutôt qu'à un véritable déficit du côté de l'apprenti. Les parents semblent souvent rester en dehors de ce travail d'identification des aléas de la vie de l'apprenti, du moins tant que la situation ne s'est pas franchement dégradée. On pourrait mettre sur pied des stratégies d'intervention précédant la rupture d'apprentissage et visant à préserver la qualité du travail de l'apprenti, soit dans le centre professionnel soit sur son lieu de travail.

#### **4.2 Que faire en cas de rupture du cursus professionnel?**

Une rupture professionnelle prolongée fait entrer l'adolescent dans une forme de cercle vicieux, avec

tout d'abord perte de confiance en soi, déprime, puis installation ou augmentation d'un usage de psychotropes, ce dernier entraînant des conduites de délinquance compromettant à leur tour la reprise d'un apprentissage. Cette constatation a des implications importantes, que bien des éducateurs de rue et des travailleurs sociaux connaissent: vouloir s'attaquer directement à la consommation de drogue sans se préoccuper de l'insertion professionnelle d'un jeune équivaut en quelque sorte à mettre la charrue devant les boeufs. C'est dire l'importance d'un travail d'accompagnement prenant en compte les facteurs inhibant ou favorisant la réinsertion professionnelle. Lors de chaque rupture dont l'issue ne se résout pas rapidement, il serait utile de prévoir un véritable bilan de la situation, qui recense les problèmes ou les richesses de chaque jeune dans les domaines techniques (donc des connaissances et des compétences psychologiques, sociales et sanitaires). Un tel bilan et les stratégies à mettre en place devraient prendre en compte les facteurs qui, selon la présente enquête, semblent avoir une nette influence sur les capacités de réinsertion professionnelle: les stages en entreprise, ou, pour les adolescents qui ne se sentent pas prêts psychologiquement à de tels stages, d'autres possibilités d'investissement dans des activités de groupe: chantiers de jeunes, réfection de bâtiments, etc. (16). Comme il paraît difficile à première vue d'engager un travail d'accompagnement intensif pour tous les jeunes qui décrochent de leur apprentissage, il importerait, la présente recherche le montre, que ce travail se concentre sur les jeunes les plus fortement à risque, soit ceux dont les parents pratiquent un métier non qualifié ou sont inactifs. Un tel accompagnement devrait en outre ne pas se limiter à une relance téléphonique, mais s'inscrire dans un travail de réseau impliquant des acteurs du champ professionnel, social et sanitaire (16). Les deux cantons connaissent actuellement l'émergence de tels dispositifs, soit pour les jeunes en rupture, soit pour ceux qui ne trouvent aucune formation à l'issue de l'école obligatoire. Citons à titre d'exemple, dans le canton de Vaud, l'activité du JET Service (Centre social protestant à Lausanne), le programme d'accompagnement «Rimeille» réalisé par la MDJ (Maison des Jeunes) ou encore le projet d'accompagnement des Services sociaux de la ville de Vevey. Nous avons mené récemment un travail (disponible aussi sur Internet), qui résume quelques-unes des stratégies novatrices mises en place dans différents cantons romands (16).

#### **4.3 Un meilleur suivi du cursus de formation de l'ensemble des jeunes dès 15 ans**

L'ampleur qu'a pris le phénomène de l'inactivité des jeunes, avec les coûts humains, sociaux et financiers qu'il implique à long terme, impose une ré-

flexion de fond sur le devenir des jeunes placés dans cette situation. La Suisse connaît une durée de scolarité obligatoire assez faible en comparaison d'autres pays avoisinants. Alors que dans beaucoup de pays, la scolarité se prolonge jusqu'à 17 ou 18 ans, les parents et les jeunes, dès l'âge de 15 ans révolus, se trouvent livrés à eux-mêmes. En période de haute conjoncture, cette situation n'a pas eu de conséquences fâcheuses et la majorité des jeunes ont trouvé à se former sans difficulté majeure. A l'heure actuelle, on ne sait pas très bien ce que deviennent les jeunes échappant aux deux cursus traditionnels que représentent l'apprentissage et les études en établissement secondaire supérieur. En dépit du risque – très relatif – de «contrôle social» que cela implique, il nous semblerait urgent de prévoir un suivi plus attentif des cohortes d'adolescents présentant des difficultés d'insertion professionnelle. Un tel suivi permet une sorte de «repêchage» des adolescents les plus fortement à risque: Ainsi, le canton de Genève prévoit un examen médico-social systématique des jeunes ayant une activité professionnelle hors apprentissage. Ce bilan débouche bien entendu sur des mesures qui ne sont pas uniquement sanitaires mais impliquent bien souvent les organismes d'orientation professionnelle ou les services sociaux.

Plus globalement, il serait utile de mener une recherche impliquant plusieurs cantons et centrée sur la trajectoire professionnelle des jeunes entre 15 et 20 ans. Si l'on songe à l'importance que revêt la formation, tant pour l'individu que pour la société, et surtout dans notre pays, on ne peut que rester confondu par l'ignorance dans laquelle on se trouve quant au statut des jeunes non impliqués dans les filières traditionnelles. Une telle photographie de la situation permettrait de prendre des mesures appropriées et adaptées.

## 5. Références bibliographiques

1. Bauer D, Dubechot P. A la sortie de l'école. Les jeunes sans qualification déjà résignés? Consommation et Modes de Vie. Chroniques du CREDOC 1989;42.
2. Beck L, Muia JA. A portrait of a tragedy: research findings on the drop-outs. The High School J 1980;64/2:65–72.
3. Carle J. Youth unemployment: individual and societal consequences and new research approaches. Soc Sci Med 1987;25/2:147–52.
4. Collectif Santé Jeunes en Indre-et-Loire. La santé des jeunes de 16/25 ans en stage d'insertion. Rapport 1988/1989: 39–45.
5. Delbos-Piot I, Narring F, Michaud PA. La santé des jeunes hors du système de formation: comparaison entre jeunes hors formation et en formation dans le cadre de l'enquête sur la santé et les styles de vie des 15–20 ans en Suisse romande. Santé Publique 1995/1:59–72.
6. Deschamps JP. Ces jeunes sont sans soins...ou la «non-santé» des adolescents et jeunes adultes en France. Rev Fr Aff Soc 1987;41:43–57.
7. Le Vigouroux A, Mollat F, Bernot de la Housaye B, Mimiague F. Action-santé: étude épidémiologique des jeunes relevant du dispositif d'insertion sociale et professionnelle 16–25 ans (mission locale de La Rochelle). Rev Fr Santé Publique 1988;41:12–8.
8. Locuty J, Ferron C, Spykerelle Y. La santé des adolescents de 16 à 18 ans: inégalité des chances et des risques. Rev Ped 1988;24:433–44.
9. Michaud PA, Piot-Delbos I, Ferron C, Cordonier D, Narring F. La santé des jeunes en rupture d'apprentissage: Une recherche comparant la santé des apprentis et des jeunes en rupture d'apprentissage dans deux cantons romands. Rev Med Suisse Romande, sept. 1997.
10. Michaud PA, Herzig A, Holtz J, Boillat MA, Hotz P, Martin J. L'examen médical précédant l'entrée en apprentissage: instrument de prévention ou tracasserie administrative ? Rev Suisse Med 1989/78:228–31.
11. Rutter M. Resilience: Some Conceptual Considerations. J Adol Health 1993 ;14:626–31.
12. Vanistendael S. La résilience ou le réalisme de l'espérance: Blessé mais pas vaincu. Bureau International Catholique de l'Enfance, Genève 1996, 2ème Ed. 52 pp.
13. Hetherington EM, Bleachman EA. Stress, Coping and Resiliency in Children and Adolescents. Lawrence Erlance Assoc Publ, New-Jersey, 1996, 245 pp.
14. Werner EE. Protective factors and Individual Resilience. In: Handbook of Early Intervention. Cambridge University Press, 1986.
15. Fombonne E. Les syndromes psychopathologiques de l'enfant et de l'adolescent: importance des notions de stress et de résilience. In: La santé des adolescents: quels liens entre recherche et prévention. Ed CFES, Paris, 1996.
16. Berthoud A, Michaud PA. Prévenir la rupture d'apprentissage: une étude sur les stratégies et structures mises en place dans les cantons romands. Rapport de recherche. IUMSP, Lausanne, 1997.

Adresse pour correspondance :  
 Prof. P.-A. Michaud  
 IUMSP  
 Bugnon 17  
 1005 Lausanne  
 E-mail: Pierre-Andre.Michaud@inst.hospvd.ch

2.1 Drogenkonsum und  
gesellschaftliches Umfeld/  
Consommation de drogues et  
environnement social

**2.2 Gesetzgebung,  
Gesetzsprechung,  
Szenarien  
der Drogenpolitik/  
Legislation, jurisprudence,  
scénarios pour la politique  
en matière de drogue**

# Mise en œuvre de la Loi fédérale sur les stupéfiants – les décisions judiciaires\*

Sous la direction de Maria Luisa Cesoni et Christian-Nils Robert, Rapport rédigé par Maria Luisa Cesoni, Nathalie Bornozy et Bernhard Sträuli, Université de Genève, Faculté de droit, Département de droit pénal et CETEL

## Résumé

Depuis vingt ans, la majorité des infractions à la Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup) constatées a pour objet l'usage de stupéfiants (68,6% en 1974, 79,8% en 1994). Il s'ensuit une activité importante des tribunaux (de 3387 condamnations en 1980 à 8943 condamnations en 1993) qui n'a fait l'objet d'aucune étude systématique approfondissant les éléments de connaissance analysés par l'Office fédéral de la statistique. Le but de cette recherche a été de développer à la fois une analyse quantitative comprenant certaines variables que l'OFS n'a pas considérées et une analyse qualitative des décisions prises par les autorités judiciaires dans le but de mieux connaître, d'une part, les comportements incriminés et le traitement que la justice pénale leur réserve et, d'autre part, les motivations de ces décisions. Il en résulte une grande disparité d'application de la loi par les autorités judiciaires cantonales. Leurs attitudes se rapprochent néanmoins, tant dans la réticence à classer les dossiers concernant des faits de peu de gravité que dans celle à appliquer des mesures thérapeutiques alternatives à la sanction pénale.

