

Aus dem Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: kommissarischer Direktor Herr Prof. Dr. H.-J. Möller

**Häufigkeiten von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von
legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen im Alter von 14 – 17
Jahren an einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie**

**Vergleich mit den Daten einer Erhebung in der Normalbevölkerung
(EDSP = Early Developmental Stages of Psychopathology Study)**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Oliver Niethammer

aus
München

2004

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

1. Berichterstatter: Prof. Dr. R. Frank

2. Berichterstatter: Prof. Dr. L. von Meyer

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. M.W. Wichmann
Prof. Dr. R. von Kries

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter:

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h. c. K. Peter

Tag der mündlichen Prüfung: 16.12.2004

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	6
1.1	Einführung	6
1.2	Der natürliche Verlauf von Drogenkonsum	9
1.3	Klassifikationssysteme	12
1.4	Reliabilität und Validität von Diagnosen	17
1.5	Hintergrund der Studie	18
1.6	Ziele	20
1.7	Eingrenzung	20
2.	Fragestellung der vorliegenden Untersuchung	21
3.	Design und Methodik	23
3.1	Studiendesign (Setting/Klinik)	23
3.2	Erhebungsinstrument	24
3.3	Statistik	25
3.4	Stichprobe	26
3.4.1	Beschreibung der Stichprobe	26
3.4.2	Soziodemographische Daten	29
4.	Eigene Ergebnisse der klinischen Stichprobe	32
4.1	Übersicht: Konsum psychotroper Substanzen	32
4.2	Nikotinkonsum und Nikotinabhängigkeit	34
4.2.1	Nikotinkonsum	34
4.2.2	Nikotinabhängigkeit	37
4.3	Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit	40
4.3.1	Alkoholkonsum	40
4.3.2	Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit	42
4.4	Konsum und Störungen durch illegale Drogen und psychotrope Medikamente	45
4.4.1	Konsum illegaler Drogen	45
4.4.2	Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen	51
4.4.3	Konsum von psychotropen Medikamenten	52

4.5	Substanzkombinationen	54
3.4.1	Alkohol und illegale Drogen	54
3.4.2	Nikotin, Alkohol und illegale Drogen	55
4.6	Ergebnisse bezogen auf soziodemographische Daten	57
3.5.1	Wohnsituation	57
4.6.1.1	Wohnsituation und Nikotinkonsum	58
1.6.1.41	Wohnsituation und Alkoholkonsum	58
3.5.0.3	Wohnsituation und Konsum illegaler Drogen	59
1.6.1.42	Wohnsituation und substanzbedingte Diagnosen	61
4.6.2	Schulart	62
4.6.2.1	Schulart und Nikotinkonsum	62
3.5.1.2	Schulart und Alkoholkonsum	63
3.5.1.3	Schulart und Konsum illegaler Drogen	63
3.5.1.4	Schulart und substanzbedingte Diagnosen	65
4.6.3	Schulabschluss	66
4.6.3.1	Schulabschluss und Nikotinkonsum	66
3.5.2.2	Schulabschluss und Alkoholkonsum	67
3.5.2.3	Schulabschluss und Konsum illegaler Drogen	67
4.6.3.4	Schulabschluss und substanzbedingte Diagnosen	69
3.5.3	Einschätzung der finanziellen Lage	69
4.7	Psychiatrische Diagnosen	71
3.6.1	Diagnosen Interview und in der Klinik gestellte Diagnosen	71
4.7.2	Co-Morbiditäten	72

4.	Vergleich der Klinikstichprobe mit den Daten der Bevölkerungsuntersuchung (EDSP)	75
4.1	Nikotinkonsum und Nikotinabhängigkeit	75
4.1.1	Nikotinkonsum	75
4.1.2	Nikotinabhängigkeit	77
4.2	Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit	78
4.2.1	Alkoholkonsum	78
4.2.2	Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit	79
4.3	Konsum und Störungen durch illegale Drogen	80
4.3.1	Konsum illegaler Drogen	80
4.3.2	Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen	81
4.4	Soziodemographische Daten	82
4.4.1	Wohnsituation	82
4.4.2	Schule	83
5.	Diskussion	84
5.1	Vergleich Bevölkerungsdaten – Klinikdaten	84
5.1.1	Vergleich Substanzen	84
5.1.2	Vergleich Soziodemographie	86
5.2	Eigene Ergebnisse der Klinikstichprobe	87
5.2.1	Allgemeines	87
5.2.2	Alter	89
5.2.3	Geschlecht	91
5.2.4	Diagnosen	94
5.2.5	Soziale Daten	97
5.2.6	Konsequenzen für die klinische Arbeit	98
5.3	Folgerungen und Ausblick	102
5.4	Weiterführende Forschungsthemen	105
6.	Literaturverzeichnis	106
7.	Anhang	116
8.	Zusammenfassung	117

1. Einleitung

1.1 Einführung

Erfahrungsgemäß spielt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Gebrauch von legalen und illegalen Drogen eine große Rolle. Es ist eine häufige Problematik, die jedoch selten Grund für eine ambulante Vorstellung bei einem Kinder- und Jugendpsychiater bzw. der Einweisungsgrund für eine stationäre Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik ist. Die Problematik ist oft versteckt und ergibt sich bei genauer Befragung im Rahmen der Anamneseerhebung oder stellt sich erst im Verlauf der Behandlung heraus.

In Lehrbüchern der Kinder- und Jugendpsychiatrie (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Helmut Renschmidt, 2000) finden sich in den Kapiteln über Alkohol- und Drogenabhängigkeit bei den epidemiologischen Daten ausschließlich Angaben über die Häufigkeiten vom Gebrauch der Substanzen in der Bevölkerung. Angaben zu Häufigkeiten in einer Klinikstichprobe fehlen. Es fehlen ebenfalls Angaben über Häufigkeiten von substanzspezifischen Diagnosen in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

In den letzten Jahren wurden in Deutschland eine Reihe von schriftlichen und telefonischen Bevölkerungsumfragen zum Gebrauch von legalen und illegalen Drogen durchgeführt. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurde die „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland“ durchgeführt. Die „Drogenaffinitätsstudie“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) konzentrierte sich primär auf den Drogenkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Befunde dieser Studien geben insgesamt betrachtet einen verlässlichen und umfassenden Überblick über das Ausmaß des Konsums psychotroper Substanzen in der deutschen Bevölkerung.

Unbefriedigend hingegen erwies sich lange Zeit der Wissensstand bezüglich der Frage, wie weit verbreitet in Deutschland Missbrauch und Abhängigkeit im Sinne von klinisch relevanten Diagnosen von legalen und illegalen psychotropen Substanzen sind. Dieser fehlende Bezug zur Erfassung von Diagnosen, basierend auf internationalen

Klassifikationsschemata, wird bei den oben genannten Studien oft kritisiert (Wittchen et al., 1998; Kessler et al., 1995). Ohne entsprechende Daten ist es schwierig das Ausmaß der Drogenproblematik richtig einzuschätzen.

Perkonig, Wittchen und Lachner (1996) geben, klinisch und für die Versorgung relevant, einen methodenkritischen Überblick über die in Deutschland vorliegenden Ergebnisse zur Prävalenz sowie Risikofaktoren von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit. Die Autoren merken dabei an, dass zwar der Kenntnisstand zur Häufigkeit des Gebrauchs von Alkohol sowie des Gebrauchs verschiedener legaler und illegaler psychotroper Substanzen (einschließlich Nikotin) zufriedenstellend ist, neuere Daten zur Prävalenz von spezifischen, klinisch-relevanten Missbrauchs- und Abhängigkeitsstörungen auf der Basis der ICD-10 bisher aber nicht vorlagen. Vor allem mangle es auch an methodisch befriedigenden Prävalenzangaben bei Risikogruppen, wie z.B. 15-25Jährigen in der Allgemeinbevölkerung.

Außerdem fehle es an populationsbezogenen und befriedigenden Angaben zur alters- und zeitraumbezogenen Inzidenz von Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, dem Spontanverlauf substanzspezifischer oder substanzübergreifender Gebrauchsmuster und der Häufigkeit von Missbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmalen in unterschiedlichen Konsumstadien (Lieb et al., 2000).

In den USA wurde bereits von 1990 bis 1992 der National Comorbidity Survey (NCS) durchgeführt, in dem die diagnostischen Kriterien des DSM-III-R mit dem Composite-International-Diagnostic-Interview (CIDI) erhoben wurden und Prävalenzraten für Missbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnosen bei 15-24 Jährigen erfasst wurden (Kessler et al., 1994). Der NCS in den USA wurde über alle 48 Staaten durchgeführt.

Für Deutschland wurden methodisch zufriedenstellende Daten über die Häufigkeiten von Missbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnosen in der Bevölkerungsgruppe der 14 – 24Jährigen erst durch die Early Developmental Stages of Psychopathology Study (EDSP) von Wittchen et al. (1998) erhoben. Hinsichtlich der EDSP ist anzumerken, dass sie sich allein auf das Einzugsgebiet von München bezieht und es eine Deutschlandweite Nachuntersuchung mit Einbeziehung verschiedener Regionen (Stadt, Land, alle Bundesländer) geben müsste, um eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse für Deutschland zu ermöglichen.

Die EDSP bietet aber den Vorzug, dass sie als prospektive Studie über 5 Jahre von 1995 bis 1999 angelegt ist, um neben Ergebnissen über Prävalenzen auch Aussagen über Inzidenz und den natürlichen Verlauf von Konsumverhalten sowie Diagnosen zu

treffen. In dieser Untersuchung wurden neben retrospektiven Daten prospektive Daten erhoben.

Eine weitere Studie in Deutschland, die „Bremer Jugendstudie“ (Essau et al., 1998), untersuchte ebenfalls mit dem Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) 12-17 Jährige Jugendliche an Bremer Schulen. In dieser Studie wurden Konsum und substanzbedingte Störungen sowie Co-Morbiditäten untersucht.

Neben der Erfassung des Konsumverhaltens, muss das Augenmerk vor allem auch der Erfassung von Missbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnosen gelten. Es stellt sich die Frage, wie groß dieses Problem ist, sowie ob es adäquat erkannt, erfasst und behandelt wird! Welche Rolle spielt eine Drogenproblematik im therapeutischen Setting? Wird sie ausreichend berücksichtigt? Ist eine intensivere Berücksichtigung notwendig? Welches therapeutische Setting ist indiziert? Diese Fragen wurden in bisherigen Studien nicht ausreichend behandelt. Patienten in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik stellen eine Hochrisikogruppe dar, bei der wenige Informationen über „Substance use disorders“ (SUD) vorliegen.

In den USA wurden einzelne Studien zu dieser Thematik veröffentlicht. Die meisten Studien, die sich mit der Co-Morbidität von Substanzstörungen und anderen psychiatrischen Störungen befassen, haben jedoch einen anderen Ansatzpunkt: sie untersuchen Patienten, bei denen eine Suchtproblematik bekannt ist, auf zusätzlich vorhandene psychiatrische Störungen.

Eine Literaturrecherche, die mittels Medline für den Zeitraum 1986 bis 2004 durchgeführt wurde, ergab eine Studie aus den USA von Deas-Nesmith et al. (1998), in der Jugendliche, die aufgrund einer psychiatrischen Störung auf eine psychiatrische Krisenstation aufgenommen wurden, nach bestehenden Störungen durch Substanzen untersucht wurden. In dieser Studie wurden die Patienten mit dem SCID-R, einem strukturierten klinischen Interview für DSM-III-Diagnosen befragt. In der Gesamtgruppe hatten 33% der Patienten eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnose.

Es fanden sich bei der Literaturrecherche jedoch keine Angaben über Gebrauchshäufigkeiten sowie Häufigkeiten von Missbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnose in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland. Es sind uns keine entsprechenden Datenerhebungen an einer Klinik für

Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland bekannt, die mit einem standardisierten Verfahren, die Häufigkeiten für Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen untersucht haben.

In der vorliegenden Untersuchung soll das Augenmerk auf die wichtige Gruppe der substanzbedingten Störungen gelegt werden, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie lange Zeit als ungeliebtes Stiefkind behandelt wurden.

Es gibt Studien, die darauf hindeuten, dass Patienten, die gleichzeitig eine Substanzstörung haben, eine schlechter Heilungschance, eine schlechtere Verlaufsprognose und eine größere Rehospitalisierungsrate haben (Deas-Nesmith et al., 1998). Daher sollte im Rahmen unserer Untersuchung auch die Frage gestellt werden, ob die klinisch-stationäre Arbeit dieser Problematik gerecht wird oder, ob neue therapeutische Ansätze notwendig sind.

1.2 Der natürliche Verlauf von Drogenkonsum

Die Untersuchungen zeitlicher Entwicklungsstufen des Konsums von legalen und illegalen Drogen sprechen für eine zeitliche Entwicklung des Drogenkonsums beginnend mit dem Konsum legaler Drogen, gefolgt von Cannabis und schließlich harten Drogen (Gateway-Theorie). Konsum von Nikotin und Alkohol erniedrigen somit die Schwelle zum Gebrauch illegaler Substanzen. Chen & Kandel (1995) veröffentlichten Daten einer 19 Jahre langen Longitudinalstudie an einer Bevölkerungsstichprobe zum natürlichen Verlauf des Drogenkonsums. Es zeigt sich dabei ein Höhepunkt für den Konsum für legale und illegale Drogen in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter. Die Hauptrisikophasen für den Beginn eines Konsums von Nikotin, Alkohol oder Cannabis sind im Alter von 20 Jahren vorbei, mit Höhepunkten für Nikotin im Alter von 16 Jahren und mit 18 Jahren für Alkohol und Cannabis. Das Hauptrisiko für einen Beginn mit Kokain liegt zwischen 21 und 24 Jahren. Nach dem 29. Lebensjahr beginnt kaum mehr ein Proband mit dem Konsum von Nikotin, Alkohol oder illegalen Drogen. In den späteren Lebensjahren zeigt sich der größte Anteil neuer Konsumenten bei verschriebenen psychoaktiven Substanzen. Von allen Drogen zeigen Nikotin und Alkohol die größte Persistenz. Unter den illegalen Drogen ist die größte Persistenz bei Cannabis zu beobachten. Die Risiken sind für

Frauen und Männer sehr ähnlich mit tendenziell höheren Werten für die Männer, außer bei verschriebenen psychoaktiven Substanzen.

Die Ergebnisse von Kraus et al. (1998) zum Alter ersten Drogenkonsums ergeben ähnliche Befunde wie bei Chen & Kandel. Es zeigt sich, dass die Risikofunktion ersten Drogenkonsums ab dem 14. Lebensjahr steil ansteigt, im Alter von 18 Jahren ihr Maximum erreicht, bis zum 25. Lebensjahr wieder abfällt und nach dem 25. Lebensjahr nur sehr wenige mit einem Drogenkonsum beginnen.

Nach Hurrelmann & Bründel (1997) bleibt der Gebrauch von Tabak im dritten Lebensjahrzehnt auf dem erreichten Gipfel und fällt dann ab. Der Alkoholgebrauch dagegen erreicht im späteren Lebensverlauf bis zum 50. Lebensjahr einen weiteren Anstieg. Die illegalen Substanzen erreichen fast alle ihren Höhepunkt der Verbreitung im frühen Erwachsenenalter bis 25 Jahre, während sie danach abfallen.

Gerade Jugendliche und junge Erwachsene sind am meisten gefährdet für den Konsum von Drogen, legale sowie illegale. Die Lebenssituation von Jugendlichen ist durch ein erhebliches Spannungspotential gekennzeichnet. Es steht die Bewältigung zahlreicher Entwicklungsaufgaben (Körperliche Entwicklung, Aufbau von Freundschaftsbeziehungen, Aufbau von sexuellen Kontakten, Ablösung von den Eltern, Aufbau eines eigenen Wertesystems, Aufbau selbständiger Konsummuster) an. Insgesamt geht es darum, eine Identität aufzubauen, die auf einem stabilen Selbstwert beruht sowie Kompetenzen zu erwerben. Belastungen und Überforderungen können zu Stressreaktionen und Symptombildungen im psycho-physischen Bereich führen. Der Drogengebrauch kann als ein Weg zur Belastungsbewältigung gewählt werden. Die leichte Verfügbarkeit der Substanzen fördert diese Entwicklung. Des Weiteren sind Jugendliche experimentierfreudiger, risikofreudiger und offener für Neues. Für einen Teil der Jugendlichen stellt der Drogenkonsum das Teilhaben an der Jugendkultur dar, für andere eine Form der Selbstmedikation.

Im weiteren Verlauf der Entwicklung scheinen zwei Prozesse in der Reduktion des Konsums illegaler Drogen eine Rolle zu spielen. Zum einen ist die Annahme erwachsener Rollen, vor allem Heirat und Kinder, mit mehr Verantwortung und einer abnehmenden Motivation zum Konsum von illegalen Drogen verbunden. Ein zweiter

Faktor scheint der erhöhte Zugang zum medizinischen System zu sein, der denjenigen, die Drogen als Selbstmedikation benutzen stattdessen zu verschriebenen Medikamenten führt.

Die Gateway-Theorie bestätigt sich auch in der Studie „Längsschnittanalyse des Drogenabusus“ (LADA), die vom Institut für Therapieforschung München (IFT) im Rahmen der ANEPSA (Analytical Epidemiology of Substance Abuse) durchgeführt wurde. Es wird jedoch erwähnt, dass die Erniedrigung der Schwelle zum Konsum illegaler Substanzen durch Nikotin und Alkohol nicht der einzige Einflussfaktor ist, die Gateway-Theorie damit zu eng sei und einer Ergänzung bedarf (Küfner et al., 2000). Insgesamt ergeben sich in dieser Untersuchung fünf Prognosefaktoren in der Männergruppe und drei Prognosefaktoren in der Frauengruppe. Die Faktoren „geringe Familienbindung“ und Symptome von „Hyperaktivität/Impulsivität“ sind bei Männern wie bei Frauen Risikofaktoren für den späteren Drogenkonsum. Der Zigarettenkonsum stellt ebenfalls bei beiden Geschlechtern einen Risikofaktor dar. Weitere Prognosefaktoren im Endmodell sind bei den Männern „Diebstahl/Vandalismus“ in der Kindheit und eine verstärkte Reizwahrnehmung. Dem Konsum legaler Drogen in der Kindheit kommt jedoch gemessen an den Odds Ratios die größte Bedeutung für die Prädiktion eines späteren Konsums illegaler Drogen zu.

Die zitierte Veröffentlichung des IFT bezieht sich auf Kindheitsfaktoren bis zum Alter von 10 Jahren in ihrer prädiktiven Bedeutung für einen späteren Drogenkonsum bzw. für die Entwicklung einer Suchtdiagnose. Die prädiktive Bedeutung des Zigarettenkonsums in der Kindheit weist vermutlich auf die generelle Bereitschaft hin, durch eine psychotrope Substanz sich Erleichterung und Entspannung zu verschaffen, deren positive Erfahrung zu einer niedrigeren Schwelle gegenüber illegalen Drogen führt. Für eine physiologische Bahnung eines generellen Verlangens nach psychotropen Substanzen gebe es bislang keine Hinweise, sie könne aber auch nicht ausgeschlossen werden.

Im Rahmen der EDSP (Early Developmental Stages of Psychopathology Study) wurde unter anderem der natürliche Verlauf von Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von Cannabis untersucht (von Sydow et al., 2001). Es zeigt sich, dass ein großer Anteil des Cannabiskonsums experimenteller Art ist und in den meisten Fällen im Alter zwischen 20 und 30 mit der Übernahme neuer Verantwortungen endet. Es kommt in fast 50% zu

einer Reduktion oder einem Stop des Cannabiskonsums. Es finden sich jedoch auch drei problematische Erkenntnisse. Die jüngere Kohorte (14-17 Jahre) gebraucht und missbraucht Cannabis öfter und bereits in jüngeren Jahren als die ältere Kohorte (18-24 Jahre). Zum zweiten ergibt sich, dass Cannabiskonsumern ein signifikant höheres Risiko für den Konsum anderer illegaler Substanzen haben. Auch tendieren diejenigen, die den Cannabiskonsum reduziert oder beendet haben eher zu einem Konsum anderer legaler oder illegaler Substanzen, als die Personen, die nie Cannabis konsumiert haben. Als drittes bleiben Cannabismissbrauch und –abhängigkeit über einen Zeitraum von vier Jahren relativ stabil.

1.3 Klassifikationssysteme

Die Klassifikation psychischer Auffälligkeiten ist der Versuch, psychopathologische Phänomene unter Aspekten gleicher oder ähnlicher gemeinsamer Merkmale systematisch einzuordnen und einzuteilen. Klassifikationen sind notwendig, um psychopathologische Erscheinungen sinnvoll voneinander abzugrenzen, sich zu orientieren, sich zu verständigen, therapeutische Konzepte abzuleiten und prognostische Einschätzungen vornehmen zu können. Aus gesundheitspolitischen Aspekten sind Klassifikationen von großer Bedeutung, weil sich aus der Prävalenz und Verteilung bestimmter Erkrankungen auch Berechnungen für Prävention, Behandlung und Nachsorge ergeben.

In den früheren Klassifikationsschemata (ICD-9, DSM-III) fehlten explizite diagnostische Kriterien, es gab keine klaren operationalisierten diagnostischen Kriterien und die Diagnose eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit war fast ausschließlich von untersucherspezifischen Entscheidungspunkten (traditionelle klinische Fallfindung) abhängig. Auf der Basis der neuen Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV) können nach Substanzarten unterschiedene Missbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnosen gestellt werden (Tabelle 1 und Tabelle 2).

Tabelle 1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach DSM-IV

DSM-IV

46.90	Alkoholabhängigkeit
305.00	Alkoholmissbrauch
305.10	Nikotinabhängigkeit
304.00	Opiatabhängigkeit
305.50	Opiatmissbrauch
304.10	Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytikaabhängigkeit
305.40	Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytikamissbrauch
304.20	Kokainabhängigkeit
305.60	Kokainmissbrauch
304.30	Cannabisabhängigkeit
305.20	Cannabismissbrauch
304.40	Amphetaminabhängigkeit
305.70	Amphetaminmissbrauch
304.50	Halluzinogenabhängigkeit
305.30	Halluzinogenmissbrauch
304.60	Inhalantienabhängigkeit
305.90	Inhalantienmissbrauch
304.90	Abhängigkeit von anderen Substanzen
305.90	Missbrauch von anderen Substanzen

Zudem können für die einzelnen Substanzen substanzinduzierte Störungen kodiert werden.

Tabelle 2: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach ICD-10

ICD-10	
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F10	Störungen durch Alkohol
F11	Störungen durch Opioide
F12	Störungen durch Cannabinoide
F13	Störungen durch Sedativa oder Hypnotika
F14	Störungen durch Kokain
F15	Störungen durch andere Stimulantien einschließlich Koffein
F16	Störungen durch Halluzinogene
F17	Störungen durch Tabak
F18	Störungen durch flüchtige Lösungsmittel
F19	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen
F1x.0	Akute Intoxikation
F1x.1	Schädlicher Gebrauch
F1x.2	Abhängigkeitssyndrom
F1x.3	Entzugssyndrom
F1x.4	Entzugssyndrom mit Delir
F1x.5	Psychotische Störung
F1x.6	Amnestisches Syndrom
F1x.7	Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F1x.8	Sonstige alkohol- und substanzbedingte psychische und Verhaltensstörung
F1x.9	Nicht näher bezeichnete alkohol- oder substanzbedingte psychische und Verhaltensstörung

Auch wurden eine Reihe von diagnostischen Kriterien formuliert, die eine exaktere Falldefinition einschließlich einer Schweregradbestimmung für jede Substanzart erlauben. In den neueren Klassifikationsschemata sind die diagnostischen Kriterien wesentlich sensibler und spezifischer gestaltet.

DSM-IV Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit

Substanzmissbrauch

Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert:

- (1) Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.
- (2) Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.
- (3) Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch.
- (4) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanzen verursacht oder verstärkt werden.

Die Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllt.

Substanzabhängigkeit

Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:

- (1) Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
 - (a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen.
 - (b) Deutlich verminderter Effekt bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
- (2) Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:

- (a) Charakteristische Entzugssymptome der jeweiligen Substanz (siehe A und B der Kriterien für Entzug von den spezifischen Substanzen).
 - (b) Dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
- (3) Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
 - (4) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
 - (5) Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
 - (6) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
 - (7) Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde.

ICD-10 Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit

Substanzmissbrauch

Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu Gesundheitsschädigung (körperlich oder psychisch) führt. Dies kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz, oder als psychische Störung, z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum. Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung des Konsumenten, negative soziale Folgen oder akute Intoxikation bzw. „Kater“ genügen nicht.

Substanzabhängigkeit

Eine Gruppe körperlicher, verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz(klasse) Vorrang gegenüber anderen früheren präferierten Verhaltensweisen hat; starker, gelegentlich übermächtiger Wunsch nach Konsum psychotroper Substanzen; evtl. schnellerer Rückfall nach Abstinenzphase als bei Nichtabhängigkeit.

Diagnostische Leitlinien:

Gleichzeitiges Vorliegen von drei oder mehr der folgenden Kriterien in den letzten Jahren:

- Starker Wunsch/Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- Körperliches Entzugssyndrom nach Beendigung/Reduktion
- Nachweis einer Toleranz
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und zunehmender Zeitaufwand zugunsten des Konsums
- Anhaltender Konsum trotz eindeutiger schädlicher Folgen

1.4 Reliabilität und Validität von Diagnosen

Reliabilität (Zuverlässigkeit) bezeichnet die Genauigkeit der Messung. Sie ist dann in vollem Umfang gegeben, wenn bei Wiederholung der Erhebung unter denselben Bedingungen identische Resultate erzielt werden, wenn also die Messwiederholung zu konsistenten und stabilen Resultaten führt.

Validität (Gültigkeit) bedeutet, dass das Verfahren tatsächlich das psychologische Merkmal oder die Variable misst, die es – der Erwartung nach – messen soll.

Die diagnostische Datenerhebung wie auch ihre Auswertung und Interpretation wird durch viele Faktoren beeinflusst, die zu Fehlern und Verzerrungseffekten führen können. Einflussfaktoren sind auf die Gesamtsituation, die untersuchte Person und den Untersucher zurückzuführen. Diagnostik bewegt sich im Spannungsfeld von objektivem Anspruch und subjektiver Wirklichkeit. Im Verlauf einer prozessualen Diagnostik müssen immer wieder Entscheidungen getroffen werden, ob die Informationen für eine Diagnose ausreichend sind oder nicht. Das wesentliche Problem besteht darin, einerseits die Hypothesenbildung nicht vorzeitig abzuschließen, um wichtige Informationen nicht zu übersehen, andererseits kann die Diagnostik nicht beliebig lange fortgesetzt werden, sondern muss zu Entscheidungen gelangen, um therapeutische Interventionen einzuleiten.

In diesem Zusammenhang ist die Entwicklung strukturierter Interviews eine wichtige Aufgabe, um Diagnosen valider und reliabler zu machen und auf diese Weise von stark subjektiven Einschätzungen wegzukommen.

Das in unserer Untersuchung verwendete Munich-Composite International Diagnostic Interview ist mehrfach hinsichtlich Test-Retest Reliabilität und klinischer Validität geprüft worden. Ferner liegen aus großen epidemiologischen und klinischen Studien vielfache Anwendungsbeobachtungen vor. Im Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X-Interviews (= M-CIDI) werden folgende Angaben zur Reliabilität gemacht: Die Symptominformationen, ebenso wie zeitbezogene Informationen weisen fast durchgängig sehr hohe Interrater Reliabilitäten mit Werten zwischen Kappa von .81 bis 1.0 auf. Dies gilt auch für die diagnostischen Entscheidungen (Diagnostische Interraterreliabilität: .82 - .98). Die Test-Retest Reliabilität liegt bei 1-3 Tage Abstand zwischen den Untersuchungen bei zwei unabhängigen Untersuchern für fast alle untersuchten Diagnosegruppen befriedigen hoch. Für die Substanzstörungen ergaben sich folgende Kappawerte: Nikotinabhängigkeit .78, Alkoholmissbrauch .73, Alkoholabhängigkeit .67, Missbrauch illegaler Drogen .73, Abhängigkeit von illegalen Drogen .65.

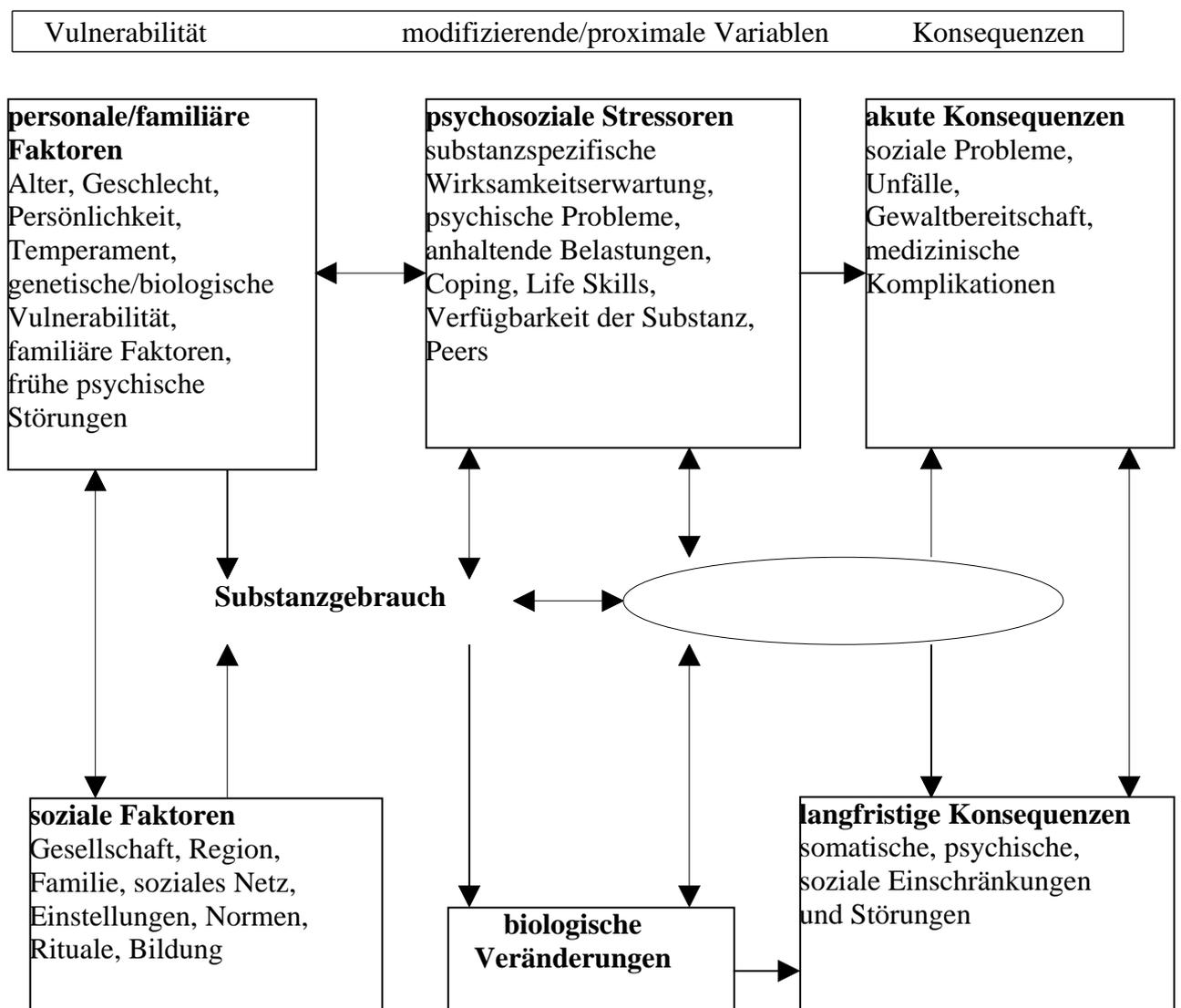
Für die Validität geben Reed et al. (1998) folgende Kappawerte an: Nikotinabhängigkeit .83, für andere Substanzstörungen .86.

0.5 Hintergrund der Studie

Ausgangspunkt für diese Arbeit ist die Early Developmental Stages of Psychopathologie Study (EDSP), die vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie München/Abteilung für klinische Psychologie und Epidemiologie unter der Leitung von Herrn Professor Wittchen durchgeführt wurde. Diese Studie untersucht die Prävalenz sowie die Inzidenz von Drogenabusus bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen über einen Zeitraum von fünf Jahren. Eine randomisierte Auswahl von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 – 24 Jahren aus München und Umgebung wurde im Rahmen dieser Studie befragt. Zur Datenerhebung diente ein standardisiertes Messinstrument, das Computer-Assisted Personal Interview (CAPI) des Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI).

Die theoretische Grundlage der EDSP bildet ein allgemeines Rahmenmodell der Entwicklung von Substanzstörungen (Lieb et al., 2000), das in Anlehnung an Edwards (1981) modifiziert wurde. Das Modell geht davon aus, dass eine große Anzahl von unterschiedlichen Faktoren an der Entstehung einer Substanzstörung beteiligt ist. Es wird unterschieden zwischen personal/familiären und sozialen Vulnerabilitätsfaktoren einerseits und modifizierenden proximalen Risikofaktoren andererseits (Abbildung 1). Ein Substanzmissbrauch entwickelt sich, wenn eine Vulnerabilität für Substanzstörungen vorhanden ist und proximale Risikofaktoren zu einer Manifestation beitragen.

Abbildung 1: Modell zur Entstehung von Substanzstörungen (nach Lieb et al., 2000)



1.6 Ziele

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, Aussagen über die Häufigkeiten von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen an einer Klinikstichprobe zu treffen.

Ein weiterer Zielpunkt ist der Vergleich der Klinikdaten mit den Bevölkerungsdaten.

Epidemiologische Untersuchungen dienen dazu, zu zeigen wie groß ein Problem ist. In der Regel berücksichtigen epidemiologische Daten nicht die Versorgungssituation. Erst ein Vergleich mit versorgungsepidemiologischen Daten zeigt, ob die Problematik ausreichend berücksichtigt wird, inwiefern Versorgungslücken bestehen oder Behandlungskonzepte verändert werden müssen.

1.7 Eingrenzung

Prävalenzraten für Diagnosen wurden ausschließlich mit einem strukturierten Interview (M-CIDI) erhoben und nicht mit klinischen Befunden verglichen oder ergänzt. Die Vorgehensweise wurde jedoch bewusst so gewählt, um eine Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen zu gewährleisten, was nur mit einer klar strukturierten, nachvollziehbaren und wiederholbaren Vorgehensweise möglich ist.

Von Vorteil bei der Durchführung der Interviews war, dass es sich bei dem Autor, der alle Interviews selbst durchführte, um einen klinisch tätigen Arzt handelte.

Die Daten wurden mit einem einzigen Interview erhoben. Es gab keine Verlaufsuntersuchungen. Die mit dem Interview erhobenen Daten verlassen sich vollständig auf retrospektive Angaben zur Erhebung der Prävalenzen für Diagnosen.

Die Zahl der Interviews wurde aufgrund der Durchführbarkeit der Studie für eine Person auf 70 Interviews beschränkt.

Es handelt sich um eine Erhebung an einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland mit Versorgungsauftrag in einem definierten Einzugsgebiet.

2. Fragestellung der vorliegenden Untersuchung (Anwendung auf klinische Population)

Es sind bisher keine veröffentlichten Untersuchungen an einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland bekannt, die mit einem standardisierten Verfahren die Häufigkeiten für Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen untersucht haben. Neben der Erfassung des Gebrauchs, muss das Augenmerk vor allem auch den Missbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnosen gelten. Das Interesse liegt aus diesem Grund in unserer Studie auf der Erfassung der Häufigkeiten an einer Stichprobe in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie bei Jugendlichen im Alter von 14 – 17 Jahren.

Die allgemeine Zielsetzung der Studie ist es, auf der Grundlage einer Vollerhebung an einer Klinikstichprobe von 14 – 17 Jährigen Jugendlichen zu untersuchen, wie häufig und unter welchen Umständen diese legale und illegale Substanzen gebrauchen, missbrauchen oder eine Abhängigkeit entwickeln. Der Schwerpunkt der Studie liegt in der deskriptiven Versorgungs-Epidemiologie.

Der Fragenkatalog umfasst dementsprechend unter anderem die folgenden Fragestellungen bezogen auf eine Klinikpopulation:

1) Lebenszeitprävalenzen des Konsums von legalen und illegalen Substanzen:

- Alkohol: jemals/Probierer/regelmäßig (jemals=1x im Leben, Probierer=bis zu 12x in 12 Monaten, regelmäßig=mehr als 12x in 12 Monaten)
- Nikotin: jemals/regelmäßig

- Irgendeine illegale Droge: jemals/einmal/gelegentlich/regelmäßig
- Cannabis: jemals/einmal/gelegentlich/regelmäßig
- Stimulantien/Opiate/Kokain/PCP/Halluzinogene/Schnüffelstoffe/Andere
- Medikamente: Amphetamine/Stimulantien, Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika, Opiate/Analgetika
- Wie häufig ist multipler Gebrauch illegaler Substanzen? (Lebenszeitprävalenz für multiplen Drogengebrauch)

2) DSM-IV und ICD-10 Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit der unterschiedlichen Substanzen bei den Befragten (Lebenszeitprävalenz von Missbrauch und Abhängigkeit). Substanzkombinationen.

- Abhängigkeit von irgendeiner illegalen Droge
- Missbrauch von irgendeiner illegalen Droge
- Cannabismissbrauch
- Cannabisabhängigkeit
- Etc.
- Alkoholabhängigkeit
- Alkoholmissbrauch
- Nikotinabhängigkeit
- Nikotinmissbrauch

3) Häufigkeit und Höhe des Alkoholkonsums in der Zeit, in der am meisten konsumiert wurde, bei Jugendlichen mit regelmäßigem Alkoholkonsum (Häufigkeit/Menge an Drinks).

4) Betrachtung der soziodemographischen Daten in Verbindung mit Konsumhäufigkeiten und Diagnosen für Substanzstörungen.

5) Häufigkeiten von Missbrauchs- und Abhängigkeitskriterien

6) Einstiegsalter für Konsum

7) Co-Morbiditäten.

8) Vergleich der Daten mit denen einer Stichprobe aus der Normalbevölkerung (EDSP), um Unterschiede zwischen einer Stichprobe der Normalbevölkerung und der einer Klinikpopulation festzustellen.

Als gerichtete Hypothese ist anzunehmen, dass bei den Patienten einer Klinik Häufigkeiten und Schweregrade höher sind als in der Normalbevölkerung.

3. Design und Methodik

3.1 Studiendesign (Setting/Klinik)

Die Datenerhebung im Rahmen der Studie erfolgte am Josefinum in Augsburg an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie bei Jugendlichen im Alter von 14 – 17 Jahren.