## 1. Introduction: les fondements juridiques de la recherche

### 1.1 Le droit de fond

Les dispositions de droit pénal matériel qui fondent la répression dans le domaine des stupéfiants se trouvent aux art. 19 et ss. LStup. L'art. 19 LStup constitue la disposition centrale, qui incrimine pas loin d'une quarantaine de comportements que l'on peut regrouper sous l'appellation générale de trafic. Dans les cas ordinaires, la sanction encourue est de trois ans d'emprisonnement au maximum et d'une amende de quarante mille francs au plus. Dans les cas graves (grande quantité, trafic en bande, trafic par métier), la peine augmente jusqu'à la réclusion pour vingt ans au plus et l'amende jusqu'à un million de francs. L'art. 19a LStup appréhende, quant à lui, la consommation de stupéfiants, ainsi que les comportements réprimés par l'art. 19 LStup dans la mesure où ils constituent une étape préalable à la consommation. La sanction est ici simplement contraventionnelle (arrêt pour trois mois au plus et amende de cinq mille francs au plus). Par ailleurs, la loi prévoit des traitements privilégiés dans les cas bénins (réprimande, exemption de toute peine), voire des abandons des poursuites, notamment lorsque l'auteur dépendant des stupéfiants est déjà soumis ou accepte de se soumettre à un traitement médical.

Les dispositions précitées sont complétées, s'agissant du droit des sanctions, par la partie générale du Code pénal. Parmi les dispositions mises en œuvre dans le présent domaine, il convient de signaler l'art. 11 CP qui permet au juge d'atténuer la peine lorsque l'auteur a agi dans un état de responsabilité restreinte, notamment en raison de sa dépendance aux stupéfiants. Quant à l'art. 44 CP, il permet au juge de remplacer l'exécution d'une peine privative de liberté par un traitement thérapeutique, résidentiel ou ambulatoire.

### 1.2 Le droit de procédure

Conformément à la répartition des compétences opérée par l'art. 123.3 Cst., le droit de procédure, à l'inverse du droit de fond, est cantonal. L'application de la LStup passe donc par la mise en œuvre de vingt-six codes cantonaux de procédure pénale, d'inspiration assez différente (tradition plutôt française pour les cantons romands, tradition germanique pour les cantons alémaniques, influence italienne pour le Tessin). Les mêmes disparités se rencontrent dans le domaine de l'organisation judiciaire (composition et compétence des différentes autorités pénales).

\* Ce projet a été soutenu par le contrat de recherche n° 8055 de l'Office fédéral de la santé publique.

## Key Words

Illicit Drug  
Drug Addicts / Users  
Drug Law  
Criminalization

## 2. Déroulement de l'étude

### 2.1 Le terrain de la recherche

Le terrain de la recherche est constitué par les décisions rendues dans les cantons d'Argovie, Bâle-Ville, Berne, Fribourg, Genève, Neuchâtel, Saint-Gall, Soleure, Tessin, Vaud et Zurich durant les mois de février et mars 1996 et communiquées au Ministère public de la Confédération. Il n'a pas été tenu compte des décisions rendues par les juridictions pour enfants et adolescents, dans la mesure où le système des sanctions applicables obéit à une logique propre. Les cantons précités ont été retenus dès lors qu'ils ont fourni plus de 90% des dénonciations et plus de 80% des condamnations recensées en matière de stupéfiants; ils forment par ailleurs un échantillon représentatif des différents systèmes de procédure pénale et des différences socio-économiques, démographiques et culturelles du pays.

**Tableau 1: Le corpus de la recherche\***

CANTONS	PRONONCES COMMUNIQUEES AU MP	PRONONCES - ANALYSE QUALITATIVE	PRONONCES - ANALYSE QUANTITATIVE
ARGOVIE	578	40	276
BERNE	130	23 (27)	65 (67)
BALE VILLE	139	8	69
FRIBOURG	101	36 (37)	51
GENEVE	17	13 (14)	0
NEUCHATEL	73	71 (81)	50 (58)
SAINT-GALL	167	53	83
SOLEURE	63	24 (25)	50
TESSIN	123	32 (33)	62 (64)
VAUD	145	82 (85)	73 (75)
ZURICH	887	117	425
TOTAL	2423	499 (520)	1204 (1 218)

\* Entre parenthèses: nombre de décisions individuelles.

### 2.2 L'analyse qualitative

Le but de cette analyse était d'essayer de reconstituer, sur la base des motivations des décisions examinées, la logique qui sous-tendait la mise en œuvre de l'art. 19a LStup par les différents acteurs du procès pénal. L'analyse s'est, dès lors, concentrée sur les décisions qui contenaient suffisamment d'éléments de fait et de droit pour pouvoir être exploitées. Cette analyse qualitative a permis de traiter 499 prononcés, contenant 520 décisions individuelles prises à l'égard de 517 personnes.

### 2.3 L'analyse quantitative

L'analyse quantitative a porté sur un échantillon de 1204 décisions, correspondant à 50% de l'ensemble des décisions communiquées par les cantons au Ministère public de la Confédération dans les deux mois pris en compte. Le but de cette analyse était de rassembler des données statistiques sur la mise en œuvre de l'art. 19a LStup.

## 2.4 Les variables analysées

Trois types d'informations ont été répertoriés afin d'identifier les principaux facteurs jouant un rôle dans les décisions analysées: les données relatives aux prévenus (indications socio-démographiques, antécédents pénaux, suivi médico-social consécutif à la consommation de stupéfiants), les données relatives à l'acte judiciaire et à la procédure (nature de la décision, origine de la procédure pénale, existence ou non de détention préventive, assistance du prévenu par un défenseur, témoignage de professionnels de la prise en charge médico-sociale) et les données relatives à la décision (autorité qui a statué, nature de la décision prise, disposition pénale appliquée au stade de la poursuite et du jugement, nature des substances consommées et/ou trafiquées).

## 3. Les résultats de la recherche

Pour l'évaluation des données recensées, il a été procédé à une comparaison intercantonale nécessaire à l'obtention d'une vision globale de l'application de la LStup à la consommation de stupéfiants.

### 3.1 Profil socio-démographique des prévenus

Globalement parlant, deux tiers des prévenus sont de nationalité suisse, un tiers de nationalité étrangère. La plupart d'entre eux ont leur domicile légal en Suisse. La très grande majorité des prévenus a moins de trente ans au moment du prononcé de la décision les concernant. Ils sont généralement célibataires. Les données relatives à la scolarité et à la formation professionnelle ne sont pas assez nombreuses pour être exploitées valablement.

**Tableau 2.1: L'âge des prévenus**

CANT.	18-20 ans	21-25 ans	26-30 ans	31-35 ans	>36 ans	Age inconnu	Total
AG	66	114	54	29	13	-	276
BE	10	16	20	8	9	4	67
BS	8	25	20	7	9	-	69
FR	13	19	9	5	3	2	51
NE	8	20	18	7	5	-	58
SG	7	25	24	16	10	1	83
SO	2	22	12	8	6	-	50
TI	6	29	16	6	3	4	64
VD	10	25	23	12	5	-	75
ZH	34	133	150	65	41	-	423
TOTAL	164	428	346	163	104	11	1 216
%	13,5	35,2	28,5	13,4	8,5	1	

### 3.2 Antécédents judiciaires et sanitaires

Les décisions analysées se sont révélées généralement assez lacunaires s'agissant des antécédents judiciaires et sanitaires des prévenus.

**Tableau 2.2: Principales substances consommées, évoquées et / ou retenues (rang\*)**

	héroïne	cocaïne	haschich**	ecstasy	méthadone	LSD	amphétamine	crack
AG	oui (2)	oui	oui (1)	oui	oui	oui	oui	oui
BE	oui (2)	oui	oui (1)	oui	oui	non	non	non
BS	oui (1)	oui (2)	oui (1)	oui	oui	non	non	non
FR	oui (2)	oui	oui (1)	oui	non	oui	non	non
NE	oui (1)	oui	oui (2)	oui	oui	oui	non	non
SG	oui (1)	oui	oui (2)	oui	non	oui	non	non
SO	oui (1)	oui (2)	oui	non	non	non	non	non
TI	oui (1)	oui	oui (1)	oui	non	oui	oui	non
VD	oui (1)	oui	oui (1)	oui	oui	oui	oui	non
ZH	oui (1)	oui	oui (2)	oui	oui	oui	oui	non

\* Les deux substances les plus souvent mentionnées ont été classées par ordre d'importance.

\*\* Et/ou marijuana

### 3.3 Les produits consommés

Inversement, la nature des produits consommés est régulièrement mentionnée dans les décisions examinées. Dans l'ensemble des cantons, les substances les plus fréquemment consommées ou détenues en vue de la consommation sont les dérivés du cannabis et l'héroïne. L'ecstasy et le LSD ne sont apparus que de façon très marginale. Les amphétamines ne sont présentes que dans deux cantons. Quant au crack, il est pratiquement inexistant.

### 3.4 Le traitement judiciaire

Très généralement, l'origine de la procédure ayant abouti aux décisions examinées est constituée par un contrôle de police débouchant sur le constat d'un flagrant délit d'infraction à l'art. 19a LStup. Le recours à la détention préventive est naturellement marginal dans la mesure où la consommation constitue une simple contravention. Le recours à la détention préventive est limité au cas de concours avec d'autres infractions, notamment celle de trafic réprimée par l'art. 19 LStup. La présence d'un avocat aux côtés du prévenu durant la procédure s'avère rare. Le témoignage d'un professionnel du suivi médico-social spécialisé devant le tribunal est également rare. Il en va de même du recours à une ex-

pertise psychiatrique destinée à établir une éventuelle responsabilité restreinte au sens de l'art. 11 CP. Inversement, le recours à l'expertise est davantage pratiqué lorsqu'un traitement selon l'art. 44 CP est envisagé.

### 3.5 Les éléments de preuve

Les deux principaux éléments de preuve fondant une décision de condamnation pour consommation de stupéfiants sont le constat d'un flagrant délit et/ou l'aveu du prévenu. Les aveux portent souvent sur des quantités consommées ou des fréquences de consommation bien supérieures à ce qui pourrait résulter d'éléments purement objectifs tels que des saisies de stupéfiants.

### 3.6 La nature des décisions prononcées

Les condamnations à une peine ou à une mesure représentent plus de 90% des décisions analysées, le reste se répartissant entre classements, ordonnances de non-lieu ou acquittements. Au sein des condamnations, près de 70% des décisions prononcent l'amende seule; s'agissant des peines privatives de liberté prononcées, 13% sont fermes et 17% sont assorties du sursis. Parmi les décisions

**Tableau 2.3: Décisions individuelles analysées condamnations et classements / non-lieux / acquittements**

CANTON	TOTAL	DECISIONS CONDAMNATIONS (peines et mesures)		CLASSEMENTS NON-LIEUX ACQUITTEMENTS	
		N	%	N	%
AG	276	255	92,4	21	7,6
BE	67	67	100	-	-
BS	69	18	26,1	51	73,9
FR	51	47	92,2	4	7,8
NE	58	57	98,3	1	1,7
SG	83	75	90,4	8	9,6
SO	50	50	100	-	-
TI	64	51	79,7	13	20,3
VD	75	74	98,7	1	1,3
ZH	425*	419	98,6	6	1,4
TOTAL	1218**	1113	91,4	105	8,6

N.B.: La seule décision principale est comptée.