Das Krankenhaus Josefinum besteht aus einer Frauenklinik, einer Kinderklinik und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Historisch entwickelte sich die Klinik aus einem Säuglingsheim, das im Jahr 1923 in die Trägerschaft der Katholischen Jugendfürsorge e. V. überging. Aus dem Säuglingsheim entwickelte sich eine Geburts- und Kinderklinik. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie entstand über den Zwischenschritt psychosomatischer Stationen aus der Kinderklinik heraus und blieb zunächst unter der Leitung des pädiatrischen Chefarztes. Inzwischen ist die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie eigenständig unter der Leitung des Chefarztes Herrn Dr. Winkler. Die Klinik hat seit 1975 den Versorgungsauftrag für den Bezirk Schwaben. In diesem Bezirk leben auf einer Fläche von 10.000 km² in 340 Gemeinden 1,7 Mio. Einwohner, dies entspricht ca. 14% der bayerischen Bevölkerung. Zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages verfügte die Klinik zum Untersuchungszeitpunkt über 77 stationäre Betten mit ca. 600 Behandlungsfällen im Jahr, 40 tagesklinische Plätze und eine Institutsambulanz mit jährlich 2500 behandelten Patienten.

Im Rahmen der Bestrebungen, die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung zu dezentralisieren, wurden bereits im Jahre 1997 eine Ambulanz und eine Tagesklinik in Kempten im Allgäu eröffnet. Im Jahr 2000 kamen in Kempten 20 stationäre Betten hinzu, die in Augsburg abgebaut wurden. Im Jahr 2002 wurden in Augsburg zusätzlich 6 stationäre Entgiftungsplätze geschaffen. Aktuell verfügt die Klinik in Augsburg somit über 63 stationäre Behandlungsplätze.

Im Rahmen der Vorbereitungsphase wurde das Projekt in der Klinik vorgestellt, nahm der Untersucher an einem Interviewtraining des Max-Planck-Instituts in München teil und es wurden Probeinterviews durchgeführt.

3.2 Erhebungsinstrument

Zur Datenerhebung diente als standardisiertes Messinstrument, das Computer-Assisted Personal Interview (CAPI) des Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). Es wurde die Lifetimeversion eingesetzt, welche 12-Monats- und Lebenszeitinformationen liefert. Das M-CIDI ist eine modifizierte Version des WHO-CIDI, welches die strukturierte und standardisierte Erfassung von Symptomen, Syndromen und Diagnosen ausgewählter psychischer Störungen gemäß den Kriterien von ICD-10 und DSM-IV ermöglicht.

Mit dem M-CIDI wurde ein persönliches Interview verwendet, welches auf eindeutig definierten diagnostischen Kriterien beruht. Es wurde die computerisierte Version (CAPI) des M-CIDI verwendet, um die Datenverwaltung ökonomisch zu handhaben und Kodierfehler schon bei der Eingabe zu melden.

Der Konsum psychotroper Substanzen sowie deren Missbrauch und Abhängigkeit werden in den Sektionen B (Nikotin), I (Alkohol) und L (Drogen) des M-CIDI erfasst. Folgende Substanzen schließt die Sektion L ein: Cannabissubstanzen, Stimulantien, Opiate, Kokainsubstanzen, PCP, Halluzinogene, Lösungs- und Schnüffelstoffe, Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika sowie Substanzen, die keiner dieser Gruppen zuzuordnen sind. Wir beschränkten uns bei unserer Untersuchung auf die demographische Sektion A sowie die substanzspezifischen Sektionen B, I und L.

In diesen Sektionen werden jeweils nach einem einführenden Screening Fragen zu Häufigkeit und Menge des Gebrauchs sowie zum Missbrauch und zur Abhängigkeit für jede einzelne von der befragten Person angegebene Substanz gestellt. Ebenfalls für jede Substanz wird der Zeitpunkt des ersten und letzten Auftretens der berichteten Missbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale erfragt. Zusätzlich werden verschiedene situative, affektive und kognitive Charakteristika von Erstgebrauchssituationen erhoben.

Die Reliabilität und prozedurale Validität des CIDI-Ansatzes wurde in verschiedenen Untersuchungen mit sehr befriedigenden psychometrischen Befunden überprüft (Wittchen H.-U., 1994; Wittchen H.-U. & Pfister H., 1997; Wittchen H.-U. et al., 1998; Reed V. et al., 1998; Lachner G. et al., 1998).

3.3 Statistik

Alle mit dem Interview (M-CIDI) erhobenen Rohdaten wurden mit Hilfe der DIA-X Datenbank für das Statistikprogramm SPSS für Windows aufbereitet und nach SPSS transformiert. Die Ergebnisse bezüglich Missbrauch und Abhängigkeit für jede Substanzgruppe wurden mit dem M-CIDI Diagnose Algorithmus für die DSM-IV Kriterien berechnet und ebenfalls in das Programm SPSS übertragen.

Die erhobenen Daten wurden dann mit dem statistischen Programm SPSS für Windows, Version 10.0 bzw. Version 11.0, deskriptiv dargestellt.

Für den Vergleich unserer Daten mit den Daten der EDSP wurden die Daten aus den Veröffentlichungen der Early Developmental Stages of Psychopathology Study, die vom Max-Planck Institut in München durchgeführt wurde (Lieb et al. 1998, 2000; Höfler et al. 1999; Holly et al. 1997, 1998; Nelson et al. 1998; Perkonig et al. 1997, 1998; Wittchen et al. 1998) verwendet. Es wurden die relativen Risiken, die Standardabweichungen sowie das 95%-Konfidenzintervall berechnet. Des weiteren wurden die Signifikanzen mit einem Vier-Felder- X^2 mit einer üblichen Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner .05 berechnet. Zur Berechnung der Signifikanzen in der eigenen Untersuchung, betreffend Alters- und Geschlechtsunterschiede, wurde ebenfalls ein Vier-Felder- X^2 verwendet. Die Berechnungen wurden mit dem Programm Excel durchgeführt.

Angesichts des explorativen Ansatzes wurde bei den multiplen Paarvergleichen auf eine Adjustierung der Irrtumswahrscheinlichkeit (Bonferroni-Korrektur) verzichtet.

Die wichtigsten grundlegenden epidemiologischen Kennziffern für die Häufigkeit sind dabei die Prävalenz, d.h. der Prozentsatz an erkrankten Personen in einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt oder während einer Zeitperiode, sowie die Inzidenz, d.h. die neuauftretenden Krankheitsfälle innerhalb eines bestimmten Zeitraums.

3.4 Stichprobe

3.4.1 Beschreibung der Stichprobe

Im Anschluss an die Vorbereitungsphase wurden in einem Zeitraum von 4 ½ Monaten (01.03.00 bis 15.07.00) insgesamt 70 Interviews durchgeführt. Sämtliche Interviews wurden vom Autor an einem Computer in der Klinik und ohne Anwesenheit Dritter durchgeführt. Dabei wurden die Daten sofort in den Computer eingegeben und auf diesem Weg Übertragungsfehler vermieden. Alle Interviews wurden ohne Unterbrechung durchgeführt. Die Protokolle der Interviews wurden regelmäßig von Editoren des Max-Planck-Instituts in München auf Fehler überprüft.

Die untere Altersgrenze wurde mit 14 Jahren festgelegt, da psychometrische Untersuchungen des Erhebungsinstrumentes (M-CIDI) nur ab einem Alter von 14 Jahren vorliegen. Außerdem wurden in der EDSP ebenfalls Jugendliche nur ab einem Alter von 14 Jahren untersucht und das Interesse gilt neben der Bestimmung von Häufigkeiten in der Klinik, dem Vergleich mit den Daten der EDSP.

Alle Patienten wurden darüber informiert, dass es sich um eine systematische ergänzende Diagnostik handelte, die anonymisiert durchgeführt wurde. Sie erhielten ein Informationsblatt und gaben ihr schriftliches Einverständnis (siehe Anhang).

Die Stichprobengröße von $n=70$ wurde als ausreichend groß für eine statistische Bearbeitung und gleichzeitig als praktikabel angesehen. Für unsere Stichprobe galten folgende Einschlusskriterien: alle stationär neu aufgenommenen Patienten der Altersgruppe 14 – 17 Jahre in einem Zeitraum von vier Monaten, die nicht die Ausschlusskriterien erfüllten, wurden rekrutiert.

Als Ausschlusskriterien waren im Vorfeld ein stationärer Aufenthalt von weniger als 36 Stunden, Intelligenzminderung ($IQ < 70$) und akut psychotische Zustandsbilder bestimmt worden. Im Zeitraum der Datenerhebung wurden in der Altersgruppe der 14 – 17 Jährigen insgesamt 119 Jugendliche in der Klinik behandelt. Davon fielen 33 Jugendliche in die Gruppe mit Ausschlusskriterien (Tabelle 3).

Tabelle 3: Übersicht der Ein- und Ausschlusskriterien

	n	%
Patienten im Studienzeitraum	119	100
Patienten mit Ausschlusskriterien:	33	28
davon: - wiederholter Aufenthalt	10	8
- IQ<70	6	5
- Aufenthalt weniger als 36h	14	12
- akute Psychose	2	2
- akute Gefährdung	1	1
Studienpopulation	86	72

Im Zeitraum der Interviewdurchführung waren insgesamt 86 Jugendliche, die unsere Einschlusskriterien erfüllten, in der Klinik behandelt worden. Von diesen Jugendlichen wurden 16 nicht erfasst. Gründe dafür waren organisatorische Defizite zu Beginn der Untersuchung, wiederholte Krisensituationen der Patienten während der Behandlung, vorzeitige Entlassung gegen ärztlichen Rat, Aufnahme in der Klinik am Freitag Abend und Entlassung am Montag Früh. Die 70 erfassten Jugendlichen entsprechen somit einer Ausschöpfungsrate von 81 % (Tabelle 4).

Tabelle 4: Studienpopulation, Ausschöpfungsrate

	n	%
Studienstichprobe	86	100
Erfasste Stichprobe	70	81
Nicht erfasste Patienten:	16	19
- verweigert	1	1
- nicht erfasst	15	17

Von den 70 erfassten Patienten waren 56 % weiblich und 44 % männlich. Insgesamt stellt sich die Geschlechts- und Altersverteilung der Studienstichprobe wie folgt dar (Tabelle 5).

Tabelle 5: Aufschlüsselung der erfassten Patienten (nach Altersgruppen und Geschlecht)

	n	%
Gesamt	70	100
14-15 Jahre	33	47
16-17 Jahre	37	53
Gesamt männlich	31	44
14-15 Jahre	15	21
16-17 Jahre	16	23
Gesamt weiblich	39	56
14-15 Jahre	18	26
16-17 Jahre	21	30

Die nicht erfassten Jugendlichen verteilen sich gleich in den Altersgruppen sowie bei den Geschlechtern, sodass es dadurch zu keiner Verzerrung der Daten kommt (Tabelle 6).

Tabelle 6: Aufschlüsselung der nicht erfassten Patienten (nach Altersgruppen und Geschlecht)

	n	%
Gesamt	16	100
14-15 Jahre	9	56
16-17 Jahre	7	44
Gesamt männlich	7	44
14-15 Jahre	5	31
16-17 Jahre	2	13
Gesamt weiblich	9	56
14-15 Jahre	4	25
16-17 Jahre	5	31

3.4.2 Soziodemographische Daten

In den folgenden Tabellen sind die Verteilungen einiger soziodemographischer Daten der Gesamtstichprobe dargestellt:

Tabelle 7: Schulbildung (n=70)

	n	%
Gegenwärtiger Schulbesuch	42	60
<u>Schulart:</u>		
Hauptschule	24	34
Realschule	9	13
Gymnasium	3	3
Förderschule	6	9
Wirtschaftsschule	1	1

Schulzeit beendet	28	40
<u>Schulabschluß:</u>		
Hauptschule	12	17
Realschule	1	1
Förderschule	3	4
Kein Abschluß	12	17

Tabelle 8: Beruf /Ausbildung (n=28)

	n	%
Ausbildung	10	14
Umschulung	1	1
Freiwilliges soziales Jahr	1	1
Arbeitslos	5	7
Sonstiges (BVJ, BBZ, BFZ etc.)	11	16

Tabelle 9: Wohnsituation (n=70)

	n	%
--	---	---

Alleine	1	1
mit Eltern	49	70
mit beiden Eltern	23	33
mit einem Elternteil	20	29
<i>Mutter</i>	17	24
<i>Vater</i>	3	4
leibliche Mutter und Stiefvater	6	9
andere Wohnsituationen	20	29
Großeltern	1	1
Jugendhilfemaßnahmen	17	24
Pflegemutter	1	1
Drogenlangzeittherapieeinrichtung	1	1
mit Geschwistern	41	59

Tabelle 10: Einschätzung der finanziellen Lage (n=70), durch die Befragten selbst

	n	%
sehr gut	8	11
gut	19	27
weder gut noch schlecht	25	36
schlecht	9	13
sehr schlecht	9	13

Tabelle 11: Geburtsland (n=70)

	n	%

In Deutschland geboren:	58	83
Nicht in Deutschland geboren:	12	17
davon:		
Albanien	1	
Australien	1	
Kasachstan	1	
Kosovo	1	
Kroatien	1	
Russland	2	
Rumänien	2	
Südkorea	1	
Türkei	1	
Usbekistan	1	

Tabelle 12: Religionszugehörigkeit (n=70)

	n	%
Keine Religionszugehörigkeit	14	20
Zugehörigkeit zu		
einer Religionsgemeinschaft	56	80
davon:		
Römisch-katholisch	36	51
evangelisch	14	20
andere:	6	9
alt-katholisch	1	
moslemisch	3	
orthodox	1	
Zeugen Jehovas	1	

4. Eigene Ergebnisse der klinischen Stichprobe

4.1 Übersicht: Konsum psychotroper Substanzen

In der Altersgruppe der 14-17jährigen Jugendlichen haben unter Einbeziehung von Nikotinkonsum und Alkoholkonsum nahezu alle Befragten mindestens einmal in ihrem Leben eine psychotrope Substanz konsumiert. Wie der Tabelle 13 zu entnehmen ist, finden sich die höchsten Lebenszeitprävalenzen für Alkohol und Nikotin.

Tabelle 13: Lebenszeitprävalenz des Konsums von legalen und illegalen Substanzen: Befunde der Untersuchung an n=70 Jugendlichen im Alter von 14-17 Jahren (Angaben in Spaltenprozent)

Substanz	Gesamt (n=70) (%)	männlich (n=31) (%)	weiblich (n=39) (%)
Alkohol			
jemals	96	97	95
unregelmäßig	33	36	31
regelmäßig gegenwärtig	44	45	44
regelmäßig nicht gegenwärtig	7	7	8
Nikotin			
jemals	93	90	95
regelmäßig	76	84	69
Cannabis			
jemals	60	68	54
einmal	7	7	8
gelegentlich (2-4x)	17	22	13
regelmäßig (5+)	36	39	33
Irgendeine illegale Droge			
jemals	61	68	56
einmal	7	7	8
gelegentlich (2-4x)	14	19	10
regelmäßig (5+)	40	42	38

Fast alle Befragten (96%) haben zumindest einmal in ihrem Leben ein Glas Alkohol getrunken. Bereits die Hälfte aller Befragten (51%) berichtet einen regelmäßigen Alkoholkonsum, definiert als mindestens 12-maliger Alkoholkonsum innerhalb eines Jahres (entsprechend der internationalen Standarddefinition des Composite International Diagnostic Interview), dabei ergibt sich kein Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Befragten.

Am zweithäufigsten wird Nikotin konsumiert. 93% aller Befragten berichten mindestens einmal in ihrem Leben geraucht zu haben. Weibliche Jugendliche berichten häufiger als männliche Jugendliche von einem mindestens einmaligem Nikotinkonsum (95% vs. 90%). Regelmäßiger Konsum, definiert als ein täglicher Konsum über einen Zeitraum von mindestens vier Wochen, wird hingegen von männlichen Jugendlichen (84%) häufiger berichtet als von weiblichen Jugendlichen (69%). Insgesamt berichtet eine hohe Zahl der 14-17jährigen Jugendlichen von einem regelmäßigen Nikotinkonsum (76%).

Betrachtet man die Lebenszeitprävalenzen für illegale Drogen, zeigt sich, dass 61% der befragten Jugendlichen jemals eine illegale Droge konsumiert haben. Die am häufigsten konsumierte Droge ist Cannabis: 60% der befragten Jugendlichen berichten diese zumindest einmal in ihrem Leben konsumiert zu haben. Männliche Jugendliche (68%) haben für Cannabiskonsum eine leicht höhere Rate als weibliche Jugendliche (54%). Regelmäßiger Cannabiskonsum, definiert als mindestens fünfmaliger Gebrauch, wird von 36% der 14-17 Jährigen berichtet. Der Konsum anderer illegaler Drogen und auch das missbräuchliche Einnehmen verschreibungspflichtiger Medikamente wird im Vergleich zu Cannabis seltener berichtet.

4.2 Nikotinkonsum und Nikotinabhängigkeit

4.2.1 Nikotinkonsum

In Tabelle 14 wird der Nikotinkonsum in der Gesamtgruppe und nach Altersgruppen dargestellt.

Tabelle 14: Nikotinkonsum: jemals und regelmäßig nach Alter (Angaben in Zeilenprozent)

Alter in Jahre	Jemals Nikotin konsumiert	Regelmäßig Nikotin konsumiert (Lebenszeit)	Regelmäßig Nikotin konsumiert (in den letzten 12 Monaten)
14-15 (n=33)	88	73	67
16-17 (n=37)	97	78	70
Gesamt (n=70)	93	76	69

Nikotin = Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Schnupf- oder Kautabak

Jemals = zumindest einmal im Leben ein Nikotinprodukt konsumiert

Regelmäßig = jemals ein Nikotinprodukt täglich über einen Zeitraum von vier Wochen oder länger konsumiert.

Fast alle Befragten (93%) haben in ihrem Leben mindestens einmal ein Nikotinprodukt konsumiert. Bereits in der Altersgruppe der 14-15 Jährigen geben 88% an schon einmal ein Nikotinprodukt konsumiert zu haben. Dieser Wert steigt in der Altersgruppe der 16-17 Jährigen auf 97%. Auch die Häufigkeiten für regelmäßigen Tabakkonsum, definiert als täglichen Konsum eines Nikotinprodukts über einen Zeitraum von mindestens vier Wochen, ergeben hohe Werte mit 76% in der Gesamtgruppe, 73% in der Gruppe der 14-15 Jährigen und 78% in der Gruppe der 16-17 Jährigen. Die 12-Monats-Prävalenzen für regelmäßigen Tabakkonsum liegen ebenfalls sehr hoch: 69% für die Gesamtgruppe, 67% bei den 14-15 Jährigen und 70% bei den 16-17 Jährigen.

In Tabelle 15 werden die Geschlechtsunterschiede für Nikotinkonsum betrachtet.