\* Concernant 423 individus.

\*\* Concernant 1216 individus

**Tableau 2.4: Infractions retenues par les décisions de condamnation**

Canton	art.19a LStup seul (% condamnations)	art.19a LStup et autres infractions	art.19a LStup et 19 LStup	art.19a LStup, 19 LStup et autres infractions
AG (N=255)	218 (85,5%)	31	3	3
BE (N=67)	36 (53,7%)	9	9	13
BS (N=18)	6 (33,3%)	9	2	1
FR (N=47)	25 (53,2%)	8	9	5
NE (N=57)	23 (40,4%)	11	13	10
SG (N=75)	59 (78,6%)	7	5	4
SO (N=50)*	26 (52%)	6	6	11
TI (N=51)	23 (45,1%)	9	14	5
VD (N=74)*	25 (33,8%)	22	16	10
ZH (N=419)	326 (77,8%)	22	53	18
TOTAL (N=1113)*	767 (68,9%)	134 (12%)	130 (11,7%)	80 (7,9%)

\* Un cas de classement de 19a LStup et condamnation pour 19 LStup avec d'autres infractions (VD) et un cas où seul l'article 19 LStup a été finalement retenu (SO) n'apparaissent pas au tableau.

N: total des décisions de condamnation (dont certaines contiennent aussi un classement ou acquittements partiels).

**Tableau 2.5: Décisions de condamnation: peines et alternatives à la peine**

Canton	amende seule		peine privative de liberté (éventuellement accompagnée d'une amende)			mesure (art. 43-44 CP)	art.100bis CP***
	N	%	sans sursis	avec sursis	sursis sous condition		
AG (N=255)	230	90,2	11	13	1	2	-
BE (N=67)	40	59,7	15	12	-	6	-
BS (N=18)	4	22,2	5	8	1	2	-
FR (N=47)	27	57,4	3	15	2	1	-
NE (N=57)	-	-	30	21	6**	12	1****
SG (N=75)	54	72	15	6	-	1	-
SO (N=50)	32	64	9	7	2	2	-
TI (N=51)	22	43,1	7	22	-	1	-
VD (N=74*)	24	32,4	21	25	3	4	1
ZH (N=419)	332	79,2	37	47	2	8	1
Total (N=1113)	765	68,7	153	176	17	39	3****

N: Total des décisions de condamnation.

\* Comprend un cas de classement pour consommation et condamnation pour trafic et autres infractions.

\*\* Subordonné dans un cas à la mesure prévue par l'art. 100bis CP.

\*\*\* Cette mesure remplace le prononcé de la peine.

\*\*\*\* Dans un cas, la peine a été prononcée et suspendue malgré l'application de l'art. 100bis CP.

prononçant une peine privative de liberté, 11% ordonnent (également) un traitement thérapeutique.

#### 4. Discussion

Le dépouillement des décisions a mis en lumière plusieurs inégalités de traitement, tant d'un canton à l'autre qu'au sein d'un même canton. Ces inégalités apparaissent dans les différentes phases de la procédure. Tout d'abord, les décisions d'abandonner les poursuites sont relativement peu nombreuses au regard du nombre total des procédures. Ensuite, la nature des peines prononcées (privation de liberté ou amende) varie fortement d'un canton à l'autre pour des comportements pourtant comparables. Enfin, une disparité marquée concerne le recours aux mesures (traitement thérapeutique) comme alternative à la peine: l'échantillon montre une réticence marquée de certains cantons, face à une attitude nettement favorable d'autres cantons à l'égard de ce type de mesures.

Ces inégalités de traitement ne s'expliquent pas uniquement par les différences de procédure d'un canton à l'autre puisque les disparités existent mê-

me au sein d'un même canton, par exemple d'un district à un autre. Une explication réside sans doute dans la présence ou l'absence d'une politique criminelle clairement définie à l'égard des consommateurs de stupéfiants. L'obligation de mettre en œuvre des normes contenant des notions juridiques indéterminées (quantités minimales, cas bénin) favorise aussi les disparités de traitement.

Enfin, les quelques entretiens que nous avons menés montrent le doute de certains magistrats quant à l'efficacité de la répression des usagers et de la consommation en particulier. Ce doute se manifeste aussi dans le recours systématique à des sanctions pécuniaires jamais recouvrées, comme dans le canton de Zurich.

En revanche, la police paraît considérer la répression des consommateurs surtout comme un moyen d'assurer l'ordre public et comme un instrument de la lutte contre le trafic. Les réseaux de trafic dont nous avons trouvé trace dans quelques dossiers examinés sont toutefois constitués surtout d'usagers et de petits dealers, souvent consommateurs eux-mêmes.

## 5. Conclusions

Si la principale fonction de la criminalisation de l'usage et des consommateurs doit consister en la volonté de réprimer le trafic et de sauvegarder l'ordre public, on ne peut que s'interroger sur le sens – et l'équité – d'une sanction appliquée pour poursuivre d'autres finalités que celles de punir le comportement visé par la norme et d'en prévenir la reproduction.

Il faudrait, dès lors, attribuer des priorités clairement définies de santé publique aux politiques en matière d'usage de stupéfiants et mettre en balance, d'une part, les conséquences négatives de la poursuite des usagers – notamment en termes de marginalisation, délinquance, morbidité et mortalité – et, d'autre part, les résultats modestes, voire l'inefficacité de la sanction pénale appliquée à une population que même de nombreux acteurs du système pénal désireraient, en théorie, orienter vers le système médico-social, objectif qu'ils n'arrivent pourtant pas à atteindre sur la base des dispositions de la LStup.

## 6. Références

1. Albrecht P. «Die Mitverantwortung der Strafjustiz», in *Plädoyer*, 1/1990, pp. 26–31.
2. Albrecht P. *Kommentar zum schweizerischen Strafrecht. Sonderband Betäubungsmittelstrafrecht* (art. 19–28 BetmG). Bern, Stämpfli, 1995.
3. Boggio Y, Cattacin S, Cesoni ML, Lucas B. *Apprendre à gérer: la politique suisse en matière de drogue*. Genève, Georg, 1997.
3. Huber C. «Gesetzesauslegung am Beispiel des Betäubungsmittelsgesetzes», in *SIZ* 1993, pp. 169–179.
4. Killias M, Grapendaal M. «Entkriminalisierung des Drogenkonsums oder Einschränkung der Strafverfolgungspflicht?», in: *RPS*, 1997, pp. 94–109.
5. Queloz N. «Economie du droit pénal, politique de la drogue et statut du toxicomane», in: *RPS*, 1996, pp. 76–86.
6. Robert C-N. «De la répression à la réglementation», in *Plädoyer*, 1/1995, pp. 47-50.
7. Thomas H. «Strafzumessung in Betäubungsmittelfällen – eine Umfrage der KSBS», in: *RPS*, 1997, pp. 233–248.
8. Uchtenhagen A. *Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport de synthèse*. Zürich, 1997.
9. Widmer J, Boller B, Coray R (Hrsg.). *Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit*. Basel, Helbling & Lichtenhahn, 1997.

Adresse pour correspondance:  
Professeur Christian-Nils Robert  
Département de droit pénal  
Faculté de droit - UNI MAIL  
1211 GENEVE 4  
E-mail: christian-nils.robert@droit.unige.ch



# L'impact du programme suisse de prescription d'opiacés sur la délinquance des personnes traitées\*

Martin Killias, Denis Ribeaud, Marcelo F. Aebi, Institut de police scientifique et de criminologie, Université de Lausanne

## Résumé

Le texte suivant présente un résumé de la recherche de base sur l'impact du programme de prescription d'opiacés (PROVE) dans le domaine de la délinquance. Les analyses se basent sur des données autoreportées dans le cadre d'interviews standardisées des participants au programme, concernant (1) les délits éventuellement commis ou (2) subis, (3) les dossiers de police de ces mêmes personnes, et (4) leur casier judiciaire. Les résultats indiquent une réduction massive de la criminalité liée à l'acquisition de drogues, et ceci pour tous les types de données.

## 1. Introduction

Le phénomène de la criminalité liée à l'acquisition de drogues a souvent été au centre des discussions portant sur la problématique de la toxicomanie. Un des objectifs centraux du programme de prescription d'opiacés était précisément de parvenir à une réduction de la criminalité.

## 2. Déroulement de l'étude/Méthode

Trois types de données ont été récoltées afin de déterminer l'impact du programme sur la délinquance des participants. Il s'agit d'une part de données sur les expériences de victimisation et la délinquance autoreportée par les participants dans le cadre d'interviews standardisées, et d'autre part de données de police (dénonciations) concernant ces mêmes personnes, ainsi que de données récoltées à partir du casier judiciaire.

Des résultats portant sur ces trois bases de données ont déjà été publiés à plusieurs occasions dès l'été 1997. Les éventuelles divergences (mineures) de la présente version par rapport aux indications précédentes sont dues à des mises à jour de nos bases de données.

### 2.1 Les données autoreportées

L'une des conditions de participation au programme était de prendre régulièrement part à des interviews. C'est dans le cadre de ces entretiens, menés par les collaboratrices de l'Institut für Suchtforschung, que les données sur la délinquance et les expériences de victimisation ont été récoltées. L'intérêt particulier des données sur la victimisation réside dans le fait qu'il existe, selon un grand nombre d'études, une très forte corrélation entre la délinquance et la victimisation, de sorte que cette dernière puisse être considérée comme un indicateur assez valide de la précédente.

### 2.2 Les données de police

Pour toutes les personnes admises au programme, un extrait des registres de police des cantons appliquant un ou plusieurs programmes, ou connaissant une présence certaine de toxicomanes, a été relevé par les soins de nos propres collaborateurs. Pour y parvenir, des questions très délicates liées à la pro-

## Key Words

Medical Prescription of Heroin  
Illegal Drugs  
Delinquency  
Victimisation

\* Ce projet a été/est soutenu par les contrats de recherche n° 8015 et 8102 de l'Office fédéral de la santé publique.

**Tableau 1: Taux de prévalence de la délinquance autoportée (en %) dans le courant des 6 mois précédant l'interview respective (12 délits, N=305)**

type de délit	A	B-1	B-2	diminution relative (A-B2)	p (A-B2)
vol dans un automate	2,0	0,3	0,0	100%*	,014*
vol à l'étalage	35,0	23,0	16,1	54%	<,001
pickpocket	3,6	0,0	0,0	100%	0,001
vol à l'arraché	1,0	0,3	0,0	100%*	ns*
cambrassage	6,9	1,9	0,0	100%	<,001
recel	13,1	5,6	3,9	70%	<,001
brigandage	1,0	0,3	0,7	30%*	ns*
violence physique	0,7	2,3	0,7	0%*	ns*
blessure avec arme	0,3	0,3	0,3	0%*	ns*
vente de haschisch	26,3	16,4	12,5	52%	<,001
vente de drogues dures	46,9	12,1	8,2	83%	<,001
arnaque lors de la vente de drogues	6,6	2,3	1,0	85%	<,001
<i>tous délits confondus</i>	<i>67,7</i>	<i>36,7</i>	<i>28,9</i>	<i>57%</i>	<i>&lt;,001</i>

\* Pour ces délits, les taux se basent sur les données de 7 personnes au maximum (avant le début du traitement).

**Tableau 2: Taux d'incidence de la délinquance autoportée (en %) dans le courant des 6 mois précédant l'interview respective (12 délits, N=305)**

type de délit	A	B-1	B-2	diminution relative (A-B2)	p (A-B2)
vol dans un automate	0,639	0,003	0,000	100%*	ns*
vol à l'étalage	5,639	1,705	0,845	85%	<,001
pickpocket	0,102	0,000	0,000	100%	,007
vol à l'arraché	0,033	0,007	0,000	100%*	ns*
cambrassage	0,230	0,052	0,000	100%	,006
recel	0,931	0,171	0,109	88%	,001
brigandage	0,023	0,003	0,007	70%*	ns*
violence physique	0,013	0,020	0,010	23%*	ns*
blessure avec arme	0,003	0,000	0,007	-133%*	ns*
vente de haschisch	8,960	2,129	2,162	76%	0,001
vente de drogues dures	25,297	3,208	2,030	92%	<,001
arnaque lors de la vente de drogues	0,648	0,046	0,013	98%	0,014
<i>tous délits confondus</i>	<i>41,444</i>	<i>7,461</i>	<i>4,530</i>	<i>89%</i>	<i>&lt;,001</i>

\* Pour ces délits, les taux se basent sur les données de 7 personnes au maximum (avant le début du traitement).

tection des données ont dû être résolues. Les détails en ont été exposés dans notre rapport final de juillet 1997. La période d'observation n'est que de 6 mois avant et après le début du traitement, à l'exception des sujets qui se trouvaient, au moment de la récolte des données (automne 1996), en traitement depuis une période plus longue.

### 2.3. Les données du casier judiciaire

Pour toutes les personnes admises au programme, un extrait du casier judiciaire a été relevé par nos propres collaborateurs. Pour les détails, on se référera également à notre rapport final.

## 3. Résultats

### 3.1 L'évolution de la délinquance autoportée

Comme les tableaux 1 et 2 le mettent en lumière, la délinquance autoportée a très fortement baissé depuis le début du traitement. Les interviews menées après un an confirment cette tendance, de même que celles menées après 24 mois (non représentées dans les tableaux). On notera que la période de référence était de 12 mois au lieu de 6, lors des interviews menées après 24 mois; malgré ce

fait, la délinquance s'est manifestement stabilisée à un faible niveau et a même continué à diminuer si l'on considère l'incidence de la vente de drogues.

Nous avons ensuite cherché à établir les effets du programme en comparant les sujets qui ont continué à le suivre à ceux qui en sont sortis après 12 mois de traitement au moins<sup>1</sup> (et qui ont encore été interviewés 24 mois après le début du traitement). Il s'avère que les «drop-outs» et les «fidèles» avaient connu, avant le début du traitement, des taux de prévalence et d'incidence de délinquance assez comparables, sauf en ce qui concerne la vente de haschisch (tableau 3, deux premières colonnes). En revanche, les taux ne sont plus comparables du tout après 24 mois, les «drop-outs» ayant des taux de prévalence et d'incidence à peu près deux fois plus élevés que ceux qui ont poursuivi le programme. La différence est particulièrement marquée pour le cambriolage/recel et la vente de drogues dures.

En ce qui concerne les «drop-outs» en particulier, on constate que leur délinquance après 12 mois de

<sup>1</sup> Le groupe des «drop-outs» comprend en majorité des personnes qui ont quitté le programme sans pour autant rentrer dans un autre traitement. Il comprend néanmoins aussi certaines personnes qui ont changé de traitement (méthadone, abstention).

**Tableau 3: Taux de prévalence (en %) de la délinquance auto-reportée dans le courant des 6 mois (période A), resp. des 12 mois (période C-1) précédant l'interview, différencié par personnes encore en traitement après 24 mois et personnes sorties du traitement («drop-outs») entre le 13ème et le 24ème mois (12 délits)**

type de délit	A début du traitement		C-1 24 mois après le début		p (différence entre les deux groupes lors de C-1) <sup>1</sup>	p (différence A-C1 pour le groupe des «drop-outs»)²
	personnes encore en traitement (N=368)	«drop-outs» (N=85)	personnes encore en traitement (N=368)	«drop-outs» (N=85)		
vol dans un automate	1,6	0,0	0,0	2,4	0,003	ns
vol à l'étalage	36,2	40,5	12,9	30,6	<.001	ns
pickpocket	2,7	2,4	0,0	0,0	ns	ns
vol à l'arraché	0,8	1,2	0,3	2,4	,034	ns
cambrilolage	5,7	4,8	0,8	8,2	<.001	ns
recel	10,9	10,7	2,7	12,9	<.001	ns
brigandage	1,1	2,4	0,3	2,4	,034	ns
violence physique	1,9	2,4	1,6	2,4	ns	ns
blessure avec arme	0,5	3,5	0,3	2,4	0,033	ns
vente de haschisch	22,5	35,7	12,4	20,0	ns	0,011
vente de drogues dures	42,1	45,2	6,8	27,1	<.001	0,008
arnaque lors de la vente de drogues	7,1	13,3	0,8	4,7	0,009	0,034
<i>tous délits confondus</i>	67,1	72,6	28,3	47,1	0,001	0,001

<sup>1</sup> Test du Chi-carré

<sup>2</sup> t-test pour observations paires

traitement au moins, se situe néanmoins de manière significative au-dessous de son niveau initial pour la vente de drogues ainsi que pour l'arnaque commise lors de telles affaires. Au niveau de la prévalence générale («tous délits confondus»), la tendance est la même.

On constate une certaine «anomalie» en ce qui concerne l'implication des femmes dans la délinquance, en ce sens que leur pourcentage est nettement plus important ici par rapport à la population générale, avec 60,3% des femmes interviewées prétendant avoir commis au moins l'un des douze délits. Plus significatif est cependant le rapport des taux hommes/femmes. Ici, pour la période précédant le début du traitement, le pourcentage des femmes avouant un délit est presque aussi élevé que celui des hommes (60% vs. 70%), ce qui constitue une grande exception par rapport à la population générale. En ce qui concerne les effets du programme, on observe une plus forte baisse de la criminalité masculine que de celle des femmes, avec une diminution de 61% de la prévalence «tous délits confondus» pour les hommes contre 41% pour les femmes, ce qui constitue à nouveau une surprise. En partie, ce résultat pourrait s'expliquer par le caractère un peu «moins criminel» de la criminalité féminine. En effet, c'est surtout au niveau des vols à l'étalage que l'on constate une diminution nettement moins marquée chez les femmes (27% contre 62%).

En ce qui concerne l'évolution de la délinquance en fonction de l'âge, nous avons, tenant compte de la forte concentration des sujets proches de l'âge moyen (30 ans), comparé les deux quartiles extrêmes, soit les plus jeunes (années de naissance 1968-77) et les plus âgés (années 1941-60). Au niveau de la prévalence, on constate d'abord une quasi-absence de différences significatives entre les

deux groupes pour la période précédant le début<sup>2</sup> du traitement, de même que pour la période suivante. (Il convient de relever cependant les faibles nombres absolus qui ne font pas apparaître, au niveau des tests de signification, une délinquance un peu plus forte parmi les jeunes). Ensuite, les effets du programme sont assez semblables pour les deux groupes, ce qui contredit l'idée que l'évolution favorable décrite ci-dessus pour l'ensemble de la cohorte ne constituerait que l'effet du «aging-out».

Les personnes consommant de la cocaïne accusent des taux de criminalité plus élevés que les personnes qui ne consomment pas ou plus cette substance. Cette différence se manifeste malgré des effets somme toute comparables du programme sur les deux groupes. La raison en est que les consommateurs de cocaïne accusaient, avant le début du traitement, des taux de délinquance généralement plus élevés. De plus, le fait que la différence la plus marquée entre consommateurs et non-consommateurs de cocaïne, après une année de traitement, se situe au niveau de la vente de drogues dures (16% de dealers chez les cocaïnomanes contre 1,8% chez les non-consommateurs), indique que la consommation de cette substance favorise d'une manière ou d'une autre l'ancrage dans la scène de la drogue.

Notons finalement l'évolution très positive du taux de consommateurs de cocaïne dans la population traitée, taux passant de 79,7% avant le début du traitement à 43,3% après son début. Ceci correspond à une diminution de 45,7%.

<sup>2</sup> Seuls les vols à l'étalage ainsi que les cambriolages sont commis par une part des jeunes significativement plus élevée que celle des participants plus âgés.

### 3.2 L'évolution de la victimisation

Pour la victimisation, avec une diminution de l'ordre de 50% la tendance est identique à celle de la délinquance, sauf pour les délits qui ne sont pas liés au mode de vie des toxicomanes (tels les vols de vélos auxquels nous nous sommes référés précisément pour contrôler la validité des réponses). Le fait que la baisse des expériences de victimisation et celle de la délinquance autoreportée ne soient pas de la même intensité, plaide également en faveur de la validité des indications.

On observe d'ailleurs une certaine rareté des atteintes et des délits de violences contre la personne dans cette population. Leur faible fréquence est sans doute la cause de l'absence d'une tendance à la baisse après le début du traitement.

Le tableau 4 illustre la très forte corrélation existant entre délinquance et victimisation, et ceci autant pour la période précédant le traitement que pour celle qui le suit. Il était donc parfaitement justifié de considérer les taux de victimisation comme une mesure indirecte de la délinquance.