Tabelle 15: Nikotinkonsum: jemals und regelmäßig nach Alter und Geschlecht
(Angaben in Spaltenprozent)

Alter in Jahre	Jemals Nikotin konsumiert		Regelmäßig Nikotin konsumiert (Lebenszeit)		Regelmäßig Nikotin konsumiert (in den letzten 12 Monaten)	
	männlich (n=31)	weiblich (n=39)	männlich (n=31)	weiblich (n=39)	männlich (n=31)	weiblich (n=39)
14-15 (n=33)	87	89	80	67	73	61
16-17 (n=37)	94	100	88	71	88	57
Gesamt (n=70)	90	95	84	69	81	59

Nikotin = Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Schnupf- oder Kautabak

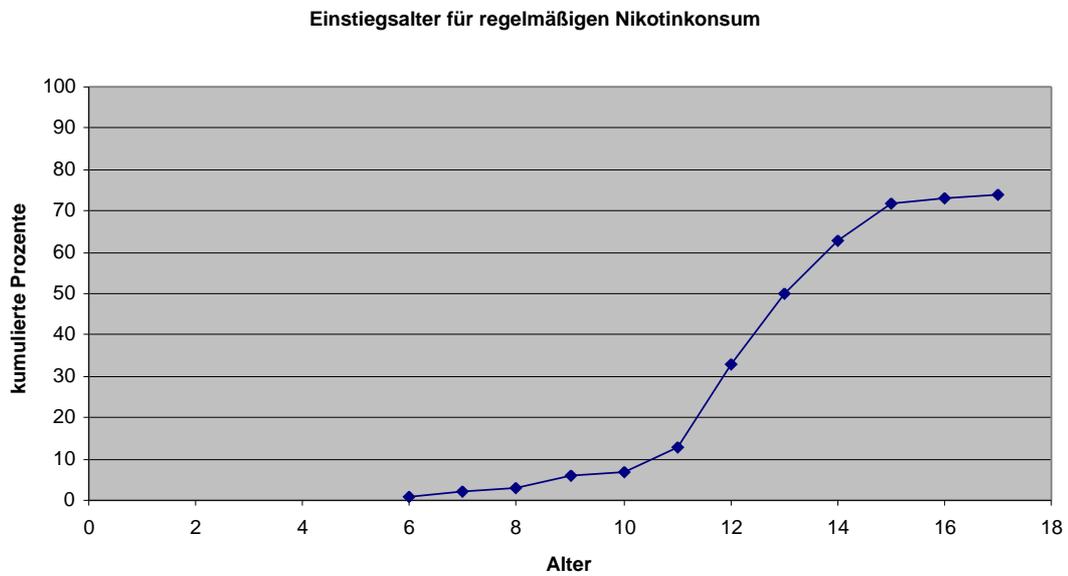
Jemals = zumindest einmal im Leben ein Nikotinprodukt konsumiert

Regelmäßig = jemals ein Nikotinprodukt täglich über einen Zeitraum von vier Wochen oder länger konsumiert

Bei den weiblichen Jugendlichen (95%) berichtet gegenüber den männlichen Jugendlichen (90%) ein größerer Anteil, jemals ein Nikotinprodukt konsumiert zu haben. Dagegen ergibt sich beim regelmäßigen Nikotinkonsum eine höhere Häufigkeit bei den männlichen Jugendlichen (84% vs. 69%), was sich ebenfalls in der 12-Monats-Prävalenz für regelmäßigen Nikotinkonsum widerspiegelt (81% bei den männlichen Jugendlichen vs. 59% bei den weiblichen Jugendlichen). Bei den männlichen Jugendlichen unterscheidet sich die Lebenszeitprävalenz für regelmäßigen Konsum (84%) nur geringfügig von der für mindestens einmaligem Konsum (90%). Bei den weiblichen Jugendlichen ist der Unterschied deutlich größer (69% vs. 95%), der Anteil der 14-17jährigen Mädchen, der einen regelmäßigen Konsum berichtet ist jedoch mit 69% ebenfalls sehr hoch. Bei allen Zahlen für Nikotinkonsum ergeben sich bei der Betrachtung des Geschlechtsunterschiedes keine statistisch signifikanten Werte.

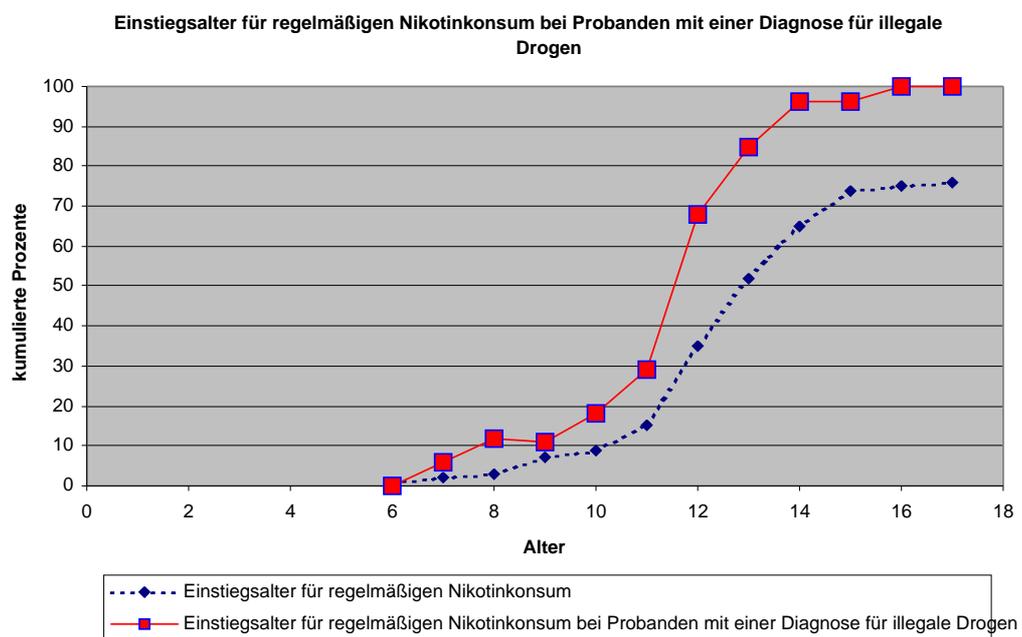
Betrachtet man wie das Einstiegsalter für regelmäßigen Nikotinkonsum (Diagramm 1) zeigt sich, dass die meisten Jugendlichen in unserer Stichprobe im Alter von 11 bis 14 Jahren mit einem regelmäßigen Nikotinkonsum beginnen. Erschreckend ist jedoch auch, dass knapp 10 Prozent der Jugendlichen vor dem zehnten Lebensjahr mit dem regelmäßigen Konsum beginnen.

Diagramm 1:



In Diagramm 2 ist zusätzlich der regelmäßigen Nikotinkonsum bei den Jugendlichen mit einer Diagnose für illegale Drogen dargestellt.

Diagramm 2:



In der Untergruppe der Jugendlichen mit einer Diagnose für illegale Drogen geben alle einen regelmäßigen Nikotinkonsum an. Zudem ist das Einstiegsalter für regelmäßigen Nikotinkonsum in dieser Gruppe früher als in der Gesamtgruppe. Knapp 20% beginnen bis zum zehnten Lebensjahr mit dem regelmäßigen Nikotinkonsum, bis zum 12. Lebensjahr sind es bereits 67%.

Hinsichtlich der Altersunterschiede fällt bei den Probanden mit einer Diagnose für illegale Drogen ein früheres Einstiegsalter für regelmäßigen Nikotinkonsum auf. Bis zum Alter von 10 Jahren ergibt sich zwischen den beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied. Für ein Einstiegsalter bis zum 12. Lebensjahr (RR: 2,1; X^2 , $p < 0,01$) sowie für ein Einstiegsalter bis zum 14. Lebensjahr (RR: 1,5; X^2 , $p < 0,01$) ergibt sich ein signifikanter Unterschied.

Dies bedeutet, dass das Einstiegsalter für regelmäßigen Nikotinkonsum bei Probanden mit einer Diagnose für illegale Drogen signifikant niedriger liegt als in der Gesamtgruppe.

4.2.2 Nikotinabhängigkeit

In der nächsten Tabelle sieht man die Lebenszeitprävalenzen für Nikotinabhängigkeit nach Geschlecht und Altersgruppen.

Tabelle 16: Lebenszeitprävalenz und 12-Monats-Prävalenz von Nikotinabhängigkeit nach Geschlecht und Alter (Angaben in Spaltenprozent)

Alter	Lebenszeitprävalenz (%)			12-Monats-Prävalenz (%)		
	Gesamt (n=70)	männlich (n=31)	weiblich (n=39)	Gesamt (n=70)	männlich (n=31)	weiblich (n=39)
14-15 Jahre (n=33)	49	47	50	49	47	50
16-17 Jahre (n=37)	51	38	62	46	38	52
Gesamt (n=70)	50	42	56	47	42	51

Sowohl in den Altersgruppen als auch bei beiden Geschlechtern erfüllen, mit geringen Differenzen in den Werten, ca. 50% der Befragten, d.h. jeder zweite, die Kriterien der DSM-IV für eine Nikotinabhängigkeit. Es erfüllen sogar etwas mehr weibliche Jugendliche (56%) als männliche Jugendliche (42%) diese Kriterien.

Für die 12-Monats-Prävalenz in der Gesamtgruppe ergibt sich ein Prozentsatz von 47%, der nahezu identisch ist mit der Lebenszeitprävalenz. Für die Untergruppen der männlichen Jugendlichen ergeben sich keine Unterschiede von Lebenszeit- zu 12-Monats-Prävalenz. Die Unterschiede bei den weiblichen Jugendlichen und der Gesamtgruppe der 16-17 Jährigen sind nur geringfügig, da nur zwei weibliche Jugendliche im Alter von 17 Jahren zu einem Zeitpunkt vor 12 Monaten die Kriterien für eine Nikotinabhängigkeit erfüllen, aber innerhalb der letzten 12 Monate nicht mehr. Bei den dargestellten Prozentzahlen ergeben sich keine statistisch signifikanten Werte für den Vergleich männliche vs. weibliche Jugendliche.

Vergleicht man die Lebenszeitprävalenzen in der Gesamtstichprobe und für regelmäßige Tabakkonsumenten (Lebenszeit) zeigt sich, dass sich die Prozentzahlen bei den männlichen Jugendlichen nur geringfügig unterscheiden, bei den weiblichen Jugendlichen dagegen bei den regelmäßigen Tabakkonsumenten deutlich mehr Probanden die Kriterien für eine Nikotinabhängigkeit erfüllen.

In Tabelle 17 ist die Lebenszeitprävalenz von Nikotinabhängigkeit bei regelmäßigen Tabakkonsumenten dargestellt.

Tabelle 17: Lebenszeitprävalenz von Nikotinabhängigkeit nach Geschlecht und Alter bei (n= 53) regelmäßigen Tabakkonsumenten (Angaben in Spaltenprozent)

Alter	Gesamt (n=53)	männlich (n=26)	weiblich (n=27)
14-15 Jahre (n=24)	67	58	75
16-17 Jahre (n=29)	66	36	93
Gesamt (n=53)	66	46	85

Für die Gesamtgruppe sowie für die Altersgruppe 16-17 Jahre ergibt sich für den Vergleich männliche vs. weibliche Jugendliche jeweils ein signifikanter Wert: Altersgruppe 16-17 Jahre (RR: 2,6; X^2 , $p < 0,001$), Gesamtgruppe (RR: 1,9; X^2 ,

$p < 0,005$). Das bedeutet, dass signifikant mehr Mädchen mit einem regelmäßigen Tabakkonsum die Kriterien für eine Nikotinabhängigkeit erfüllen als dies bei den männlichen Jugendlichen der Fall ist.

In der nächsten Tabelle soll daher die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Abhängigkeitskriterien dargestellt werden.

Tabelle 18: Verteilung der Kriterien für eine Nikotinabhängigkeit bei (n=53) regelmäßigen Nikotinkonsumenten (Angaben in Spaltenprozent)

	Gesamt (n=53)	männlich (n=26)	weiblich (n=27)
Toleranz*	57	42	70
Entzug	55	46	63
mehr/länger als beabsichtigt**	55	42	67
Einschränken ohne Erfolg	58	58	59
Aktivitäten aufgeben	15	8	22
Konsum trotz gesundheitlicher Probleme**	43	31	56
Konsum trotz psychischer Probleme	13	12	15

* $X^2, p < 0,05$

** $X^2, p < 0,1$

Insgesamt ist bei der Verteilung der Kriterien zu erkennen, dass die weiblichen Jugendlichen für alle Kriterien höhere Prozentzahlen erreichen. Von statistischer Relevanz sind dabei die Kriterien Toleranz (RR: 1,7; $p < 0,05$), mehr/länger als beabsichtigt (RR: 1,6; $X^2, p < 0,1$) und Konsum trotz gesundheitlicher Probleme (RR: 1,8; $X^2, p < 0,1$).

4.3 Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

4.3.1 Alkoholkonsum

In Tabelle 19 sind die Daten für Alkoholkonsum (Abstinenz, unregelmäßiger Konsum, regelmäßiger Konsum) dargestellt.

Tabelle 19: Alkoholkonsum (Angaben in Zeilenprozent): Abstinenz, unregelmäßiger Konsum, regelmäßiger Konsum

	Abstinenz	Unregelmäßiger Konsum	Regelmäßiger Konsum	
			gegenwärtig	nicht gegenwärtig
Gesamt (n=70)	4	33	44	7
männlich (n=31)	3	36	45	7
weiblich (n=39)	5	31	44	8
14-15 Jahre (n=33)	6	52	30	3
männlich (n=15)	7	53	27	0
weiblich (n=18)	6	50	33	6
16-17 Jahre (n=37)	3	16	57	11
männlich (n=16)	0	19	63	13
weiblich (n=21)	5	14	52	10

Abstinenz: niemals ein Glas Alkohol getrunken

Unregelmäßiger Konsum: weniger als 12 Mal Alkohol im Leben

Regelmäßiger Konsum: mehr als 12 Mal Alkohol in irgendeiner 12-Monats-Periode des Lebens

Nahezu jeder der Befragten gibt an in seinem Leben schon einmal ein Glas Alkohol getrunken zu haben (96%). Nur 4% der Jugendlichen (3% der männlichen und 5% der weiblichen) berichten, noch nie in ihrem Leben ein Glas Alkohol getrunken zu haben. Sogar in der Gruppe der 14-15 Jährigen sind nur 6% abstinent. In der Altersgruppe der 16-17 Jährigen sind nur noch 3% abstinent. Ein Drittel (33%) der Befragten berichtet einen unregelmäßigen Alkoholkonsum (weniger als 12 Mal Alkohol im Leben). In der Altersgruppe der 14-15 Jährigen sind noch 52% unregelmäßige Konsumenten. Diese

Zahl reduziert sich in der Altersgruppe der 16-17 Jährigen auf 16%. Gegenwärtiger regelmäßiger Konsum, d.h. mindestens 12 mal Alkohol innerhalb der letzten 12 Monate konsumiert, wurde in der Gesamtgruppe von 44% berichtet. 7% der Jugendlichen sind nicht mehr aktuelle Konsumenten, haben aber früher regelmäßig Alkohol getrunken. Bereits 30% der 14-15 Jährigen geben an, in den letzten 12 Monaten regelmäßig Alkohol konsumiert zu haben, diese Zahl steigt in der Gruppe der 16-17 Jährigen auf 57% an.

Die Geschlechtsunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen sind in allen Gruppen gering, insgesamt finden sich genauso viele regelmäßige Konsumenten bei den weiblichen Jugendlichen (44%) wie bei den männlichen Jugendlichen (45%).

In der folgenden Tabelle 20 ist die Frequenz und die Quantität des Alkoholkonsums bei regelmäßigen Konsumenten dargestellt.

Tabelle 20: Frequenz und Quantität (in Standard-Drinks) des Alkoholkonsums bei regelmäßigen Konsumenten nach Geschlecht und Alter (Angaben in Spaltenprozent) (12-Monats Periode mit der höchsten Quantität, egal ob gegenwärtig oder nicht)

	Gesamt (n=36)	Männlich (n=16)	Weiblich (n=20)	14-15 Jahre (n=11)	16-17 Jahre (n=25)
Frequenz des Alkoholkonsums					
1-3 mal im Monat	36	31	40	45	32
1-2 mal in der Woche	42	50	35	36	48
3-4 mal in der Woche	14	6	20	18	12
fast jeden Tag	8	13	5	0	8
Quantität des Konsums (SD)					
1 bis 2	8	0	15	0	12
3 bis 4	14	13	15	36	4
5 bis 6	22	6	35	18	24
7 bis 9	6	0	10	9	4
10 und mehr	50	81*	25	36	56

* RR: 3,2; X², p<0,001

Für die Frequenz sowie die Quantität des Alkoholkonsums bei regelmäßigen Konsumenten ergeben sich bereits in der Gruppe der 14-15 Jährigen sehr hohe Werte, die in der Altersgruppe der 16-17 Jährigen noch ansteigen. Der größte Teil der Jugendlichen mit regelmäßigem Alkoholkonsum (N=36, 51%) trinkt etwa 1-2 mal in der Woche Alkohol. Immerhin 6% konsumieren fast täglich Alkohol. Die Trinkmenge, die üblicherweise an einem Tag konsumiert wird, ist in Standard-Drinks angegeben. Ein Drink entspricht etwa 9 Gramm Alkohol, d.h. etwa der Menge von 0,1 Liter Wein oder 0,2 Liter Bier. Die Kategorie „10 und mehr“ ist mit 50% erschreckend hoch und am häufigsten, weitere 22% geben „5-6“ Drinks an. Dabei zeigt sich, dass die männlichen Jugendlichen quantitativ deutlich mehr konsumieren als die weiblichen Jugendlichen. In die Kategorie 10 und mehr SD fallen bei den männlichen Jugendlichen 81% gegenüber 25% bei den weiblichen Jugendlichen.

Hinsichtlich der Frequenz des Konsums ergeben sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede. Bei der Quantität des Konsums ergibt sich für die Kategorie 10 und mehr ein signifikanter Geschlechtsunterschied (RR: 3,2; X^2 , $p < 0,001$).

4.3.2 Alkoholmissbrauch- und abhängigkeit

In Tabelle 21 sind die Lebenszeitprävalenzen für Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit dargestellt.

Tabelle 21: Lebenszeitprävalenz von Alkoholmissbrauch und - abhängigkeit nach Geschlecht und Alter (Angaben in Spaltenprozent)

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppe	
		männlich	weiblich	14-15 Jahre	16-17 Jahre
Diagnose*	(n=70)	(n=31)	(n=39)	(n=33)	(n=37)
Nur Missbrauch (%)	16	23	10	12	19
Abhängigkeit (%)	13	10	15	3	22

* = Häufigkeiten von Missbrauch für die Fälle, die keine Abhängigkeitsdiagnose in derselben Substanzklasse haben.

Die Lebenszeitprävalenz für eine DSM-IV Diagnose für Alkohol liegt in der Gesamtstichprobe bei 29%. Bei den männlichen Jugendlichen erfüllen 33% die Kriterien für eine Diagnose, bei den weiblichen Jugendlichen sind es 25%. In der Altersgruppe der 14-15 Jährigen erfüllen 15% die Kriterien für eine Diagnose, bei den 16-17 Jährigen sind es 41%.

Alkoholmissbrauch ohne Abhängigkeit (16%) ist häufiger als Alkoholabhängigkeit (13%). Bei den weiblichen Jugendlichen zeigt sich ein anderes Bild, da hier 15% die DSM-IV Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit erfüllen versus 10% mit einer Diagnose für Alkoholmissbrauch ohne Abhängigkeit. Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Altersgruppe der 16-17 Jährigen mit 22% vs. 19% für Alkoholabhängigkeit versus Alkoholmissbrauch ohne Abhängigkeit.

Männliche Jugendliche haben häufiger als weibliche Jugendliche eine Alkoholmissbrauchsdiagnose (23% vs. 10%), wohingegen die weiblichen Jugendlichen häufiger als die männlichen Jugendlichen die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit erfüllen (15% vs. 10%). Hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede ergeben sich keine signifikanten Werte.

Bereits 3% der 14-15 Jährigen erfüllen die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit, mit einem starken Anstieg auf 22% in der Gruppe der 16-17 Jährigen. Bei Missbrauch variieren die Werte in den Altersgruppen von 12% bis 19%.

In der folgenden Tabelle (Tabelle 22) sind die Lebenszeitprävalenzen und 12-Monats-Prävalenzen für DSM-IV Alkoholdiagnosen dargestellt, unterschieden nach Geschlecht und Altersgruppen.

Tabelle 22: Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit (Angaben in Spaltenprozent)

1) Lebenszeit				
	Missbrauch*		Abhängigkeit	
	männlich (n=31)	weiblich (n=39)	männlich (n=31)	weiblich (n=39)
Gesamt (n=70)	23	10	10	15
14-15 (n=33)	13	11	0	6
16-17 (n=37)	31	10	19	24
2) 12-Monate				
	Missbrauch*		Abhängigkeit	
	männlich (n=31)	weiblich (n=39)	männlich (n=31)	weiblich (n=39)
Gesamt (n=70)	16	5	6	13
14-15 (n=33)	7	11	0	6
16-17 (n=37)	25	0	13	19

* = Häufigkeiten von Missbrauch für die Fälle, die keine Abhängigkeitsdiagnose in derselben Substanzklasse haben.