On note aussi qu'au niveau de la victimisation, le traitement a eu un effet comparable sur les deux groupes, bien que cet effet semble un peu plus prononcé pour les non-délinquants.

Le tableau 5 montre à quel point les personnes consommant des drogues se trouvent victimisées dans une mesure disproportionnée. Les participants au programme «PROVE» battent à ce sujet tous les records, accusant des taux de victimisation sensiblement plus élevés que les autres catégories de la population, y compris les consommateurs de drogues en général.

### 3.3 L'évolution de la délinquance connue des services de police

Dans le tableau suivant, le nombre de délits commis durant la période de référence de 6 mois précédant et suivant le début du traitement, est comparé pour 604 personnes<sup>3</sup>, dont l'âge moyen est de 30,6 ans et la médiane de 30 ans. Parmi celles-ci, 68,7% (soit 415 personnes) sont des hommes.

- <sup>3</sup> En fait, les données de police de toutes les personnes traitées dans le cadre des projets PROVE, soit environ 1200 personnes, étaient censées être récoltées. La différence entre ce chiffre et les 604 personnes évoquées ci-dessus s'explique par l'exclusion des groupes suivants:
- les patients à qui une autre substance que l'héroïne injectable a été prescrite
  - les patients qui suivaient le traitement depuis moins de 12 mois lors de la récolte des données
  - les patients qui étaient sortis du programme après moins de 6 mois de traitement
  - les participants au projet bâlois «Janus»
  - quelques cas éliminés pour des raisons d'ordre technique (env. 20 cas)

**Tableau 4: Prévalence d'expériences de victimisation (sur une période de 6 mois) lors du début du traitement et après 6, resp. 12 mois de traitement, différenciée par personnes délinquantes et non-délinquantes (N=305)**

délit subi	avant le début du traitement		après 6 mois		après 12 mois	
	non-délinquant (N=97)	délinquant (N=204)	non-délinquant (N=192)	délinquant (N=112)	non-délinquant (N=209)	délinquant (N=82)
tous délits confondus	56,7%	75,5%**	28,1%	53,6%**	28,2%	54,9%**
brigandage	6,2%	14,1%*	3,6%	9,8%*	2,8%	9,5%*
violence physique grave	3,1%	3,9%	0,5%	0,9%	1,9%	4,8%
violence sexuelle	0,0%	2,5%	1,0%	0,9%	0,0%	4,9%**
arnaque-drogue	46,4%	59,5%*	12,0%	28,0%**	11,1%	28,6%**
vol d'argent ou d'effets	12,4%	28,3%**	8,9%	17,0%*	7,9%	26,2%**
vol de deux-roues	11,3%	15,6%	8,3%	12,5%	8,9%	11,9%

Test du Chi-carré pour la différence entre les taux de victimisation des personnes délinquantes et celles non délinquantes: \* p<.05; \*\* p<.01

**Tableau 5: Prévalence d'expériences de victimisation dans différents échantillons masculins**

étude	enquête nationale de victimisation 1987	«La jeunesse en Suisse» (délinquance juvénile autoreportée 1992 des jeunes de 14-21 ans)		«PROVE» (délinquance autoreportée des participants aux projets de prescription d'héroïne)	
	«vie» <sup>1</sup>	tous	5 ans	3 ans	participants aux projets
délit subi	hommes en général (15-30 ans) (N=418)	(N=513)	non-consommateurs de drogues (N=352)	consommateurs de drogues (N=161)	(N=216)
brigandage	4,3% <sup>2</sup>	3,5%	0,9%	9,3%	42,3%
lésion corporelle	12,9%	11,9%	8,0%	20,5%	17,2%
vol simple	10,3%	19,9%	17,9%	24,2%	53,0%
vol de deux-roues	49,3% <sup>3</sup>	23,6%	19,9%	31,7%	28,8%
aucun des délits mentionnés ci-dessus	40,4%	49,9%	56,8%	34,8%	20,9%

<sup>1</sup> Exception: pour les vols simples, la période de référence est d'une année.

<sup>2</sup> Tentatives comprises.

<sup>3</sup> Ce taux élevé s'explique partiellement du fait que les données correspondantes se réfèrent à tout le ménage de la personne interviewée.

Le tableau 6 met en évidence une diminution très marquée du nombre de délits commis par les personnes traitées. Dans l'ensemble, la diminution est de l'ordre de 68% et concerne pratiquement tous les délits. La seule exception concerne les lésions corporelles et les agressions sexuelles qui restent relativement stables. Ceci s'explique par le fait qu'il s'agit de délits éloignés du style de vie des toxicomanes, comme le confirment les données autoreportées concernant la délinquance et la victimisation. Pour les autres catégories de délits, la diminution est statistiquement significative dans presque tous les cas, et même lorsqu'elle ne l'est pas, comme dans le cas des infractions à la loi sur la circulation routière, elle est supérieure à 50%.

**Tableau 6: Taux d'incidence des contacts avec la police, par type de délit pendant les 6 mois précédant et suivant le début du traitement (n=604)**

Type de délit	Avant	Après	p*
Lésions corporelles et agressions sexuelles	0.023	0.022	ns
Vol à l'étalage	0.164	0.078	<.01
Cambriolage	0.041	0.013	<.02
Brigandage / vol à l'arraché	0.012	0.002	ns
Violation de domicile	0.028	0.007	<.02
Vol de véhicules	0.048	0.020	<.03
Autres vols et délits contre la propriété <sup>1</sup>	0.139	0.033	<.01
Autres délits prévus dans le code pénal <sup>2</sup>	0.023	0.007	<.01
Infractions à la loi sur la circulation routière	0.040	0.013	ns
Consommation/possession de cannabis	0.131	0.056	<.01
Consommation/possession d'héroïne	0.689	0.149	<.01
Consommation/possession de cocaïne/ecstasy	0.285	0.132	<.01
Consommation/possession d'autres/plusieurs substances	0.166	0.025	<.02
Trafic de drogues	0.119	0.051	<.01
Infractions prévues dans d'autres lois <sup>3</sup>	0.017	0.005	ns
<b>Total</b>	<b>1.92</b>	<b>0.61</b>	<b>&lt;.01</b>

\* t-test pour observations paires.

<sup>1</sup> Y compris faux-monnayage et recel.

<sup>2</sup> Y compris resquille dans les transports publics.

<sup>3</sup> Y compris demandes de recherche de la personne.

On soulignera en particulier la remarquable diminution des vols et autres délits contre la propriété, qui implique une amélioration de la qualité de vie non seulement pour les toxicomanes mais pour l'ensemble de la population. En outre, on constate que la police continue de poursuivre de manière assez importante la simple consommation de drogues, corroborant ainsi le fait que les programmes de prescription d'opiacés n'ont pas conduit à un relâchement de l'action de la police sur le terrain. La diminution de cette catégorie de délits met aussi en évidence que la prescription d'héroïne conduit à une diminution de la consommation de tout type de drogue, contrairement à ce que prévoient ceux qui soutenaient que les toxicomanes, étant très souvent des polytoxicomanes, continueraient à consommer d'autres drogues en marge de l'héroïne prescrite. Ce résultat est aussi confirmé par les données autoreportées sur la consommation de stupéfiants. Finalement, on soulignera aussi la réduction du trafic de drogues qui peut s'avérer particulière-

ment intéressante au niveau de la prévention, puisque les toxicomanes trafiquants jouent un rôle très important dans le recrutement de nouveaux jeunes toxicomanes.

### *L'évolution à long terme*

L'un des résultats les plus significatifs de cette recherche est que la diminution de la délinquance ne se limite pas au court terme. Au contraire, elle se poursuit même après 24 mois de traitement. La diminution de la prévalence de la délinquance – c'est-à-dire du pourcentage de personnes qui continuent à commettre des délits – se situe autour de 40% pour toutes les périodes étudiées. D'autre part, la diminution de l'incidence est largement supérieure à 60% et se situe même au-delà de 70% après 24 mois de traitement, même si dans ce cas la taille réduite de l'échantillon rend plus difficile la généralisation des résultats. La différence entre la diminution de la prévalence et de l'incidence s'explique du fait que les toxicomanes délinquants sont responsables d'un grand nombre de délits. Ainsi, nous avons vu dans le tableau 6 que le taux d'incidence pour la période précédant le début du traitement était de 1.92, ce qui équivaut à 1160 délits pour un total de 604 personnes; mais si on analyse cela de manière plus détaillée, on constate que le taux de prévalence pour cette période est de 45%, ce qui veut dire que les 1160 délits ont été commis par 274 personnes, soit une moyenne supérieure à 4 délits par personne. En revanche, pendant les six mois suivant le début du traitement, seul le 26% de l'échantillon (156 personnes) a été contacté par la police qui a en outre enregistré un total de 370 délits, soit une moyenne de 2.4 délits par personne. Ceci implique que même lorsque les personnes continuent à commettre des délits, elles en réduisent le nombre de manière notable.

En ce qui concerne la diminution de la délinquance à long terme, il est aussi intéressant de retracer la quantité de délits commis par périodes limitées dans le temps, à l'intérieur de la période totale considérée. Ainsi, nous avons analysé l'évolution de l'incidence de la délinquance par tranches de six mois, pour les personnes qui avaient une période d'observation d'au moins deux ans au moment de la récolte de données, soit au total 108 personnes.

On constate une implication intense et importante dans la délinquance pendant la période précédant le début du traitement, puisque la moyenne de délits enregistrés par personne oscille entre 1.3 et 1.8. En revanche, à partir du début du traitement la quantité de délits commis chute, avec un taux d'incidence de 0.7, de manière assez importante pendant les six premiers mois de traitement. Cette diminution se poursuit avec un taux de 0.3 dans les six mois sui-

vants pour se stabiliser ensuite à ce niveau dans l'année suivante.

### 3.4 L'évolution de la délinquance selon le casier judiciaire

Afin de pouvoir comparer l'évolution après le début du traitement au moyen de périodes de référence égales, nous n'avons retenu pour ces analyses que les personnes qui présentaient une période d'observation d'au moins une année lors de la récolte de données. Du fait que cette récolte a eu lieu quelques mois plus tard que la récolte des données dans les corps de police, et que les casiers judiciaires de tous les participants aux projets – y compris ceux du projet Janus à Bâle – ont été consultés, l'échantillon présenté dans nos analyses est supérieur à celui qui a été utilisé lors de l'analyse des données de police.

Finalement, signalons que nous n'avons retenu pour cet article que les personnes à qui de l'héroïne a été prescrite pendant au moins douze mois lors de la récolte de données. L'échantillon ainsi délimité comprend 561 personnes d'un âge moyen de 30,8 ans avec une médiane de 30 ans.

Le tableau 7 permet d'avoir un aperçu de l'évolution des inscriptions au casier judiciaire pour la période de référence de 12 mois précédant et suivant le début du traitement. Il présente en détail l'évolution du nombre de personnes condamnées, du nombre moyen de condamnations, ainsi que du nombre moyen de délits inclus dans les condamnations. Ce dernier indicateur est aussi important du fait que, comme le montre le tableau, plusieurs délits sont souvent inclus dans une même sentence.

**Tableau 7: Evolution des taux de prévalence et d'incidence des condamnations pénales pendant les 12 mois précédant et suivant le début du traitement (N=561)**

Type de délit	Avant	Après	p*
Prévalence des condamnations	30.3	6.2	<.01
Incidence des condamnations	0.44	0.07	<.01
Incidence des délits inclus dans les sentences	0.87	0.12	<.01

\* t-test pour observations paires

Les données montrent une nette diminution tant du nombre de condamnations inscrites que du nombre de délits respectifs. De plus, la grande majorité des participants sont restés sans nouvelle inscription durant les 12 mois suivant le début du traitement. A ce sujet, il est important de signaler que lors du codage des extraits de casier judiciaire, les délits ont été attribués à la période «avant» ou «après», selon la date de commission du délit et non selon la date de la sentence qui se situe forcément un peu plus tard. Evidemment, le risque existe que des délits

commis pendant la période de référence n'aient pas encore fait l'objet d'une condamnation au moment de la récolte de données. Pour contrôler ce facteur, nous avons aussi étudié l'évolution de la délinquance pendant les douze mois précédant et suivant le début du traitement des personnes ayant été traitées au moins 24 mois au moment de la récolte de données (n=136). Ainsi, les tribunaux disposent d'une période additionnelle d'une année pour juger le délit. Ce laps de temps devrait être largement suffisant pour juger les délits pour lesquels l'auteur est connu, catégorie dans laquelle sont inclus les procès transférés aux autorités judiciaires par la police. Cependant, cette analyse n'a pas montré des différences significatives avec les résultats présentés dans le tableau 6. Dans les deux cas, la diminution de la délinquance se situe autour de 80% pour tous les indicateurs retenus. Ceci suggère une diminution de la gravité des délits commis, puisqu'il semble évident que certains délits découverts par la police n'ont pas donné lieu à des sentences de prison ou à des amendes supérieures à 500 francs suisses, et en conséquence n'ont pas été inscrits dans le casier judiciaire central.

Afin d'analyser de manière plus approfondie l'évolution de la gravité des inscriptions au casier judiciaire central, nous avons calculé le nombre de condamnations à des peines de prison parmi les condamnations imposées, ainsi que la durée moyenne de ces peines. En outre, le nombre de jours de prison imposés et de jours passés en prison préventive a aussi été calculé. L'évolution de ces indicateurs a été calculée pour les périodes de 12 mois précédant et suivant le début du traitement.

On constate ainsi que la prescription d'héroïne conduit non seulement à une diminution de la délinquance mais aussi à une diminution de la gravité des délits commis, puisque la durée moyenne des peines de prison imposées s'est réduite de manière significative après le début du traitement. En outre, la diminution du nombre de jours de prison imposés, ainsi que des jours passés en détention préventive, est très impressionnante et devrait avoir sans doute une influence sur les coûts liés à l'administration de justice.

## 4. Discussion

Les résultats des différentes analyses sont assez cohérents et consistants. Ils indiquent tous une baisse sensible de la délinquance après le début du traitement, ceci quel que soit l'indicateur retenu. Il ne semble donc guère douteux que cette évolution corresponde à la réalité.

Pour expliquer les tendances observées, nous préférons l'approche situationnelle qui postule une inci-

dence de l'environnement sur le comportement humain (criminel ou non). Selon cette théorie, la criminalité peut donc être réduite, souvent dans une mesure fort importante, sans changer les personnes visées, leur caractère ou leurs motivations. En l'occurrence, les toxicomanes délinquants n'ont pas été «traités» sous l'angle de leur personnalité ou de leur toxicomanie, ce qui a d'ailleurs été fortement critiqué par certains; en revanche, le programme leur a permis d'accéder à la drogue sans recourir au marché noir, évitant ainsi les contacts souvent problématiques que cette démarche implique et les besoins démesurés en argent liquide.

Il serait d'ailleurs passionnant de regarder de plus près les incidences qu'a peut-être eues le programme sur les marchés de la drogue en Suisse. Nous venons de préparer une petite analyse consacrée à ces questions en dehors du présent mandat. On pourrait imaginer que le programme, combiné avec la prescription accrue de méthadone, ait eu des répercussions tangibles sur la demande, jouant ainsi un certain rôle dans l'évolution des prix de l'héroïne et d'autres substances en Suisse au cours des dernières années.

Indépendamment des répercussions sur la demande, on peut supposer que la forte baisse de l'implication des toxicomanes traités dans le trafic de drogues dures contribue, à plus long terme, à ralentir le recrutement de nouveaux consommateurs. La présence d'un réseau de distribution constitue une précondition à un «marketing» réussi, ceci sur les marchés officiels autant que sur les marchés noirs. Il est bien possible que ce «marketing» soit de moins en moins efficace, les consommateurs-trafiants ayant été particulièrement impliqués dans le recrutement de nouveaux clients.

## 5. Conclusions

Les données présentées dans ce rapport tendent à démontrer une forte baisse de la délinquance des personnes traitées dans le cadre du programme «PROVE». La bonne correspondance entre les données provenant d'interviews et les données provenant d'autorités étatiques (police, casier judiciaire), de même que leur cohérence avec les explications théoriques envisageables, permettent d'admettre qu'il s'agit d'une évolution bien réelle.

## 6. Valorisation

### 6.1 Congrès, Symposiums, Conférences, Présentations

1. Congrès annuel du Groupe suisse de travail de criminologie, Interlaken, du 12 au 14 mars 1997. La prescription médicale d'opiacés comme mesure de prévention de la criminalité: Quelques résultats des essais suisses. Killias M, Rabasa M.
2. Discussion d'experts lors de la visite du ministre allemand de la santé, M. Seehofer, Zurich, le 15 octobre 1997. Zusammenfassung der Untersuchung über die Auswirkungen der Heroin-Verschreibung auf die Delinquenz der behandelten Drogenabhängigen. Killias M.
3. Symposium on Experiments in Criminal Justice, organized by the Zentrum für interdisziplinäre Forschung, Universität Bielefeld, du 31 mars au 2 avril 1998. Randomized Experiments in Switzerland: Community Service and Heroin Prescription. Killias M.
4. Conférence à l'Université de Gênes. Università degli Studi di Genova, Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, Gênes, le 14 mai 1998. La prevenzione del crimine mediante la somministrazione controllata di eroina ai tossicodipendenti. Killias M.
5. European Harm Reduction Conference, Utrecht, du 3 au 5 juin 1998. Heroin Prescription and Criminal Involvement: Results from the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects. Aebi M.
6. Conférence à l'Université de Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto, du 19 au 20 juin 1998. La prescripción de heroína en Suiza: Efectos sobre la delincuencia de los toxicómanos. Aebi M.
7. Visite du général Barry McCaffrey, Zurich, le 15 juillet 1998. Summary of the Research Findings Concerning Delinquency among Participants in the Swiss Drug Prescription Program. Killias M.
8. Visite du ministre danois de la santé, M. Carsten Koch, Berne, le 4 février 1999. Summary of Research Findings concerning the Effects of Heroin Prescription on Crime. Killias M.
9. Visite du Dr. Donald Vereen, Deputy Director of the White House Office of National Drug Control Policy, Berne, le 4 février 1999. Summary of Research Findings concerning the Effects of Heroin Prescription on Crime. Killias M.
10. International Symposium: Heroin-assisted Treatment for Dependent Drug Users: Research in Legal and Criminological Questions. Berne, le 11 mars 1999. Summary of Research Findings concerning the Effects of Heroin Prescription on Crime. Killias M.
11. 10ème Conférence internationale sur la réduction des risques, Genève, le 23 mars 1999.

L'impact du programme de prescription d'opiacés sur la délinquance des participants sous l'angle de l'efficacité des coûts. Ribeaud D.

12. International Workshop on Drug Markets, John Jay College of Criminal Justice, City University of New York, New York, du 8 et 9 avril 1999. The Impact of Heroin Prescription on Heroin Markets in Switzerland. Killias M, Aebi M.

## 6.2. Publications

1. Killias M. Wie lässt sich die Wirkung der Drogenabgabe auf die Delinquenz messen? *Kriminologisches Bulletin* 1994;20/2:61–79.
2. Killias M, Uchtenhagen A. Méthodologie de l'évaluation des essais suisses avec prescription médicale d'opiacés sous l'angle de la délinquance: L'accès sous contrôle médical à l'héroïne réduit-il la délinquance des toxicomanes? *Bulletin de criminologie* 1995;2/21:33–48.
3. Killias M, Rabasa J. Evaluation de l'impact des essais suisses avec prescription médicale de stupéfiants sur la criminalité des sujets traités: résultats à court terme. *Bulletin de criminologie* 1995;22/2:63–78.
4. Killias M, Uchtenhagen A. Does Medical Heroin Prescription Reduce Delinquency Among Drug-Addicts? On the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects and its Methodology. *Studies on Crime and Crime Prevention* 1996;5/2:245–56.
5. Killias M, Uchtenhagen A. Reduziert die ärztliche Verschreibung von Heroin die Kriminalität von Drogenabhängigen? *Neue Kriminalpolitik* 1996;8/3:48–51.
6. Rabasa J, Killias M. La «morale» de la nouvelle politique suisse en matière de drogue. *Revue internationale de criminologie et de police technique* 1996;49/3:312–20.
7. Killias M, Rabasa, J. Rapport final sur les effets de la prescription de stupéfiants sur la délinquance des toxicomanes. Lausanne: Institut de police scientifique et de criminologie, Université de Lausanne, 1997.
8. Killias M, Rabasa, J. Less Crime in the Cities Through Heroin Prescription? Preliminary Results from the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects. *The Howard Journal* 1997;36/4:424–9.
9. Killias M, Rabasa J. La prescription médicale d'opiacés comme mesure de prévention de la criminalité: Quelques résultats des essais suisses. In Bauhofer St, Bolle P-H, Dittmann V (Eds.): *Politique de la drogue – continuation ou alternance*, Chur, Rüegger 1997:223–41.
10. Killias M, Rabasa J. Auswirkungen der Heroin-Verschreibung auf die Delinquenz Drogenabhängiger: Ergebnisse der Versuche in der Schweiz. *Monatsschrift für Kriminologie und*

*Strafrechtsreform* 1998;81/1:1–16.