In den folgenden beiden Tabellen (Tabelle 23 und Tabelle 24) sind die Häufigkeiten der genannten Kriterien bei Jugendlichen, welche die Diagnose eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit erfüllen, dargestellt.

Tabelle 23: Verteilung der Kriterien bei Jugendlichen mit der Diagnose Alkoholmissbrauch (Angaben in Spaltenprozent)

	Gesamt (n=11)
(1) Fortgesetzter Gebrauch trotz sozialer Folgen	73
(2) Gebrauch mit körperlicher Gefährdung	64
(3) mehrfach rechtliche Probleme	55
(4) erhebliche Probleme zu Hause, in der Schule	18

(1) – (4): Nummerierung vgl. DSM-IV

Tabelle 24: Verteilung der Kriterien bei Jugendlichen mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit (Angaben in Spaltenprozent)

	Gesamt (n=9)
(5) hoher Zeitaufwand	78
(4) Einschränken ohne Erfolg	67
(1) Toleranz	67
(2) Entzug	56
(3) mehr/länger als beabsichtigt (Kontrollverlust)	56
(6) Aktivitäten aufgeben	33
(7) Konsum trotz gesundheitlicher oder psychischer Probleme	33
Starkes Verlangen	33

(1) – (7): Nummerierung vgl. DSM-IV

Bei Missbrauch sind die am häufigsten erstgenannten Kriterien der fortgesetzte Gebrauch trotz sozialer Folgen und ein Gebrauch mit körperlicher Gefährdung. Bei der Abhängigkeit sind dies ein hoher Zeitaufwand in Verbindung mit der Besorgung und der Einnahme von Alkohol, Einschränken ohne Erfolg sowie eine Toleranzentwicklung. 56% berichten bereits von Symptomen eines Entzugssyndroms. Toleranzentwicklung und Entzugssymptome gelten als Kriterien für eine körperliche Abhängigkeit.

Insgesamt betrachtet werden bei den Jugendlichen alle DSM-IV Kriterien, in unterschiedlicher Verteilung, erfüllt.

4.4 Konsum und Störungen durch illegale Drogen und psychotrope Medikamente

4.4.1 Konsum illegaler Drogen

In der folgenden Tabelle (Tabelle 25) sind die Lebenszeitprävalenzen des Konsums illegaler Drogen nach den verschiedenen Substanzen und nach der Gebrauchsfrequenz für die Gesamtgruppe und für das männliche und weibliche Geschlecht dargestellt.

Tabelle 25: Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs nach Substanzen, Frequenz des Gebrauchs und Geschlecht (Angaben in Spaltenprozent)

Substanz	Gebrauchsfrequenz	Gesamt (n=70)	männlich (n=31)	weiblich (n=39)
Irgendeine illegale Droge	Nur einmal	7	7	8
	2-4 mal	14	19	10
	5 mal oder mehr	40	42	38
	Gesamt	61	68	56
Cannabis	Nur einmal	7	6	8
	2-4 mal	17	23	13
	5 mal oder mehr	36	39	33
	Gesamt	60	68	54
Stimulantien	Nur einmal	6	7	5
	2-4 mal	3	6	0
	5 mal oder mehr	11	10	13
	Gesamt	20	23	18
Opiate	Nur einmal	1	3	0
	2-4 mal	3	0	5
	5 mal oder mehr	7	7	8
	Gesamt	11	10	13
Kokain	Nur einmal	6	7	5
	2-4 mal	3	0	5
	5 mal oder mehr	10	7	13
	Gesamt	19	13	23
PCP	Nur einmal	0	0	0
	2-4 mal	0	0	0
	5 mal oder mehr	3	3	3
	Gesamt	3	3	3
Halluzinogene	Nur einmal	6	7	5
	2-4 mal	6	3	8
	5 mal oder mehr	14	13	15
	Gesamt	26	23	28
Schnüffelstoffe	Nur einmal	1	0	3
	2-4 mal	3	3	3
	5 mal oder mehr	7	10	5
	Gesamt	11	13	11

61% der befragten Jugendlichen geben an zumindest einmal in ihrem Leben eine illegale Substanz konsumiert zu haben, wobei 14% einen gelegentlichen (2-4 mal) Konsum und 40% einen regelmäßigen Konsum (5+) angeben. Es zeigt sich bei den männlichen Jugendlichen ein leicht höherer Wert (68%) als bei den weiblichen Jugendlichen (56%).

Cannabis dominiert das Bild klar mit 60% der Befragten, die zumindest einmal in ihrem Leben diese Droge konsumiert haben, davon 7% einmaliger Konsum, 17% gelegentlicher Konsum und 36% regelmäßiger Konsum. Die beiden weiteren am häufigsten konsumierten Drogen sind Halluzinogene (26%) und Stimulantien, entweder vom Amphetamintyp (20%) oder vom Kokaintyp (19%). Opiatgebrauch wird von 11% berichtet. Konsum von Schnüffelstoffen wird ebenfalls von 11% angegeben.

Bei Cannabis, Stimulantien und Schnüffelstoffen ergeben sich höhere Prozentwerte für die männlichen Jugendlichen, nämlich für Cannabis 68% vs. 54%, für Stimulantien 23% vs. 18% und für Schnüffelstoffe 13% vs. 10%. Dagegen ergeben sich bei Opiaten, Kokain und Halluzinogenen höhere Prozentwerte für die weiblichen Jugendlichen, nämlich für Opiate 13% vs. 10%, für Kokain 23% vs. 13% und für Halluzinogene 28% vs. 23%. Es ergeben sich keine statistisch signifikanten Geschlechtsunterschiede.

Hinsichtlich der Altersgruppen werden in der Gruppe der 16-17 Jährigen mehr Drogen konsumiert als in der Gruppe der 14-15 Jährigen (Tabelle 26). Insgesamt berichten in der Gruppe der 14-15 Jährigen 52% zumindest einmal im Leben eine illegale Droge konsumiert zu haben, dieser Wert steigt in der Gruppe der 16-17 Jährigen auf 70% an. Regelmäßiger Konsum wird in der Gruppe der 14-15 Jährigen bereits von 33% berichtet, in der Gruppe der 16-17 Jährigen geben 46% einen regelmäßigen Konsum illegaler Drogen an.

Bereits 49% der 14-15 Jährigen berichten von einem zumindest einmaligen Cannabiskonsum, bei den 16-17 Jährigen sind dies bereits 2/3 (70%) der Befragten. Bei den 14-15 Jährigen sind die am zweithäufigsten konsumierten illegalen Drogen Halluzinogene (21%). Für die Halluzinogene ist der Unterschied zu den 16-17 Jährigen am geringsten (21% vs. 30%). Bei den 16-17 Jährigen ist die am zweithäufigsten konsumierte illegale Droge Kokain (32%), gefolgt von Halluzinogenen (30%) und Stimulantien (27% vs. 12% bei den 14-15 Jährigen). Opiatkonsum geben in dieser Gruppe 22% an (vs. 0% bei den 14-15 Jährigen), Konsum von Schnüffelstoffen berichteten 19% (vs. 3% bei den 14-15 Jährigen).

Tabelle 26: Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs nach Substanzen, Frequenz des Gebrauchs und Alter (Angaben in Spaltenprozent)

Substanz	Gebrauchsfrequenz	Gesamt (n=70)	14-15 Jahre (n=33)	16-17 Jahre (n=37)
Irgendeine illegale Droge	Nur einmal	7	6	8
	2-4 mal	14	12	16
	5 mal oder mehr	40	33	46
	Gesamt	61	52	70
Cannabis	Nur einmal	7	3	11
	2-4 mal	17	18	16
	5 mal oder mehr	36	27	43
	Gesamt	60	49	70
Stimulantien	Nur einmal	6	9	3
	2-4 mal	3	0	5
	5 mal oder mehr	11	3	19
	Gesamt	20	12	27
Opiate	Nur einmal	1	0	3
	2-4 mal	3	0	5
	5 mal oder mehr	7	0	14
	Gesamt	11	0	22
Kokain	Nur einmal	6	0	11
	2-4 mal	3	0	5
	5 mal oder mehr	10	3	16
	Gesamt	19	3	32
PCP	Nur einmal	0	0	0
	2-4 mal	0	0	0
	5 mal oder mehr	3	0	5
	Gesamt	3	0	5
Halluzinogene	Nur einmal	6	12	0
	2-4 mal	6	6	5
	5 mal oder mehr	14	3	24
	Gesamt	26	21	30
Schnüffelstoffe	Nur einmal	1	0	3
	2-4 mal	3	0	5
	5 mal oder mehr	7	3	11
	Gesamt	11	3	19

In Tabelle 27 betrachten wir die unterschiedlichen Konsumfrequenzen bei regelmäßigen Konsumenten illegaler Drogen, um eine Aussage über die Intensität des regelmäßigen Konsums zu treffen.

Tabelle 27: Konsumfrequenz bei regelmäßigen Drogenkonsumenten (Angaben in Zeilenprozent)

illegale Droge	Konsumfrequenz	
	heavy use	considerable use
Cannabis (n=25)	80	20
Stimulantien (n=9)	56	44
Opiate (n=7)	71	29
Kokain (n=7)	14	86
PCP (n=2)	0	100
Halluzinogene (n=10)	30	70
Schnüffelstoffe (n=5)	20	80

Wie in der Early Developmental Stages of Psychopathology Study wird unterschieden zwischen „heavy users“ (starke Konsumenten) und „considerable users“ (moderate Konsumenten). „Heavy use“ ist definiert als ein mindestens dreimaliger Konsum in der Woche, „considerable use“ ist definiert durch einen höchstens zweimaligen Konsum pro Woche.

Es finden sich deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Substanzgruppen. Vor allem in der Gruppe der Cannabiskonsumenten finden sich sogenannte „heavy users“. Betrachtet man diese Untergruppe noch genauer, zeigt sich, dass 52% (jeder Zweite) der regelmäßigen Cannabiskonsumenten sogar einen täglichen Cannabiskonsum angeben, bezogen jeweils auf die Periode im Leben, in der am meisten konsumiert wurde. Dies entspricht bezogen auf die Gesamtstichprobe einer Prozentzahl von 19%, das heißt jeder fünfte aller befragten Probanden konsumiert täglich Cannabis.

In der Gruppe der Opiate und der Stimulantien überwiegt ebenfalls die Kategorie „heavy use“, während bei den anderen illegalen Drogen (Kokain, PCP, Halluzinogene, Schnüffelstoffe) die Kategorie „considerable use“ überwiegt.

Betrachtet man die Prävalenz des Konsums einer illegalen Substanz und des Konsums mehrerer illegaler Substanzen nach der Frequenz des Konsums ergibt sich das in Tabelle 28 dargestellte Bild.

Tabelle 28: Lebenszeitprävalenz der Frequenz von multiplem Drogengebrauch
(Angaben in Spaltenprozent)

	Gesamt (n=70)	männlich (n=31)	weiblich (n=39)	14-15 Jahre (n=33)	16-17 Jahre (n=37)
Irgendein Gebrauch					
einmalig	7	7	8	6	8
2-4 mal	14	19	10	12	16
5+	40	42	38	33	46
Eine Substanz					
einmalig	7	7	8	6	8
2-4 mal	14	19	10	12	16
5+	10	16	5	12	8
Zwei Substanzen					
einmalig	0	0	0	0	0
2-4 mal	0	0	0	0	0
5+	9	7	10	12	5
Drei Substanzen					
einmalig	0	0	0	0	0
2-4 mal	0	0	0	0	0
5+	3	0	5	3	3
Vier oder mehr Substanzen					
einmalig	0	0	0	0	0
2-4 mal	0	0	0	0	0
5+	18	19	18	6	30

Bei den Konsumenten nur einer illegalen Substanz sind deutlich mehr Jugendliche mit Probierverhalten (einmaliger bzw. 2-4maliger Konsum) als regelmäßige (5+) Konsumenten anzutreffen (21% mit Probierverhalten vs. 10% regelmäßige Konsumenten).

Bei den regelmäßigen Konsumenten nur einer illegalen Substanz (10%) handelte es sich ausschließlich um Cannabiskonsumenten.

Ab einem Konsum von zwei verschiedenen Substanzen geben alle Befragten einen regelmäßigen Konsum der Substanzen an.

Von der Gesamtzahl von 40% regelmäßigen Lebenszeitkonsumenten geben 75% den Konsum von zwei oder mehr Substanzen an, mit 9% die zwei Substanzen konsumieren, 3% mit drei Substanzen und 18% mit vier oder mehr Substanzen.

4.4.2 Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen

Auf der Grundlage der DSM-IV Kriterien erfüllen 26% der Befragten die Kriterien für eine Diagnose bezüglich illegaler Substanzen, davon weisen 9% ausschließlich Missbrauchsdiagnosen (d.h. ohne Abhängigkeitsdiagnosen irgendeiner illegalen Substanz) und 17% Abhängigkeitsdiagnosen auf. Unterschieden nach den einzelnen illegalen Substanzen, ergibt sich das in Tabelle 29 dargestellte Bild.

Tabelle 29: Lebenszeitprävalenz der Störungen durch illegale Substanzen in der Gesamtgruppe sowie nach Geschlecht und Alter (Angaben in Spaltenprozent)

Substanzen	Diagnose*	Gesamt (n=70)	Lebenszeitprävalenz/ Geschlecht		Lebenszeitprävalenz/ Alter	
			männlich (n=31)	weiblich (n=39)	14-15 Jahre (n=33)	16-17Jahre (n=37)
Cannabis	Missbrauch	7	13	3	9	5
	Abhängigkeit	10	13	8	6	14
Stimulantien	Missbrauch	1	0	3	0	3
	Abhängigkeit	1	3	0	0	3
Opiate	Missbrauch	1	3	0	0	3
	Abhängigkeit	4	0	8	0	8
Kokain	Missbrauch	0	0	0	0	0
	Abhängigkeit	3	3	3	0	5
PCP	Missbrauch	0	0	0	0	0
	Abhängigkeit	0	0	0	0	0
Halluzinogene	Missbrauch	4	3	5	0	8
	Abhängigkeit	4	3	5	0	8
Schnüffelstoffe	Missbrauch	3	3	3	0	5
	Abhängigkeit	0	0	0	0	0

* = Häufigkeiten von Missbrauch für die Fälle, die keine Abhängigkeitsdiagnose in derselben Substanzklasse haben

Cannabismissbrauch (7%) und –abhängigkeit (10%) sind mit insgesamt 17% am häufigsten, gefolgt von Halluzinogenmissbrauch (4%) und –abhängigkeit (4%), Opiatmissbrauch (1%) und –abhängigkeit (4%), Kokainabhängigkeit (3%), Missbrauch von Schnüffelstoffen (3%) sowie Stimulantienmissbrauch (1%) und –abhängigkeit (1%). Für Cannabis zeigt sich eine höhere Rate von Diagnosen bei den männlichen Jugendlichen gegenüber den weiblichen Jugendlichen (13% vs. 3% für Missbrauch, 13% vs. 8% für Abhängigkeit). Bei den anderen Diagnosen sind die Zahlen ausgeglichen, für Opiatabhängigkeit ergibt sich jedoch ein deutlich höherer Wert bei den weiblichen Jugendlichen (8% vs. 0%). Wie bei den Gebrauchsraten sind die Lebenszeitprävalenzraten in der Altersgruppe der 16-17 Jährigen höher. Jedoch erhalten bei den 14-15 Jährigen bereits 9% eine Diagnose bezüglich Cannabismissbrauch und 6% für Cannabisabhängigkeit. In den weiteren Substanzklassen ergeben sich in dieser Altersgruppe keine Diagnosen.

Es finden sich für alle Diagnosen bei illegalen Substanzen keine statistisch signifikanten Geschlechtsunterschiede.

4.4.3 Konsum von psychotropen Medikamenten

In Tabelle 30 ist der Konsum psychotroper Medikamente auf eigene Verantwortung nach Alter und Geschlecht dargestellt.

Tabelle 30: Jemals irgendwelche psychotropen Medikamente auf eigene Verantwortung eingenommen (Angaben in Spaltenprozent)

	Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs (%)		
	Gesamt (n=70)	männlich (n=31)	weiblich (n=39)
14-17 Jahre (n=70)	20	23	18
14-15 Jahre (n=33)	15	13	17
16-17 Jahre (n=37)	24	31	19

In der Gesamtstichprobe geben 20% an zumindest einmal ein psychotropes Medikament auf eigene Verantwortung konsumiert zu haben, wobei die männlichen Jugendlichen

geringfügig öfter einen Konsum berichten als die weiblichen Jugendlichen (23% vs. 18%). In der Altersgruppe der 14-15 Jährigen berichten mehr weibliche Jugendliche von einem Konsum (17% vs. 13%), in der Altersgruppe der 16-17 Jährigen deutlich mehr männliche Jugendliche (31% vs. 19%). Die Geschlechtsunterschiede sind nicht statistisch signifikant. Bei den Altersgruppen ergibt sich auch für den Konsum psychotroper Medikamente ein höherer Prozentwert bei der Altersgruppe der 16-17 Jährigen gegenüber den 14-15 Jährigen (24% vs. 15%).

Im M-CIDI werden die Medikamentengruppen der Opiate, Sedativa und Stimulantien erfragt. Stellt man den Gebrauch der einzelnen Substanzen nach Frequenz des Konsums dar, ergeben sich die in Tabelle 31 dargestellten Werte.

Tabelle 31: Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs psychotroper Medikamente nach Substanzen, Frequenz des Gebrauchs und Geschlecht (Angaben in Spaltenprozent)

	Gesamt (n=70)	männlich (n=31)	weiblich (n=39)	14-15 Jahre (n=33)	16-17 Jahre (n=37)
Opiate					
Nur einmal	3	3	3	3	3
2-4 mal	1	0	3	0	3
5 mal oder mehr	6	7	5	0	11
Gesamt	10	10	11	3	17
Sedativa					
Nur einmal	1	3	0	0	3
2-4 mal	3	3	3	3	3
5 mal oder mehr	7	3	10	6	8
Gesamt	11	9	13	9	14
Stimulantien					
Nur einmal	0	0	0	0	0
2-4 mal	4	3	5	6	3
5 mal oder mehr	1	3	0	0	3
Gesamt	5	6	5	6	6

Dabei findet sich in der Gesamtgruppe der meiste Konsum bei Sedativa mit 11%, gefolgt von Opiaten mit 10% und Stimulantien mit 5%. Es ergeben sich für die einzelnen Substanzengruppen keine deutlichen Geschlechtsunterschiede, nur bei den

Sedativa berichten die weiblichen Jugendlichen über einen etwas häufigeren Konsum als die männlichen Jugendlichen (13% vs. 9%).

Bei den Altersgruppen steigt der Konsum von den 14-15 Jährigen zu den 16-17 Jährigen am deutlichsten in der Gruppe der Opiate (3% vs. 17%), gefolgt von den Sedativa (9% vs. 14%). In der Gruppe der Stimulantien zeigt sich kein prozentualer Unterschied für zumindest einmaligen Gebrauch (6% in beiden Altersgruppen). Betrachtet man jedoch die Frequenz des Konsums genauer, zeigt sich in der Altersgruppe der 14-15 Jährigen, dass es sich bei allen Konsumenten um Probierer (1-4maliger Gebrauch) handelt, bei der Altersgruppe der 16-17 Jährigen dagegen die Hälfte schon mehr als 5mal auf eigene Verantwortung Stimulantien konsumiert hat.

4.5 Substanzkombinationen

4.5.1 Alkohol und illegale Drogen

Betrachtet man, wie häufig bei Diagnosen Substanzkombinationen auftreten, ergibt sich das in Tabelle 32 dargestellte Bild.