11. Killias M, Rabasa J. Does Heroin Prescription Reduce Crime? Results from the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects. *Studies on Crime and Crime Prevention* 1998;7/1:127–33.
12. Killias M, Aebi M, Ribeaud D. Effects of Heroin Prescription on Police Contacts among Drug-Addicts. *European Journal on Criminal Policy and Research* 1998;6:433–8.
13. Killias M, Ribeaud D, Aebi M. Drogenabhängige als Opfer von Straftaten: Was bewirkt die Verschreibung von Heroin. In: A. Uchtenhagen (Ed.), *Handbuch der Drogenmedizin*. München: Urban & Schwarzenberg (à paraître).
14. Aebi M, Killias M. La prescripción de heroína como medida de prevención de la delincuencia: Resultados de la experiencia suiza. *Boletín Criminológico* 1999;39:1–4.

## 7. Impact

Les résultats des recherches menées dans le cadre du présent mandat ont probablement contribué à gagner le soutien des milieux de la police pour la continuation du programme. Ils ont sans doute aussi sensibilisé le public au fait que le problème de la drogue ne frappe pas uniquement les toxicomanes, mais de larges couches de la population générale qui n'ont rien à voir avec la toxicomanie. Les conséquences néfastes supportées par le public en général peuvent être fortement réduites, comme les recherches résumées ici tendent à le démontrer.

Adresse pour correspondance:  
Professeur Martin Killias  
Université de Lausanne  
Institut de police scientifique et de criminologie  
BCH  
1015 Lausanne  
E-mail: [Martin.Killias@ipsc.unil.ch](mailto:Martin.Killias@ipsc.unil.ch)



# Usage et actes préparatoires de l'usage de drogues illicites: les choix en matière d'incrimination

## Analyse comparative de sept législations européennes\*

**Maria Luisa Cesoni**, Centre d'étude, de technique et d'évaluation législatives (CETEL)  
Faculté de droit, Université de Genève

### Résumé

Les pays européens ont adopté des législations différentes en matière d'usage et possession pour usage personnel de stupéfiants. Les options vont de l'incrimination de l'usage simple à la non-incrimination tant de l'usage que de la détention pour usage personnel. Elles sont toutes permises par le droit international. Toutes les dispositions adoptées par les Etats européens sont applicables en Suisse. Dans le cadre d'une révision de la Loi fédérale sur les stupéfiants, le gouvernement suisse devra cependant tenir compte des résultats des politiques mises en œuvre dans les autres pays. L'analyse de la littérature spécialisée montre en effet que l'efficacité de l'incrimination de l'usage en termes de réduction de la demande de drogues illicites n'a été nulle part établie, et qu'elle pose, de surcroît, des problèmes quant au respect des droits de l'homme. Aussi, la volonté de recourir à l'instrument répressif pour orienter les usagers vers le système de soins, affirmée dans les pays étudiés comme en Suisse, n'a partout connu qu'une application extrêmement marginale.

### 1. Introduction

En matière de consommation de stupéfiants et des actes préparatoires de la consommation (achat, détention, culture, etc.), les pays de l'UE ont opté pour des choix législatifs différents, allant de l'incrimination de l'usage simple (France et Suède) à la non-incrimination tant de l'usage que de la détention pour usage personnel (Espagne et Italie).

Le but de cette étude était ainsi de présenter les options qui s'offrent à la Suisse dans le cadre d'une révision de la Loi fédérale sur les stupéfiants, à la lumière de la latitude permise par le contexte international et des conclusions qu'une comparaison des législations mises en œuvre dans d'autres pays européens permet de tirer.

### 2. Déroulement de l'étude/Méthode

Ce rapport visait à étudier les choix effectués par les pays de l'Union européenne en matière d'incrimination de la consommation de stupéfiants et des actes préparatoires de la consommation. Sept pays ont été sélectionnés (D, E, F, UK, I, NL, S). Ils sont représentatifs des différences législatives existant au sein de l'UE en matière de consommation de drogues illicites. L'analyse a été effectuée sur la base des textes législatifs nationaux et des conventions internationales, ainsi que de la littérature spécialisée.

### 3. Résultats

#### 3.1 La législation en vigueur

Les différents choix législatifs effectués par les pays étudiés subsistent malgré la ratification, par l'ensemble de ces pays, des principales conventions internationales en matière de stupéfiants (1961 et 1988) et de substances psychotropes (1971).

L'obligation d'incriminer directement l'usage n'est prévue par aucune norme de droit international. Chaque pays est ainsi libre d'effectuer son choix en pleine autonomie.

### Key Words

Drug Abuse  
Drug Addicts  
Narcotic Law  
Incrimination  
Decriminalization  
International Conventions

\* Ce projet a été soutenu par le contrat de recherche No 8115 de l'Office fédéral de la santé publique.

### Dispositions en matière d'usage et de détention pour usage personnel

Pays	Allemagne	Espagne	France	Grande-Bretagne	Italie	Pays-Bas	Suède
<b>Incrimination de l'usage</b>	non	infraction administrative pour l'usage en public	oui	oui pour le seul opium	non	non	oui
<b>Incrimination de la détention*</b>	oui	infraction administrative	oui	oui	infraction administrative	oui, mais non appliquée	oui
<b>Alternative thérapeutique</b>	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
<b>Distinction entre les produits**</b>	non	oui	non	oui	oui	oui	non

\* Incrimination spécifique de la détention pour usage personnel ou incrimination de la détention sans distinctions.

\*\* Aux fins de la définition des infractions pénales (de trafic pour l'Espagne et l'Italie).

En revanche, l'art. 3 ch. 2 de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, adoptée à Vienne en 1988, prévoit que, «sous réserve de ses principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de son système juridique», chaque partie confère le caractère d'infraction pénale à la détention et à l'achat de stupéfiants et de substances psychotropes et à la culture de stupéfiants destinés à la consommation personnelle.

L'Italie et l'Espagne, qui n'incriminent pas la détention pour l'usage personnel, n'ont pas émis d'autres réserves à cet article. Ces pays estiment que la prévision explicite de la réserve de ces principes par la convention de 1988 implique que l'incrimination des actes préparatoires est autorisée, mais non imposée. Ils considèrent, en effet, que l'option de l'incrimination des actes préparatoires de la consommation serait en contradiction avec les principes fondamentaux de leur système juridique et constitutionnel, ainsi qu'avec le choix de ne pas incriminer l'usage.

La possibilité de choisir des traitements juridiques différents de la consommation et de ses actes préparatoires, adaptés aux situations, cultures et priorités nationales, existe donc pour les pays qui ont adhéré aux conventions internationales en matière de stupéfiants. La réserve que le Conseil Fédéral a prévu d'émettre lors de la ratification de la convention de 1988<sup>1</sup> ne paraît ainsi pas indispensable; elle offrirait cependant une garantie supplémentaire d'autonomie.

Dans les pays de l'UE, une discussion sur la nécessité d'harmoniser les législations nationales en matière de stupéfiants s'est tenue dans la première moitié des années 1990. En suivant une tendance

plus générale à l'égard de la criminalité grave, cette volonté d'harmonisation semble désormais porter, essentiellement, sur les dispositions de lutte contre le trafic de stupéfiants. Les pays de l'UE ont affirmé la nécessité de conjuguer la lutte contre le trafic avec une politique active de prévention, de soins et de réinsertion des usagers dépendants. Il ne paraît donc plus y avoir de tendance européenne à un alignement des dispositions législatives en matière de consommation et actes préparatoires de la consommation, ni dans un sens plus répressif, ni dans un sens plus tolérant<sup>2</sup>.

Les options de fond en matière d'incrimination ne semblent aucunement remises en question dans les pays étudiés, où des tendances divergentes, amenant à l'adoption d'une attitude plus stricte (Pays-Bas) ou plus tolérante (Allemagne) à l'égard des consommateurs, peuvent toutefois être constatées.

Il faut cependant noter que dans d'autres pays européens, comme le Portugal ou la Belgique, l'option de l'incrimination de l'usage de drogues et de la détention pour usage personnel est en train d'être abandonnée, au profit d'une décriminalisation législative ou de facto.

### 3.2 La mise en œuvre de la loi

Lorsque la consommation est réprimée pénalement, directement ou indirectement via l'incrimination de la détention, l'activité de la police en matière de stupéfiants se concentre en majorité (D, S) voire essentiellement (F, UK) sur la poursuite des consommateurs. Cette activité répond aussi, même surtout, à des raisons de maintien de l'ordre (c'est le cas pour la France et la Grande-Bretagne, mais

<sup>1</sup> Cf. le message du 29 novembre 1995.

<sup>2</sup> Cf. l'action commune «relative au rapprochement des législations et des pratiques entre les Etats membres de l'Union européenne en vue de lutter contre la toxicomanie et de prévenir et de lutter contre le trafic illicite de drogue» du 17 décembre 1996.

aussi apparemment pour la Suède). Bien que l'interpellation des usagers soit parfois justifiée, tant au niveau national qu'international, en tant qu'instrument de la lutte contre le trafic, cette pratique n'aboutit qu'à un nombre très limité d'interpellations de trafiquants. Ces dernières sont beaucoup plus nombreuses en Italie et, surtout, en Espagne, où la consommation n'est pas incriminée, qu'en France par exemple.

Les condamnations représentent, généralement, un nombre plus restreint que celui des interpellations; des recherches seraient cependant nécessaires pour connaître les raisons techniques de cette déperdition. Lorsque la possibilité de classement est prévue, soit par un principe général d'opportunité de la poursuite, soit spécifiquement en matière de stupéfiants, à défaut de directives précises et contraignantes, le recours à cette possibilité est susceptible de variations très importantes.

Quand les données sont disponibles, on constate que les mesures alternatives aux poursuites ou à la peine privative de liberté ne sont que marginalement appliquées. On estime que les usagers de drogue représentent, dans tous les pays étudiés – y compris les plus tolérants – une part importante de la population incarcérée (30 à 50% selon les pays et les années). En revanche, en Espagne et en Italie, le traitement médico-psycho-social semble avoir soulevé la priorité sur l'application des sanctions administratives.

Il arrive, enfin, que les usagers de drogues continuent à consommer des substances interdites, même en prison: nous l'avons constaté dans la littérature concernant l'Espagne, la France, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas et la Suède.

#### 4. Discussion

Dans les documents analysés, on remarque qu'un clivage se dessine entre acteurs politiques et milieux académiques, ces derniers se montrant partout, même dans les pays ayant adopté une politique tolérante, plus enclins à une réduction (supplémentaire) de la répression à l'égard des consommateurs de drogue. Il faut particulièrement noter que le consensus portant sur l'incrimination de l'usage et de ses actes préparatoires est, en France, remis sérieusement en question parmi les experts, tout comme parmi les professionnels des services médico-sociaux. Ces derniers, qui ont soutenu longtemps l'approche gouvernementale, appellent désormais à une décriminalisation de la consommation.

Cependant, les positions avancées tant par les milieux politiques que par les milieux académiques

pour soutenir la nécessité d'incriminer l'usage de drogue et/ou ses actes préparatoires, ou l'inverse, se fondent en majorité sur des motivations de principe. Cela est tout à fait logique, puisque la preuve de l'influence du statut juridique de la consommation sur l'évolution du phénomène n'est pas faite et paraît impossible à fournir. La différente appréciation de cette hypothèse par les politiques et les scientifiques contribue à motiver les diverses opinions exprimées.

Les chercheurs soulignent en effet l'impossibilité de rendre compte de manière précise et fiable de l'évolution des phénomènes de consommation, en raison notamment de l'ampleur de leur partie cachée. Cependant, les informations présentées semblent montrer des constantes dans les pays étudiés:

- apparition des phénomènes de consommation dans les années fin 1960–1970, puis croissance importante dans les années 1970–1980;
- oscillations de la consommation; par périodes, on constate de fortes tendances à la hausse;
- modification des produits consommés; certains disparaissent (pour revenir, éventuellement, des années plus tard), d'autres apparaissent.

Ces constats représentent des indices de l'absence d'un lien de causalité entre le statut juridique de la consommation et son évolution. Celle-ci paraît avoir globalement augmenté – et parfois diminué pour certains produits – tant dans les pays adoptant une politique répressive, comme la Suède ou la France, que dans les pays tolérants, comme les Pays-Bas ou l'Espagne. Au contraire, l'évolution de la consommation a été (entre autres facteurs) à l'origine de modifications législatives, comme lors de l'émergence du phénomène en Italie ou en France. Il faut enfin remarquer qu'une étude comparative précédente a soutenu qu'il serait possible d'évaluer les effets indirects des dispositions pénales sur les modes et les conditions de consommation et les phénomènes associés. Deux recherches, portant la première sur la prévalence du VIH parmi les usagers de stupéfiants et la seconde sur la criminalité associée à l'usage, ont vérifié par la suite cette possibilité. Elles ont constaté, l'une des retards dans la mise en place de dispositifs de prévention du sida dans les pays les plus répressifs à l'égard de la consommation et, l'autre, une diminution de la criminalité associée lorsque la criminalisation de la consommation n'est pas mise en œuvre.

L'opportunité, politique et juridique, de l'incrimination – directe ou indirecte – de la consommation est mise en question.

Non seulement l'efficacité de cette incrimination en termes de réduction de la demande de drogues illicites n'a été nulle part établie, mais le recours à l'in-

crimination pose aussi des problèmes quant au respect des principes juridiques fondamentaux.

Selon des opinions exprimées dans plusieurs pays, tout au long des dernières décennies, l'incrimination de la consommation et de ses actes préparatoires viole le droit à la liberté individuelle, protégé par les conventions internationales et par nombreuses constitutions, droit qui ne souffre de limitations que lorsque des atteintes sont portées aux droits de tiers.

Lors de la mise en œuvre de la loi, la forte prévalence des poursuites de consommateurs sur celles de trafiquants pose des problèmes de proportionnalité de la réaction sociale. De plus, lorsque une possibilité de classement est donnée aux parquets, et que des directives contraignantes ne peuvent pas être adoptées, des inégalités manifestes de traitement d'un même comportement se produisent, allant du classement à l'application d'une peine de prison ferme.

Enfin, on remarque que le principe «thérapie au lieu de la poursuite», qui régit – politiquement ou juridiquement – les législations punissant la consommation de drogue et/ou ses actes préparatoires, n'a pas d'effet pratique. Les réticences des magistrats à appliquer des mesures de type sanitaire, qui échappent à leur compétence, sont manifestes.

## 5. Conclusions

- Toutes les options adoptées par les Etats européens sont possibles pour la Suisse:
  - maintien de l'incrimination de l'usage,
  - incrimination du seul usage en public,
  - décriminalisation de l'usage et incrimination des actes préparatoires,
  - décriminalisation des deux types de comportements,
  - création de sanctions administratives pour l'un et/ou l'autre comportement.
- L'opportunité de l'incrimination – directe ou indirecte – de la consommation est cependant mise en question.

L'efficacité de la répression de ces comportements en termes de réduction de la demande de drogues illicites n'a nullement été établie. Des pays ayant opté pour une politique plus tolérante en matière d'usage connaissent des phénomènes de consommation comparables, voire inférieurs à ceux des pays ayant opté pour une politique répressive. Par ailleurs, l'utilité de l'incrimination de la consommation visant à rendre efficaces les enquêtes policières contre le trafic n'est prouvée que de manière marginale.
- L'incrimination, directe ou indirecte, de la consommation pose aussi des problèmes quant

au respect des principes juridiques fondamentaux, notamment:

- droit à la liberté individuelle,
- égalité de traitement,
- principe de la responsabilité pénale personnelle,
- principe de proportionnalité de la sanction pénale.
- Le recours au principe «thérapie au lieu de la poursuite», qui pourrait limiter la violation du principe de proportionnalité, n'est effectif ni dans les pays étudiés ni en Suisse<sup>3</sup>.
- La priorité doit donc être donnée à la décriminalisation de l'usage pour des raisons politiques, sanitaires, juridiques et éthiques.

Cette décriminalisation doit comprendre l'ensemble des comportements d'usage, y compris en public, et des actes préparatoires de l'usage, non seulement pour des raisons de cohérence juridique, mais aussi afin d'éviter une réforme législative au seul effet d'annonce.
- Le choix de la décriminalisation tant de l'usage que de ses actes préparatoires est permis par le cadre juridique international.
- L'application de sanctions administratives n'est pas souhaitable, tant du point de vue éthique que juridique.

Ce choix correspond toujours à une volonté d'imposer une sanction, qui devrait être exclue à l'égard d'individus que l'on devrait plutôt aider quand ils en ont besoin, comme l'affirme d'ailleurs l'un des quatre piliers de la politique suisse en matière de drogue.
- Le recours à un principe d'opportunité plus large que celui déjà prévu par la Loi fédérale sur les stupéfiants n'est pas souhaitable pour des raisons juridiques et d'efficacité.

Les magistrats suisses manifestent peu de volonté d'y recourir<sup>4</sup>. Même si la renonciation aux poursuites devait être considérée comme obligatoire, des différences dans l'interprétation jurisprudentielle de ce principe conduiraient malgré tout à des inégalités de traitement des usagers, pouvant être considérables du fait de la compétence cantonale en matière de procédure pénale.
- Enfin, si un choix différent de la décriminalisation ou dépénalisation de l'usage et de ses actes préparatoires devait prévaloir, certains éléments, de droit et de fait, devraient néanmoins être pris en compte:
  - le respect de l'égalité de traitement doit être assuré, dès lors qu'on affirme, dans le cas du dopage, que «l'Etat n'a pas à punir les personnes qui mettent en danger leur propre santé»<sup>5</sup> ;

<sup>3</sup> Cf. Cesoni ML, Bornoz N, Sträuli B. Mise en œuvre de la Loi fédérale sur les stupéfiants. Les décisions judiciaires. Rapport de recherche, Genève, 1998.

<sup>4</sup> Ibidem.

<sup>5</sup> Projet de message du Conseil Fédéral concernant une loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux, prévoyant de nouvelles dispositions sur le dopage dans la Loi fédérale encourageant la gymnastique et les sports.

- la prévision de la seule peine de l'amende ne suffit pas à éviter avec certitude la prison au condamné, à cause de la possibilité de convertir la peine en privation de liberté, lorsqu'elle n'est pas acquittée;
- le respect des droits fondamentaux des usagers, protégés par des conventions internationales auxquelles la Suisse a adhéré, ainsi que par le droit constitutionnel, doit être garanti.

## 7. Valorisation

Ce rapport a été diffusé sous forme de littérature grise dans le cadre de la procédure de révision de la Loi fédérale sur les stupéfiants. Il sera publié dans les Documents du Groupement de recherche Psychotropes, Politiques et Société (Paris) au printemps 2000.

## 6. Références

1. Amato G. Teoria e pratica degli stupefacenti. Roma, Robuffo, 1996.
2. Boekhout van Solinge T. The swedish drug control system. An in-depht review and analysis. Amsterdam, METS-CEDRO, 1997.
3. Cesoni ML (Ed.). Usage de stupéfiants: politiques européennes. Genève, Georg, 1996.
4. Commentary on the United Nations Convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances 1988. New York, United Nations, 1998 (E/CN.7/590).
5. Dorn N (Ed.). Regulating european drug problems. Administrative measures and civil law in the control of drug trafficking, nuisance and use. The Hague, Kluwer Law International, 1999.
6. European monitoring centre for drugs and drug addiction. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union. Lisbon, 1997.
7. Fortson R. The law on misuse of drugs and drug trafficking offences. London, Sweet & Maxwell, 1996.
8. ISDD. UK National Report 1997 for the EMCDDA, London.
9. Ministère des Affaires étrangères, ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, ministère de la Justice, ministère de l'Intérieur. La politique en matière de drogue aux Pays-Bas. Continuité et changement, La Haye, 1995.
10. National report Sweden 1998. Stockholm, National institute of Public health, 1999.
11. Observatorio español sobre drogas. Informe n. 1. Madrid, Ministerio del Interior, 1998.
12. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances. Paris, 1998 (www.ofdt.fr).
13. Simon R, Tauscher M. Report on the drug situation 1997. Munich, Reitox focal point Germany, 1998.

Adresse pour correspondance:  
 Maria Luisa Cesoni  
 Université catholique de Louvain  
 Faculté de droit/DPCR  
 2 Place Montesquieu  
 B-1348 Louvain-la-Neuve  
 E-mail: cesoni@crim.ucl.ac.be