Tabelle 32: Substanzkombinationen bei Diagnosen für Alkohol und illegale Drogen
(Angaben in Spaltenprozent)

Substanzkombination	Gesamt	männlich	weiblich	14-15	16-17
	(n=70)	(n= 31)	(n=39)	(n=33)	(n=37)
Alkohol	11	16	8	12	11
Cannabis	6	6	5	12	0
Diverse illegale Drogen	3	3	3	0	5
Alkohol & Cannabis	7	13	3	3	11
Alkohol & Opiate	3	0	5	0	5
Alkohol & Kokain	1	0	3	0	3
Alkohol & diverse illegale Drogen	6	3	8	0	11

Betrachtet man die Diagnosen für Missbrauch und Abhängigkeit ergibt sich unter Einbeziehung von Alkohol und illegalen Drogen eine Lebenszeitprävalenz von 37%

(n=26). Die meisten Störungen werden durch Alkohol (11%), Cannabis (6%) und die Kombination von Alkohol und Cannabis (7%) verursacht.

Diagnosen für sich alleine finden sich nur bei Alkohol und Cannabis. Alle anderen Diagnosen für illegale Drogen treten in Kombination mit anderen illegalen Drogen oder Alkohol auf.

Die Kriterien für mehr als 2 Diagnosen erfüllen dabei 20% (n=14) der Befragten, wobei 17% (n=12) eine Diagnose für Alkohol in Kombination mit einer oder mehreren illegale Drogen haben und nur 3% mehr als 2 Diagnosen für illegale Drogen haben ohne eine gleichzeitig bestehende Diagnose für Alkohol. Das heißt, wenn die Kriterien für mehrere Störungen durch verschiedene Substanzen erfüllt werden, so ist in 86% der Fälle gleichzeitig eine alkoholbedingte Störung vorhanden.

Die Geschlechtsunterschiede für Substanzkombinationen sind nicht statistisch signifikant.

4.5.2 Nikotin, Alkohol und illegale Drogen

Berücksichtigt man zusätzlich die Diagnosen für eine Nikotinabhängigkeit, ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz von 59% (n=41) für substanzbedingte Störungen.

Betrachten wir nun Diagnosen für Nikotin in Kombination mit Diagnosen für Alkohol und/oder illegale Drogen ergibt sich folgendes Bild (Tabelle 33). Eine Nikotinabhängigkeit alleine liegt bei 21% der Befragten vor, in Verbindung mit Alkohol und/oder illegalen Drogen erfüllen 29% der Befragten die Kriterien für eine Nikotinabhängigkeit.

Tabelle 33: Substanzkombinationen bei Nikotinabhängigkeit (Angaben in Spaltenprozent)

Substanzkombination	Gesamt	männlich	weiblich	14-15	16-17
	(n=70)	(n= 31)	(n=39)	(n=33)	(n=37)
Nikotin	21	16	26	24	19
Nikotin & Alkohol	9	10	8	12	5
Nikotin & illegale Drogen	7	6	8	9	5
Nikotin & Alkohol & illegale Drogen	13	10	15	3	22

Betrachten wir die Gruppe der Patienten mit bzw. ohne einer Diagnose für eine alkoholbedingte Störung und/oder einer Diagnose für illegale Drogen, ergeben sich die in Tabelle 34 dargestellten Werte.

Tabelle 34: Nikotinabhängigkeit mit/ohne andere Substanzstörungen (Angaben in Spaltenprozent)

	Keine Diagnose für Alkohol und/oder illegale Drogen (n=44)	Diagnose für Alkohol und/oder illegale Drogen (n=26)
Nikotinabhängigkeit	34	77*

* RR: 2,3; X², p<0,001

Von den Probanden mit einer Diagnose für Alkohol und/oder eine illegale Droge erfüllen 77% die Kriterien für eine Nikotinabhängigkeit. Bei den Probanden, die keine Diagnose für Alkohol oder illegale Drogen haben (n=44) erfüllen „nur“ 34% die Kriterien für eine Nikotinabhängigkeit. Das heißt in Verbindung mit einer anderen Substanzstörung (Alkohol und / oder illegale Drogen) erfüllen mehr als doppelt so viele der Befragten die Kriterien für eine Nikotinabhängigkeit. Probanden mit einer Diagnose für Alkohol und / oder illegale Drogen haben somit ein statistisch signifikant erhöhtes Risiko für das gleichzeitige Vorhandensein einer Nikotinabhängigkeit (RR: 2,3; X², p<0,001).

Unterteilen wir die Gruppe „Diagnose für Alkohol und/oder illegale Drogen“ findet sich das in Tabelle 35 dargestellte Bild.

Tabelle 35: Nikotinabhängigkeit in Verbindung mit anderen Substanzstörungen
(Angaben in Spaltenprozent)

	Diagnosen für Alkohol (n=8)	Diagnosen für illegale Drogen (n=6)	Diagnosen für Alkohol und illegale Drogen (n=12)
Nikotinabhängigkeit	75	83	75

Bei einer alleinigen Diagnose für Alkohol findet sich eine Nikotinabhängigkeit bei 75%, bei einer alleinigen Diagnose für illegale Drogen bei 83% und bei Patienten mit einer alkoholbedingten Störung in Kombination mit einer Diagnose für illegale Drogen bei 75%.

4.6 Ergebnisse bezogen auf soziodemographische Daten

4.6.1 Wohnsituation

Betrachtet man die Wohnsituation unserer Stichprobe zeigt sich, dass noch 33% (n=23) mit ihren leiblichen Eltern leben, 29% (n=20) mit nur einem Elternteil (24% mit der Mutter, 4% mit ihrem Vater), 9% (n=6) mit der leiblichen Mutter und Stiefvater sowie 29% (n=20) in einer anderen Wohnsituation leben. Unter anderer Wohnsituation verbirgt sich zum Großteil mit 24% (n=17) der Gesamtstichprobe eine Jugendhilfemaßnahme in Form einer Heimunterbringung. Eine Probandin (n=1) lebt alleine in einer eigenen Wohnung.

In den Berechnungen wurden wegen der Höhe der Probandenzahlen nur die drei Untergruppen „mit beiden Elternteilen“, „mit einem Elternteil“ und „Jugendhilfemaßnahme“ gebildet.

4.6.1.1 Wohnsituation und Nikotinkonsum

Betrachtet man den Nikotinkonsum nach der jeweiligen Wohnsituation für die drei ausgewählten Gruppen (n=60), ergibt sich für den jemaligen Nikotinkonsum kein Unterschied. Allein für den regelmäßigen Nikotinkonsum findet sich bei den Jugendhilfemaßnahmen mit 88% gegenüber den anderen Wohnsituationen ein höherer Wert, der jedoch nicht signifikant ist.

Tabelle 36: Nikotinkonsum nach Wohnsituation: jemals und regelmäßig (Angaben in Zeilenprozent)

Wohnsituation	Nikotinkonsum		
	jemals Nikotin konsumiert	Regelmäßig Nikotin konsumiert (Lebenszeit)	Regelmäßig Nikotin konsumiert (in den letzten 12 Monaten)
mit beiden Elternteilen (n=23)	91	70	65
mit einem Elternteil (n=20)	90	65	65
Jugendhilfemaßnahme (n=17)	94	88	67

Nikotin = Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Schnupf- oder Kautabak

Jemals = zumindest einmal im Leben ein Nikotinprodukt konsumiert

Regelmäßig = jemals ein Nikotinprodukt täglich über einen Zeitraum von vier Wochen oder länger konsumiert.

4.6.1.2 Wohnsituation und Alkoholkonsum

Hinsichtlich des Alkoholkonsums ergeben sich sowohl für Abstinenz als auch für unregelmäßigen sowie für regelmäßigen Konsum für die einzelnen Untergruppen keine signifikanten Unterschiede.

Interessant ist jedoch, dass es in der Gruppe der Jugendlichen in einer Jugendhilfemaßnahme keinen Jugendlichen mit einer Abstinenz gibt und sich dort auch die höchste Prozentzahl der Jugendlichen mit einem regelmäßigen Alkoholkonsum findet (53% vs. 45% vs. 39%).

Tabelle 37: Alkoholkonsum nach Wohnsituation (Angaben in Zeilenprozent):
Abstinenz, unregelmäßiger Konsum, regelmäßiger Konsum

Wohnsituation	Abstinenz	Unregelmäßiger Konsum	Regelmäßiger Konsum	
			gegenwärtig	nicht gegenwärtig
mit beiden Elternteilen (n=23)	9	44	39	4
mit einem Elternteil (n=20)	5	25	45	5
Jugendhilfemaßnahme (n=17)	0	24	53	6

Abstinenz: niemals ein Glas Alkohol getrunken

Unregelmäßiger Konsum: weniger als 12 Mal Alkohol im Leben

Regelmäßiger Konsum: mehr als 12 Mal Alkohol in irgendeiner 12-Monats-Periode des Lebens

4.6.1.3 Wohnsituation und Konsum illegaler Drogen

Bei den illegalen Drogen zeigt sich für den ehemaligen Konsum einer illegalen Substanz die höchste Prozentzahl bei den Jugendhilfemaßnahmen (71% vs. 55% vs. 57%). Dieser Wert ist nicht signifikant. Für die Kategorie der Gebrauchsfrequenz 5mal oder mehr ergibt sich jedoch ein signifikanter Wert für den Vergleich beide Elternteile und Jugendhilfe (RR: 2,7; X^2 , $p < 0,025$). Die Jugendlichen die noch bei beiden Elternteilen leben zeigen vornehmlich Probierverhalten, in den beiden anderen Gruppen überwiegt der regelmäßige Konsum. Betrachtet man die einzelnen Substanzen zeigt sich in allen drei Gruppen, dass Cannabis die am meisten konsumierte illegale Droge darstellt. In der Gruppe der Jugendlichen, die noch bei beiden Elternteilen leben, überwiegt für Cannabis das Probierverhalten. Bei den Jugendlichen, die bei einem Elternteil leben oder in einer Jugendhilfemaßnahme, überwiegt dagegen der regelmäßige Konsum. Für den Vergleich beide Elternteile und Jugendhilfe ergibt sich für Cannabis ein statistisch signifikanter Wert (RR: 3,1; X^2 , $p < 0,025$). Der Vergleich zwischen beiden Elternteilen und einem Elternteil ergibt keinen signifikanten Wert.

Bei den anderen illegalen Drogen zeigen die Jugendlichen, die noch bei beiden Elternteilen leben vereinzelt Probierverhalten, es kommt jedoch kein regelmäßiger Konsum vor. Abgesehen von Cannabis zeigen bei den anderen illegalen Drogen sowohl Jugendliche mit einem Elternteil als auch Jugendliche in einer Jugendhilfemaßnahme ein signifikant ausgeprägteres Konsumverhalten als die Jugendlichen, die noch bei

beiden Elternteilen leben. Zwischen den Jugendlichen, die bei einem Elternteil leben und den Jugendlichen in einer Jugendhilfemaßnahme ergeben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Tabelle 38: Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs nach Substanzen, Frequenz des Gebrauchs und Wohnsituation (Angaben in Spaltenprozent)

Substanz	Gebrauchsfrequenz	Beide Elternteile (n=23)	Ein Elternteil (n=20)	Jugendhilfe (n=17)
Irgendeine illegale Droge	Nur einmal	9	5	6
	2-4 mal	26	10	6
	5 mal oder mehr	22	40	59
	Gesamt	57	55	71
Cannabis	Nur einmal	9	5	12
	2-4 mal	30	15	6
	5 mal oder mehr	17	35	53
	Gesamt	57	55	71
Stimulantien	Nur einmal	0	5	18
	2-4 mal	0	10	0
	5 mal oder mehr	0	20	6
	Gesamt	0	35	24
Opiate	Nur einmal	0	5	0
	2-4 mal	0	0	6
	5 mal oder mehr	0	15	0
	Gesamt	0	20	6
Kokain	Nur einmal	4	10	6
	2-4 mal	0	5	6
	5 mal oder mehr	0	10	12
	Gesamt	4	25	24
PCP	Nur einmal	0	0	0
	2-4 mal	0	0	0
	5 mal oder mehr	0	0	0
	Gesamt	0	0	0
Halluzinogene	Nur einmal	4	0	6
	2-4 mal	0	5	18
	5 mal oder mehr	0	25	12
	Gesamt	4	30	35
Schnüffelstoffe	Nur einmal	0	0	0
	2-4 mal	4	0	0
	5 mal oder mehr	0	10	12
	Gesamt	4	10	12
Andere	Nur einmal	0	10	6
	2-4 mal	0	5	0
	5 mal oder mehr	0	0	0
	Gesamt	0	15	6

4.6.1.4 Wohnsituation und substanzbedingte Diagnosen

In der folgenden Tabelle sind Diagnosen für Nikotin, Alkohol und illegale Drogen verteilt nach der Wohnsituation dargestellt.

Tabelle 39: Lebenszeitprävalenz für Diagnosen nach Wohnsituation (Angaben in Spaltenprozent)

Diagnosen	Wohnsituation		
	mit beiden Elternteilen (n=23)	mit einem Elternteil (n=20)	Jugendhilfeeinrichtung (n=17)
Nikotinabhängigkeit	39	45	65
Alkoholmissbrauch	-	25	29
Alkoholabhängigkeit	13	10	12
Missbrauch von illegalen Drogen	-	35	29
Abhängigkeit von illegalen Drogen	4	25	24
Cannabismissbrauch	-	10	12
Cannabisabhängigkeit	-	15	18

Dabei ergeben sich vor allem für Alkohol und illegale Drogen in der Gruppe „mit einem Elternteil“ sowie „Jugendhilfeeinrichtung“ deutlich erhöhte Prozentzahlen. Hinsichtlich einer Diagnose für Alkohol findet sich für den Vergleich mit beiden Elternteilen und mit einem Elternteil ein nicht signifikantes relatives Risiko, für den Vergleich mit beiden Elternteilen und Jugendhilfemaßnahme ergibt sich ein signifikanter Unterschied (RR: 3,2; X^2 , $p < 0,05$).

Für eine substanzbedingte Diagnose von illegalen Drogen (Missbrauch oder Abhängigkeit) ergibt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Wohnsituation mit beiden Elternteilen und mit einem Elternteil (RR: 15; X^2 , $p < 0,001$) sowie zwischen der Wohnsituation mit beiden Elternteilen und Jugendhilfeeinrichtung (RR: 13; X^2 , $p < 0,001$).

Zwischen den Jugendlichen, die bei einem Elternteil leben und den Jugendlichen in einer Jugendhilfemaßnahme ergeben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

4.6.2 Schulart

Von den befragten Jugendlichen besuchen noch n=42 (60%) die Schule. Betrachtet man die Art der besuchten Schule, zeigt sich, dass die meisten der Jugendlichen, die noch zur Schule gehen, die Hauptschule besuchen (n=24). Weitere Schulen sind die Realschule (n=9), das Gymnasium (n=2), die Förderschule (n=6) und ein Jugendlicher besucht eine Wirtschaftsschule. Realschule, Gymnasium und Wirtschaftsschule werden in den folgenden Tabellen zusammengefasst.

Hinsichtlich der folgenden Tabellen ist zusammenfassend zu bemerken, dass sich beim Vergleich zwischen Hauptschule und höheren Schulen (Realschule/Gymnasium/Wirtschaftsschule) weder bei den Konsummustern noch bei den Diagnosen signifikante Unterschiede ergeben.

Von einem Vergleich mit der Förderschule wird aufgrund der geringen Fallzahl in dieser Gruppe (n=6) abgesehen.

4.6.2.1 Schulart und Nikotinkonsum

Es ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Schulformen, tendenziell zeigt sich bei den Schülern der Förderschule ein erhöhter regelmäßiger Tabakkonsum.

Tabelle 40: Tabakkonsum nach Schulart: jemals und regelmäßig (Angaben in Zeilenprozent)

Schulart	Tabakkonsum		
	jemals Tabak konsumiert	Regelmäßig Tabak konsumiert (Lebenszeit)	Regelmäßig Tabak konsumiert (in den letzten 12 Monaten)
Hauptschule (n=24)	83	67	58
RS / Gymnasium (n=12)	100	67	58
Förderschule (n=6)	100	83	83

Tabak = Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Schnupf- oder Kautabak

Jemals = zumindest einmal im Leben ein Nikotinprodukt konsumiert

Regelmäßig = jemals ein Nikotinprodukt täglich über einen Zeitraum von vier Wochen oder länger konsumiert.

4.6.2.2 Schulart und Alkoholkonsum

Bei Alkohol zeigt sich ein erhöhter regelmäßiger Alkoholkonsum bei den Schülern der höheren Schulen und keiner war mehr abstinent.

Tabelle 41: Alkoholkonsum nach Schulart (Angaben in Zeilenprozent): Abstinenz, unregelmäßiger Konsum, regelmäßiger Konsum

Schulart	Abstinenz	Unregelmäßiger Konsum	Regelmäßiger Konsum	
			gegenwärtig	nicht gegenwärtig
Hauptschule (n=24)	8	46	25	8
RS / Gymnasium (n=12)	0	33	58	0
Förderschule (n=6)	17	33	58	0

Abstinenz: niemals ein Glas Alkohol getrunken

Unregelmäßiger Konsum: weniger als 12 Mal Alkohol im Leben

Regelmäßiger Konsum: mehr als 12 Mal Alkohol in irgendeiner 12-Monats-Periode des Lebens

4.6.2.3 Schulart und Konsum illegaler Drogen

Bei den illegalen Drogen geben sowohl die Hauptschüler als auch die Schüler von Realschule/Gymnasium in ca. der Hälfte der Fälle an, zumindest einmal eine illegale Droge konsumiert zu haben (Tabelle 42). Die am öftesten konsumierte Droge ist Cannabis. Für Stimulantien und Halluzinogene gibt es tendenziell höhere Angaben bei den Hauptschülern als bei der anderen Gruppe. Insgesamt ergeben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 42: Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs nach Substanzen, Frequenz des Gebrauchs und Schulart (Angaben in Spaltenprozent)

Substanz	Gebrauchsfrequenz	Hauptschule (n=24)	RS/Gymn. (n=12)	Förderschule (n=6)
Irgendeine illegale Droge	Nur einmal	13	0	0
	2-4 mal	8	25	0
	5 mal oder mehr	38	25	0
	Gesamt	58	50	33
Cannabis	Nur einmal	8	0	0
	2-4 mal	17	25	0
	5mal oder mehr	29	25	33
	Gesamt	54	50	33
Stimulantien	Nur einmal	13	0	0
	2-4 mal	0	0	0
	5 mal oder mehr	4	8	0
	Gesamt	17	8	0
Opiate	Nur einmal	0	0	0
	2-4 mal	0	0	0
	5 mal oder mehr	4	8	0
	Gesamt	4	8	0
Kokain	Nur einmal	4	0	0
	2-4 mal	4	0	0
	5 mal oder mehr	4	8	0
	Gesamt	13	8	0
PCP	Nur einmal	0	0	0
	2-4 mal	0	0	0
	5 mal oder mehr	0	0	0
	Gesamt	0	0	0
Halluzinogene	Nur einmal	17	0	0
	2-4 mal	0	0	0
	5 mal oder mehr	13	8	0
	Gesamt	29	8	0
Schnüffelstoffe	Nur einmal	0	8	0
	2-4 mal	0	8	0
	5 mal oder mehr	8	0	0
	Gesamt	8	17	0
Andere	Nur einmal	0	8	0
	2-4 mal	8	0	0
	5 mal oder mehr	0	0	0
	Gesamt	8	8	0

4.6.2.4 Schulart und substanzbedingte Diagnosen

Bei den Diagnosen zeigen sich bei Nikotin und illegalen Drogen tendenziell höhere Prozentzahlen bei den Hauptschülern und den Förderschülern. Für eine alkoholbedingte Diagnose zeigt sich jedoch eine Tendenz für eine erhöhte Anzahl von Diagnosen bei den Realschülern/Gymnasiasten.

Interessant ist das deutliche Überwiegen der Diagnosen für Cannabis bei den Probanden von Hauptschule und Förderschule gegenüber den Probanden von Realschule/Gymnasium.

Auch für die Diagnosen ergeben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 43: Lebenszeitprävalenz für Diagnosen nach Schulart (Angaben in Spaltenprozent)

Diagnosen	Schulart		
	Hauptschule (n=24)	RS / Gymnasium (n=12)	Förderschule (n=6)
Nikotinabhängigkeit	50	33	67
Alkoholmissbrauch	17	8	-
Alkoholabhängigkeit	4	17	17
Missbrauch von illegalen Drogen	13	-	-
Abhängigkeit von illegalen Drogen	8	17	17
Cannabismissbrauch	8	-	-
Cannabisabhängigkeit	8	-	17

4.6.3 Schulabschluss

Von den befragten Jugendlichen haben n=28 (40%) die Schulzeit bereits beendet. Davon haben gleichviel Jugendliche, nämlich n=12 (17%), entweder einen Hauptschulabschluss oder haben die Schulzeit ohne regulären Schulabschluss beendet. Einer der Probanden hat einen Realschulabschluss und drei haben die Förderschule regulär beendet. In den folgenden Tabellen werden Daten bei Jugendlichen mit Hauptschulabschluss oder ohne Schulabschluss dargestellt. Realschule und Förderschule werden aufgrund der niedrigen Fallzahlen hier nicht berücksichtigt.

4.6.3.1 Schulabschluss und Nikotinkonsum

Hinsichtlich Nikotinkonsum ergeben sich keine deutlichen Abweichungen der Prozentzahlen zwischen den Jugendlichen mit einem Hauptschulabschluss und den Jugendlichen ohne Schulabschluss. Nur bei regelmäßig gegenwärtigen Nikotinkonsum ergibt sich eine kleine Differenz von 75% vs. 92%, die jedoch statistisch nicht signifikant ist.

Tabelle 44: Nikotinkonsum und Schulabschluss: jemals und regelmäßig (Angaben in Zeilenprozent)

Schulabschluss	Tabakkonsum		
	jemals Tabak konsumiert	Regelmäßig Tabak konsumiert (Lebenszeit)	Regelmäßig Tabak konsumiert (in den letzten 12 Monaten)
Hauptschule (n=12)	92	83	75
Kein Abschluss (n=12)	92	92	92

Tabak = Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Schnupf- oder Kautabak

Jemals = zumindest einmal im Leben ein Nikotinprodukt konsumiert

Regelmäßig = jemals ein Nikotinprodukt täglich über einen Zeitraum von vier Wochen oder länger konsumiert.

4.6.3.2 Schulabschluss und Alkoholkonsum

Bei Alkohol zeigt sich für den gegenwärtig regelmäßigen Konsum ein prozentualer Unterschied von 42% vs. 75% zwischen Jugendlichen mit einem Hauptschulabschluss und Jugendlichen ohne Schulabschluss, dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Es ist jedoch eine deutliche Tendenz zu erkennen für einen regelmäßigen Alkoholkonsum bei Jugendlichen ohne Schulabschluss.

Tabelle 45: Alkoholkonsum und Schulabschluss (Angaben in Zeilenprozent):
Abstinenz, unregelmäßiger Konsum, regelmäßiger Konsum

Schulabschluss	Abstinenz	Unregelmäßiger Konsum	Regelmäßiger Konsum	
			gegenwärtig	nicht gegenwärtig
Hauptschule (n=12)	0	25	42	8
Kein Abschluss (n=12)	0	8	75	8

Abstinenz: niemals ein Glas Alkohol getrunken

Unregelmäßiger Konsum: weniger als 12 Mal Alkohol im Leben

Regelmäßiger Konsum: mehr als 12 Mal Alkohol in irgendeiner 12-Monats-Periode des Lebens

4.6.3.3 Schulabschluss und Konsum illegaler Drogen

Man sieht bei allen Drogen höhere Werte für den Konsum von illegalen Drogen bei Jugendlichen ohne Schulabschluss (Tabelle 46). Auch hier ist insgesamt eine Tendenz für höheren Konsum bei den Jugendlichen ohne Schulabschluss zu erkennen. Statistisch signifikant ist der Wert jedoch nur in der Gruppe der Stimulantien (RR: 3,4; X^2 , $p < 0,05$).

Tabelle 46: Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs nach Substanzen, Frequenz des Gebrauchs und Schulabschluss (Angaben in Spaltenprozent)

Substanz	Gebrauchsfrequenz	Hauptschule (n=12)	Kein Abschluss (n=12)
Irgendeine illegale Droge	Nur einmal	8	8
	2-4 mal	17	8
	5 mal oder mehr	42	67
	Gesamt	67	83
Cannabis	Nur einmal	17	8
	2-4 mal	17	8
	5 mal oder mehr	33	67
	Gesamt	67	83
Stimulantien	Nur einmal	0	8
	2-4 mal	0	17
	5 mal oder mehr	17	33
	Gesamt	17	58
Opiate	Nur einmal	0	8
	2-4 mal	17	0
	5 mal oder mehr	0	25
	Gesamt	17	33
Kokain	Nur einmal	8	17
	2-4 mal	0	0
	5 mal oder mehr	25	25
	Gesamt	33	42
PCP	Nur einmal	0	0
	2-4 mal	0	0
	5 mal oder mehr	8	8
	Gesamt	8	8
Halluzinogene	Nur einmal	0	0
	2-4 mal	17	16
	5 mal oder mehr	8	42
	Gesamt	25	58
Schnüffelstoffe	Nur einmal	0	0
	2-4 mal	0	8
	5 mal oder mehr	8	17
	Gesamt	8	25
Andere	Nur einmal	0	17
	2-4 mal	0	8
	5 mal oder mehr	0	0
	Gesamt	0	25

4.6.3.4 Schulabschluss und substanzbedingte Diagnosen

Für Nikotinabhängigkeit zeigt sich kein Unterschied. Hinsichtlich einer Diagnose für Alkohol (25% vs. 50%) oder für illegale Drogen (25% vs. 58%) zeigen sich deutlich höhere Werte bei den Jugendlichen, die keinen Schulabschluss haben (Tabelle 47).

Am deutlichsten zeigt sich der Unterschied bei einer Diagnose für Cannabis (8% vs. 50%). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (RR: 6,25; X^2 , $p < 0,025$).

Insgesamt zeigt sich auch hier eine deutliche Tendenz zu einer höheren Anzahl substanzbedingter Störungen bei den Jugendlichen ohne Schulabschluss.

Tabelle 47: Lebenszeitprävalenz für Diagnosen nach Schulabschluss (Angaben in Spaltenprozent)

Diagnosen	Schulabschluss	
	Hauptschule (n=12)	kein Abschluss (n=12)
Nikotinabhängigkeit	67	67
Alkoholmissbrauch	8	42
Alkoholabhängigkeit	17	8
Missbrauch von illegalen Drogen	-	25
Abhängigkeit von illegalen Drogen	25	33
Cannabismissbrauch	-	25
Cannabisabhängigkeit	8	25

4.6.4 Einschätzung der finanziellen Lage

Die Einschätzung der finanziellen Lage erfolgte subjektiv durch den befragten Jugendlichen selbst. In unserer Untersuchung wurde keine standardisierte Erhebung der Schichtzugehörigkeit durchgeführt. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle dargestellt (Tabelle 48). Die meisten Jugendlichen mit einer Abhängigkeitsdiagnose für illegale Drogen finden sich in der Kategorie „weder gut noch schlecht“ (32% vs. 11% vs. 7%).

Hinsichtlich der Einteilung der Ergebnisse nach der Einschätzung der finanziellen Lage ist festzustellen, dass sich keine besonderen Befunde ergeben, die für eine genauere Betrachtung oder Interpretation interessant sind. Eine standardisierte Erhebung der Schichtzugehörigkeit wäre wahrscheinlich sinnvoller und aussagekräftiger gewesen als die subjektive Beurteilung der Jugendlichen selbst.

Tabelle 48: Lebenszeitprävalenz für Diagnosen nach Einschätzung der finanziellen Lage (Angaben in Spaltenprozent)

Diagnosen	Einschätzung der finanziellen Lage		
	sehr gut/gut (n=27)	weder gut noch schlecht (n=25)	schlecht/sehr schlecht (n=18)
Nikotinabhängigkeit	41	56	56
Alkoholmissbrauch	15	12	22
Alkoholabhängigkeit	7	20	11
Missbrauch von illegalen Drogen	4	8	17
Abhängigkeit von illegalen Drogen	7	32	11
Cannabissmissbrauch	4	8	11
Cannabisabhängigkeit	4	24	0

4.7 Psychiatrische Diagnosen

4.7.1 Diagnosen Interview und in der Klinik gestellte Diagnosen für Nikotin, Alkohol und illegale Drogen

Stellt man die Ergebnisse der standardisierten Befragung in Bezug zu den klinischen Befunden und untersucht man wie häufig von Klinikern Diagnosen für Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit gestellt werden zeigt sich ein Ergebnis, das bereits aus früheren Untersuchungen bekannt ist (Hansen S.S. et al., Acta Psychiatrica Scandinavica 2000 Dec; 102). Es kommt zu einer Unterdiagnostizierung von Substanzstörungen bei psychiatrischen Patienten. Vor allem Diagnosen für Nikotin und Alkohol werden in unserer Untersuchung kaum gestellt. Der Blick für die Diagnosestellung von illegalen Drogen ist vorhanden, es wird jedoch noch vorsichtig diagnostiziert: es wird eher eine Missbrauchs- als eine Abhängigkeitsdiagnose gestellt (siehe Tabelle 49).

Tabelle 49: Diagnosen Entlassbriefe und Diagnosen Interview

Diagnosen Entlassbriefe (Angaben in Zeilenprozent)

	Nikotin	Alkohol		illegale Drogen	
		Missbrauch	Abhängigkeit	Missbrauch	Abhängigkeit
Gesamt (n=70)	0	0	1	11	4
Männlich (n=31)	0	0	3	13	6
Weiblich (n=39)	0	0	0	10	3

Diagnosen Interview (Angaben in Zeilenprozent)

	Nikotin	Alkohol		illegale Drogen	
		Missbrauch	Abhängigkeit	Missbrauch	Abhängigkeit
Gesamt (n=70)	50	16	13	9	17
Männlich (n=31)	42	23	10	13	13
Weiblich (n=39)	56	10	15	5	21

4.7.2 Co-Morbiditäten

In den folgenden Tabellen werden die in der Klinik gestellten Diagnosen (Diagnosen der stationären Entlassbriefe) bei Patienten (n=26), die im Interview eine Diagnose für Alkohol und/oder eine illegale Droge haben, dargestellt. Diagnosen für Substanzstörungen aus den stationären Entlassbriefen werden in den Tabellen nicht dargestellt, da diese bereits gesondert im vorangegangenen Kapitel (4.7.1.) dargestellt sind. Bei den betroffenen Patienten werden vornehmlich Anpassungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens oder Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. Die Prozentzahlen gehen spaltenbezogen über 100%, da einige Patienten mehr als eine Diagnose haben.

Tabelle 50: Co-Morbiditäten: Entlassdiagnosen der Patienten, die im Interview eine substanzbezogene Diagnose für Alkohol und/oder illegale Drogen erhalten
(Angaben in Spaltenprozent)

Diagnosen Klinik	Diagnosen Interview		
	Alkohol (n=8)	Illegale Drogen (n=6)	Alkohol & illegale Drogen (n=12)
Anpassungsstörungen	38	33	33
Störungen des Sozialverhaltens	38	50	25
Persönlichkeitsstörungen	13	50	50
Sonstige Diagnosen	0	0	33
davon: - affektive Störung	0	0	17
- Essstörung	0	0	17

Unterscheidet man nach dem Geschlecht, findet sich bei den männlichen Probanden ein Überwiegen der Sozialverhaltensstörungen, bei den weiblichen Jugendlichen der Persönlichkeitsstörungen. Affektive Störungen und Ess-Störungen werden nur bei weiblichen Jugendlichen diagnostiziert. Bei den männlichen Jugendlichen ist eine vorhandene emotionale Störung immer Teil der Sozialverhaltensstörung (Tabelle 51). Es ist ein deutlicher Unterschied in der Diagnosestellung bei den Geschlechtern zu sehen. Statistisch signifikant ist der Wert bei den Persönlichkeitsstörungen (RR: 8,6; χ^2 , $p < 0,005$).

Tabelle 51: Co-Morbiditäten Gesamt und nach Geschlecht (Angaben in Spaltenprozent)

Diagnosen Klinik	Diagnosen Interview für Alkohol und/oder illegale Drogen		
	Gesamt (n=26)	männlich (n=13)	weiblich (n=13)
Anpassungsstörungen	35	31	38
Störungen des Sozialverhaltens	35	46	23
Persönlichkeitsstörungen	38	8	69*
Sonstige Diagnosen	15	0	31
davon: - affektive Störung	8	0	15
- Essstörung	8	0	15

* RR: 8,6; X², p<0,005

Betrachtet man nun die in den Entlassbriefen diagnostizierten Diagnosen bei den Probanden, die im Interview keine Diagnose für Alkohol oder illegale Drogen erhalten, ergibt sich das Bild, wie in Tabelle 52 dargestellt.

Tabelle 52: Diagnosen bei Probanden ohne Diagnose für Alkohol oder illegale Drogen im Interview nach Geschlecht (Angaben in Spaltenprozent)

Diagnosen Klinik	Keine Diagnosen im Interview für Alkohol und/oder illegale Drogen		
	Gesamt (n=44)	männlich (n=18)	weiblich (n=26)
Anpassungsstörungen	23	0	38
Störungen des Sozialverhaltens	43	67	27
Persönlichkeitsstörungen	11	0	27
Sonstige Diagnosen	45	50	42
davon: - affektive Störung	7	0	12
- Essstörung	9	0	15
- Angststörungen/Phobien	11	22	4
- Somatisierungsstörung	7	6	8
- Schizophrenie	5	6	4
- Organisches Psychosyndrom	2	6	0
- Substanzstörung	2	6	0
- Enkopresis	2	6	0

Im Vergleich zu den Probanden mit einer Diagnose für Alkohol und/oder illegale Drogen treten bei den Probanden ohne eine substanzbedingte Diagnose wesentlich

häufiger „sonstige Diagnosen“ auf. Darunter sind die Häufigkeiten für affektive Störungen und Essstörungen in beiden Gruppen nahezu gleich. Es finden sich jedoch bei den Probanden ohne Diagnosen für Alkohol oder illegale Drogen noch weitere Diagnosen, wie beispielsweise Angststörungen oder Somatisierungsstörungen, die sich in der anderen Gruppe nicht finden.

Bei den Probanden mit einer Diagnose für Alkohol oder illegale Drogen finden sich Persönlichkeitsstörungen deutlich häufiger.

Für die Persönlichkeitsstörungen (RR: 3,5; X^2 , $p < 0,01$), sowie die Gesamtheit der sonstigen Diagnosen (RR: 3,0; $X^2 < 0,01$) ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede.

5. Vergleich der Klinikstichprobe mit den Daten der Bevölkerungsuntersuchung (EDSP)

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse unserer Studie mit den vorhandenen Daten einer Erhebung in der Normalbevölkerung verglichen. Die Daten entstammen den Veröffentlichungen der Early Developmental Stages of Psychopathology Study, die vom Max-Planck Institut in München durchgeführt wurde (Lieb et al. 1998, 2000; Höfler et al. 1999; Holly et al. 1997, 1998; Nelson et al. 1998; Perkonigg et al. 1997, 1998; Wittchen et al. 1998).

5.1 Nikotinkonsum und Nikotinabhängigkeit

5.1.1 Nikotinkonsum

In Tabelle 53 ist der Vergleich der Klinikstichprobe mit der Normalbevölkerung im Hinblick auf den Tabakkonsum nach Altersgruppen dargestellt.

Tabelle 53: Tabakkonsum: jemals und regelmäßig nach Alter (Angaben in Spaltenprozent)

Tabakkonsum	Alter	Klinikstichprobe n=70 (%)	Normalbevölkerung n=920 (%)	RR	95% CI
jemals Tabak konsumiert	14-15	88	63	1,4*	[1.28,1.52]
	16-17	97	75	1,3*	[1.23,1.36]
regelmäßig Tabak konsumiert (Lebenszeit)	14-15	73	16	4,6**	[4.41,4.72]
	16-17	78	31	2,5**	[2.38,2.66]
regelmäßig Tabak konsumiert (in den letzten 12 Monaten)	14-15	67	15	4,5**	[4.30,4.63]
	16-17	70	30	2,3**	[2.18,2.49]

RR: Relatives Risiko
 CI: Konfidenzintervall
 *X², p<0,01
 **X², p<0,001

Es zeigen sich sowohl für die Kategorie „jemals Tabak konsumiert“ als auch für „regelmäßigen Tabakkonsum“ in den Altersgruppen signifikante Unterschiede.

Höhere relative Risiken und eine höhere statistische Signifikanz ergeben sich für „regelmäßigen Tabakkonsum“ ($p < 0,001$) gegenüber der Kategorie „jemals Tabak konsumiert“ ($p < 0,01$). Die höchsten relativen Risiken zeigen sich dabei in der Altersgruppe der 14-15 Jährigen .

In Tabelle 54 ist der Vergleich für Tabakkonsum nach Geschlecht und Alter dargestellt.

Tabelle 54: Tabakkonsum: jemals und regelmäßig nach Geschlecht und Alter
(Angaben in Spaltenprozent)

Tabakkonsum	Geschlecht	Alter	Klinikstichprobe n=70 (%)	Normalbevölkerung n=920 (%)	RR	95% CI
jemals Tabak konsumiert	männlich	14-15	87	65	1,3	[1.16,1.52]
		16-17	94	79	1,2	[1.06,1.32]
jemals Tabak konsumiert	weiblich	14-15	89	61	1,5*	[1.29,1.63]
		16-17	100	70	1,4**	[1.37,1.49]
regelmäßig Tabak konsumiert (Lebenszeit)	männlich	14-15	80	13	6,2****	[5.95,6.36]
		16-17	88	32	2,8****	[2.58,2.92]
regelmäßig Tabak konsumiert (Lebenszeit)	weiblich	14-15	67	18	3,7****	[3.48,3.97]
		16-17	71	30	2,4****	[2.13,2.60]
regelmäßig Tabak konsumiert (in den letzten 12 Monaten)	männlich	14-15	73	13	5,6****	[5.39,5.84]
		16-17	88	31	2,8****	[2.66,3.01]
regelmäßig Tabak konsumiert (in den letzten 12 Monaten)	weiblich	14-15	61	17	3,6****	[3.34,3.84]
		16-17	57	28	2,0**	[1.78,2.29]

RR: Relatives Risiko
CI: Konfidenzintervall
* χ^2 , $p < 0,025$
** χ^2 , $p < 0,01$
*** χ^2 , $p < 0,001$

Es ergeben sich bei den männlichen Jugendlichen für die Kategorie „jemals Tabak konsumiert“ weder in der Altersgruppe der 14-15 Jährigen noch in der Gruppe der 16-17 Jährigen signifikante Unterschiede zu der Normalbevölkerung. Bei den weiblichen Jugendlichen ergeben sich für die Kategorie jemals Tabak konsumiert sowohl in der Altersgruppe der 14-15 Jährigen als auch in der Altersgruppe der 16-17 Jährigen signifikante Unterschiede.

Für regelmäßigen Tabakkonsum finden sich sowohl für die männlichen als auch für die weiblichen Jugendlichen deutliche signifikante Unterschiede zwischen Klinikstichprobe und Normalbevölkerung. Die größten Unterschiede zeigen sich bei den 14-15 Jährigen.

5.1.2 Nikotinabhängigkeit

Vergleicht man die Lebenszeitprävalenz von Nikotinabhängigkeit nach Geschlecht und Alter, ergeben sich die Daten, wie in Tabelle 55 dargestellt.

Tabelle 55: Lebenszeitprävalenz von Nikotinabhängigkeit nach Geschlecht und Alter (Angaben in Spaltenprozent)

Geschlecht	Alter	Klinikstichprobe	Normalbevölkerung	RR	95% CI
		n=70 (%)	n=920 (%)		
männlich	14-15	47	7	6,7**	[6.46,6.97]
	16-17	38	16	2,4*	[2.13,2.62]
weiblich	14-15	50	9	5,6**	[5.30,5.81]
	16-17	62	19	3,3**	[3.01,3.51]

RR: Relatives Risiko
 CI: Konfidenzintervall
 *X², p<0,05
 **X², p<0,001

Es zeigen sich auch hier signifikante Unterschiede zwischen der Klinikstichprobe und der Erhebung in der Normalbevölkerung.

Das geringste relative Risiko findet sich dabei in der Gruppe der männlichen 16-17 Jährigen (RR: 2,4; X², p<0,05).

In allen anderen Gruppen zeigt sich ein deutlicher signifikanter Unterschied (X^2 , $p < 0,001$). Die Unterschiede sind dabei in der Gruppe der 14-15 Jährigen am deutlichsten.

5.2 Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit

5.2.1 Alkoholkonsum

In Tabelle 56 ist der Vergleich der Klinikstichprobe mit der Normalbevölkerung im Hinblick auf den Alkoholkonsum nach Altersgruppen dargestellt.

Tabelle 56: Alkoholkonsum (Angaben in Spaltenprozent): Abstinenz, unregelmäßiger Konsum, regelmäßiger Konsum

Alkoholkonsum	Alter	Klinikstichprobe n=70 (%)	Normalbevölkerung n=920 (%)	RR	95% CI
Abstinenz	14-15	6	24	0,3*	[0.16,0.34]
	16-17	3	4	0,8*	[0.69,0.81]
Unregelmäßiger Konsum	14-15	52	62	0,8*	[0.66,1.01]
	16-17	16	44	0,4***	[0.23,0.50]
Regelmäßiger Konsum (gegenwärtig)	14-15	30	13	2,3**	[2.15,2.47]
	16-17	57	49	1,2	[0.99,1.34]
Regelmäßiger Konsum (nicht gegenwärtig)	14-15	3	1	3,0	[2.94,3.06]
	16-17	11	2	5,5***	[5.39,5.61]

RR: Relatives Risiko

CI: Konfidenzintervall

* X^2 , $p < 0,025$

** X^2 , $p < 0,01$

*** X^2 , $p < 0,001$

In der Normalbevölkerung sind mehr Jugendliche abstinent oder haben einen unregelmäßigen Konsum als in der Klinikstichprobe. Für unregelmäßigen Konsum zeigt sich vor allem bei den 16-17 Jährigen ein deutlicher Unterschied (RR: 0,4; X^2 , $p < 0,001$). Bei regelmäßigem Konsum wird zwischen gegenwärtig und nicht gegenwärtig unterschieden. Bei gegenwärtigem regelmäßigem Alkoholkonsum ergibt sich für die 14-15 Jährigen ein signifikanter Unterschied (RR: 2,3; X^2 , $p < 0,01$), bei den 16-17 Jährigen findet sich dagegen kein signifikanter Unterschied. Bei nicht gegenwärtigem regelmäßigem Konsum verhält es sich genau umgekehrt: kein

signifikanter Unterschied in der Altersgruppe 14-15, dagegen ein signifikanter Unterschied bei den 16-17 Jährigen (RR: 5,5; X^2 , $p < 0,001$).

5.2.2 Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Vergleicht man die Lebenszeitprävalenzen von Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit nach Altersgruppen, ergeben sich die Daten, wie in Tabelle 57 dargestellt.

Tabelle 57: Lebenszeitprävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit nach Alter (Angaben in Spaltenprozent)

Diagnose	Alter	Klinikstichprobe n=70 (%)	Normalbevölkerung n=920 (%)	RR	95% CI
nur Missbrauch	14-15	12	1	12,0*	[11.89,12.11]
	16-17	19	9	2,1	[1.97,2.25]
Abhängigkeit	14-15	3	1	3,0	[2.94,3.06]
	16-17	22	4	5,5*	[5.36,5.64]

RR: Relatives Risiko

CI: Konfidenzintervall

* X^2 , $p < 0,001$

Bei den Lebenszeitprävalenzen für Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit zeigen sich signifikante Unterschiede in der Altersgruppe der 14-15 Jährigen für Missbrauch (RR: 12; X^2 , $p < 0,001$) und in der Altersgruppe der 16-17 Jährigen für Abhängigkeit (RR: 20,68; X^2 , $p < 0,001$). Dagegen ergibt sich in der Altersgruppe 16-17 für Missbrauch und in der Altersgruppe 14-15 für Abhängigkeit kein signifikanter Unterschied.

Fasst man im Sinne der dimensionalen Betrachtung von Diagnosen Missbrauch und Abhängigkeit zusammen, ergeben sich für beide Altersgruppen signifikante Unterschiede. In der Altersgruppe 14-15 ergibt sich ein relatives Risiko von 7,5 (X^2 , $p < 0,001$), in der Altersgruppe 16-17 ein relatives Risiko von 3,2 (X^2 , $p < 0,001$).

5.3 Konsum und Störungen durch illegale Drogen

5.3.1 Konsum illegaler Drogen

In Tabelle 58 ist der Vergleich der Klinikstichprobe mit der Normalbevölkerung im Hinblick auf den Konsum illegaler Drogen nach Altersgruppen dargestellt.

Tabelle 58: Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs illegaler Substanzen nach Alter
(Angaben in Spaltenprozent)

Substanzgebrauch	Alter	Klinikstichprobe n=70 (%)	Normalbevölkerung n=920 (%)	RR	95% CI
Cannabis mindestens 1 mal	14-15	49	12,2	4,0*	[3.84,4.19]
	16-17	70	25,6	2,7*	[2.57,2.90]
Cannabis mindestens 5 Mal	14-15	27	2,9	9,3*	[9.16,9.46]
	16-17	43	11,0	3,9*	[3.74,4.08]
Stimulantien mindestens 1 Mal	14-15	12	0		
	16-17	27	1,6	16,9*	[16.72,17.03]
Stimulantien mindestens 5 Mal	14-15	3	0		
	16-17	19	0,9	21,1*	[20.98,21.25]
Opiate mindestens 1 Mal	14-15	0	0,2		
	16-17	22	0,4	55,0*	[54.86,55.14]
Opiate mindestens 5 Mal	14-15	0	0		
	16-17	14	0		
Kokain mindestens 1 Mal	14-15	3	0		
	16-17	32	2	16,0*	[15.84,16.16]
Kokain mindestens 5 Mal	14-15	3	0		
	16-17	16	0,2	80,0*	[79.87,80.13]
PCP mindestens 1 Mal	14-15	0	0		
	16-17	5	0,2	25,0*	[24.93,25.07]
PCP mindestens 5 Mal	14-15	0	0		
	16-17	5	0,2	25,0*	[24.93,25.07]
Halluzinogene mindestens 1 Mal	14-15	21	0,4	52,5*	[52.36,52.64]
	16-17	30	4,3	7,0*	[6.82,7.13]
Halluzinogene mindestens 5 Mal	14-15	3	0		
	16-17	24	1,3	18,5*	[18.32,18.61]
Schnüffelstoffe mindestens 1 Mal	14-15	3	1,1	2,7	[2.67,2.79]
	16-17	19	0,4	47,5*	[47.37,47.63]
Schnüffelstoffe mindestens 5 Mal	14-15	3	0,4	7,5	[7.44,7.56]
	16-17	11	0,4	27,5*	[27.39,27.61]

RR: Relatives Risiko
CI: Konfidenzintervall
*X², p<0,001

Für den Konsum illegaler Substanzen ergeben sich für beinahe alle Substanzen signifikante Unterschiede zwischen der Klinikstichprobe und der Normalbevölkerung.

Dies gilt sowohl für das Probierverhalten (mindestens einmaliger Konsum) als auch für den regelmäßigen Konsum (mindestens fünfmaliger Konsum). Die signifikanten Unterschiede zeigen sich sowohl in der Altersgruppe der 16-17 Jährigen als auch in der Gruppe der 14-15 Jährigen. Einzige Ausnahmen finden sich bei den Opiaten, PCP und den Schnüffelstoffen in der Altersgruppe der 14-15 Jährigen.

5.3.2 Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen

In Tabelle 59 ist der Vergleich der Diagnosen aus der Normalbevölkerung mit denen der Klinikstichprobe dargestellt.

Tabelle 59: Lebenszeitprävalenz der Störungen durch illegale Substanzen nach Alter (Angaben in Spaltenprozent)

Diagnose	Alter	Klinik- stichprobe n=70 (%)	Normal- bevölkerung n=920 (%)	RR	95% CI
Cannabismissbrauch	14-15	9	1,1	8,2****	[8.08,8.28]
	16-17	5	2,5	2,0	[1.92,2.08]
Cannabisabhängigkeit	14-15	6	0,6	10,0**	[9.92,10.08]
	16-17	14	0,9	15,6****	[15.44,15.67]
Halluzinogenmissbrauch	14-15	0	0		
	16-17	8	0,2	40,0****	[39.91,40.09]
Halluzinogenabhängigkeit	14-15	0	0		
	16-17	8	0,4	20,0****	[19.91,20.09]
Kokainmissbrauch	14-15	0	0		
	16-17	0	0,2		
Kokainabhängigkeit	14-15	0	0		
	16-17	5	0		
Stimulantienmissbrauch	14-15	0	0		
	16-17	3	0		
Stimulantienabhängigkeit	14-15	0	0		
	16-17	3	0,4	7,5*	[7.44,7.56]

RR: Relatives Risiko
CI: Konfidenzintervall

*X², p<0,1
**X², p<0,01
***X², p<0,001

Missbrauch- und Abhängigkeitsdiagnosen finden sich in der Altersgruppe der 14-15 Jährigen sowohl in der Klinikstichprobe als auch in der Normalbevölkerung nur für

Cannabis. In der Altersgruppe der 16-17 Jährigen finden sich in der Normalbevölkerung Diagnosen für Cannabis, Halluzinogene, Kokain und Stimulantien. In der Klinikstichprobe finden sich Diagnosen für alle Substanzklassen außer für PCP.

Für Cannabismissbrauch ergibt sich ein signifikant erhöhtes relatives Risiko (RR: 8.2; X^2 , $p < 0,001$) bei den 14-15 Jährigen, in der Altersgruppe der 16-17 Jährigen ergibt sich dagegen für Cannabismissbrauch kein signifikant erhöhtes Risiko. Für Cannabisabhängigkeit ergibt sich ein höheres relatives Risiko in der Gruppe der 16-17 Jährigen gegenüber den 14-15 Jährigen (RR: 15.6; X^2 , $p < 0,001$ versus RR: 10.0; X^2 , $p < 0,01$).

Für Halluzinogenmissbrauch (RR: 40.0; X^2 , $p < 0,001$) sowie Halluzinogenabhängigkeit (RR: 20.0; X^2 , $p < 0,001$) ergibt sich in der Gruppe der 16-17 Jährigen ein deutlich erhöhtes relatives Risiko. In der Altersgruppe der 14-15 Jährigen fand sich in beiden Stichproben keine Diagnose.

Hinsichtlich Stimulantienabhängigkeit (RR: 7.5; X^2 , $p < 0,1$) ergibt sich ein niedrigeres relatives Risiko in der Altersgruppe der 16-17 Jährigen. Auch hier fand sich in der Altersgruppe der 14-15 Jährigen in beiden Stichproben keine Diagnose.

Betrachtet man die Diagnosen für Cannabis und Stimulantien im dimensionalen Sinne und nicht kategorial, ergeben sich sowohl für Cannabis in beiden Altersgruppen als auch für Stimulantien höhere relative Risiken mit deutlich signifikanten (X^2 , $p < 0,001$) Unterschieden.

5.4 Soziodemographische Daten

5.4.1 Wohnsituation

Hinsichtlich der Wohnsituation zeigt sich, dass in der Bevölkerungsbefragung 97,8% der Jugendlichen mit Eltern leben, wobei in den Veröffentlichungen diese Kategorie nicht weiter differenziert wird (beide Elternteile, ein Elternteil, Stiefelternsituation). Alleine leben 1,5% und mit anderen 0,7%.

In der Klinikstichprobe leben noch 70% mit ihren Eltern, davon 33% mit beiden leiblichen Eltern, 29% mit einem Elternteil und 9% mit leiblicher Mutter und Stiefvater.

Alleine lebt 1% und mit anderen 29%, dies sind mit 24% in erster Linie Jugendhilfemaßnahmen.

Die Differenz in der Kategorie mit Eltern lebend (97,8% vs. 70%) ist statistisch hoch signifikant (RR: 1,4; X^2 , $p < 0,001$). Die Differenz in der Kategorie mit anderen lebend (0,7% vs. 29%) ist ebenfalls hoch signifikant (RR: 41; X^2 , $p < 0,001$).

5.4.2 Schule

In der Bevölkerungsbefragung gehen 89% der Befragten in die Schule, in unserer Untersuchung sind es nur 60%. Dieser Unterschied ist statistisch hoch signifikant (RR: 1,5; X^2 , $p < 0,001$).

Hinsichtlich des Schultyps besucht in der Bevölkerungsbefragung ungefähr die Hälfte (54,7%) das Gymnasium, 19,7% besuchen die Realschule, 10,2% die Hauptschule und 3,6% eine andere Schule.

In der Klinikstichprobe besuchen die meisten Jugendlichen die Hauptschule (34%), 13% besuchen die Realschule, 3% das Gymnasium und 10% eine andere Schule.

Der Unterschied bei den Schultypen Hauptschule (RR: 3,3; X^2 , $p < 0,001$) und Gymnasium (RR: 18,2; X^2 , $p < 0,001$) ist dabei hoch signifikant. Hinsichtlich des Schultyps Realschule ergibt sich kein signifikanter Unterschied.

6. Diskussion

In der Diskussion wird aus inhaltlichen Überlegungen eine andere Reihenfolge als im Ergebnisteil gewählt. Es wird zunächst der Vergleich der Bevölkerungsdaten mit den Klinikdaten diskutiert. Danach folgt die Diskussion der eigenen Daten.

6.1 Vergleich Bevölkerungsdaten – Klinikdaten

6.1.1 Vergleich Substanzen

Im Vergleich mit den Daten der Bevölkerungserhebung (EDSP) sollen Unterschiede zu einer Klinikstichprobe aufgezeigt werden. Gibt es signifikante Unterschiede bei den Häufigkeiten? Die Tendenz zu erhöhten Risiken für die Klinikstichprobe gegenüber der Normalbevölkerung entspricht den Erwartungen, der starke Ausprägungsgrad der Problematik in der Klinikstichprobe wurde so nicht erwartet.

Außerdem erlaubt die Longitudinalstudie (EDSP), die Informationen über den natürlichen Verlauf liefert, Interpretationsmöglichkeiten für den klinischen Bereich. Wie stabil, dauerhaft sind Diagnosen im Jugendalter? Eine hohe Stabilität würde für einen höheren Therapiebedarf sprechen, für die Notwendigkeit einer Frühintervention, um einer langen Drogenkarriere mit sozialer Desintegration entgegenzuwirken!

Befunde der ersten Nachuntersuchung der EDSP (vgl. Lieb et al., 2000) weisen darauf hin, dass der Konsum von Substanzen in der jüngeren Altersgruppe offensichtlich noch zunimmt und die Konsumraten der Basisuntersuchung eher als konservative Schätzungen der tatsächlichen Häufigkeiten zu werten sind. Auch hinsichtlich Missbrauchs- und Abhängigkeitssyndromen ergaben die Längsschnittbefunde eine Zunahme. Wie bereits in der Einleitung erwähnt zeigte sich im weiteren Verlauf der EDSP (v. Sydow 2001), dass die Missbrauch- und Abhängigkeitskriterien für Cannabis über den Verlauf von vier Jahren stabil blieben und dass Cannabiskonsumenten zu einem stärkeren Gebrauch weiterer illegaler Drogen neigen. In einer Untersuchung von Degenhardt, Hall und Lynskey (2001) zeigte sich bei einer Untersuchung in Australien, dass Diagnosen für Cannabis (Missbrauch oder Abhängigkeit) in hoher Assoziation zu einem erhöhten Risiko für andere substanzbedingte Diagnosen stehen.

Die Fragen nach der Notwendigkeit einer Frühintervention sowie einem höheren Therapiebedarf müssen unter Berücksichtigung dieser Befunde mit ja beantwortet werden.

Für Nikotin zeigen sich in fast allen Kategorien signifikant erhöhte Risiken für das Kliniklientel. Vor allem für regelmäßigen Tabakkonsum und für die Diagnose einer Nikotinabhängigkeit ergeben sich deutliche signifikante Unterschiede.

Bei der Betrachtung der Altersgruppen zeigt sich, dass vor allem bei regelmäßigem Nikotinkonsum in der Klinikstichprobe sich nur geringfügige Unterschiede in den Prozentzahlen zwischen der Gruppe der 14-15 Jährigen und der Gruppe der 16-17 Jährigen ergeben im Vergleich zur Normalbevölkerung. In der Klinikstichprobe liegt das Einstiegsalter für regelmäßigen Nikotinkonsum niedriger als in der Normalbevölkerung. Hieraus ergibt sich ein größerer Risikofaktor für das Kliniklientel. Wie an anderer Stelle erwähnt, ist ein früher Konsum von legalen Drogen ein Risikofaktor für einen späteren Gebrauch illegaler Drogen. Gesundheitspolitisch weiter wichtig ist die Tatsache, dass Nikotinkonsumenten, die früh mit dem Rauchen beginnen, seltener den Konsum beenden als diejenigen, die in späterem Alter mit dem Rauchen beginnen.

Für Alkohol ergibt sich die Tatsache, dass in der Normalbevölkerung mehr Jugendliche abstinent sind oder unregelmäßig Alkohol konsumieren als in der Klinikstichprobe. Für den regelmäßigen Konsum ergibt sich jedoch nur in der Altersgruppe der 14-15 Jährigen ein signifikant erhöhtes Risiko in der Klinikstichprobe. In der Altersgruppe der 16-17 Jährigen dagegen ergibt sich kein signifikanter Unterschied. Das heißt auch im Bereich des Alkoholkonsums zeigen die Klienten der Klinikstichprobe früher Auffälligkeiten als die Normalbevölkerung. In der höheren Altersgruppe der 16-17 Jährigen zeigt sich dann jedoch, wie stark verbreitet und akzeptiert Alkohol in der Jugendkultur ist.

Betrachtet man die Diagnosen für Alkohol im dimensionalen Sinne ergeben sich für beide Altersgruppen (14-15 Jahre/16-17 Jahre) signifikante Unterschiede. Das heißt, betrachtet man den Alkoholkonsum nicht nur quantitativ, sondern auch den Umgang mit Alkohol sowie die sozialen, psychischen und physischen Folgen zeigt sich das Kliniklientel als deutlich gefährdeter und anfälliger.

Für illegale Drogen ergeben sich sowohl bei der Betrachtung des Konsumverhaltens als auch bei der Betrachtung der suchtspezifischen Diagnosen für die Klinikstichprobe signifikant höhere Risiken. Patienten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind deutlich gefährdeter für den Konsum illegaler Drogen als die Normalbevölkerung.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Klinikstichprobe sowohl bei den legalen als auch bei den illegalen Drogen ein früheres Einstiegsalter aufweist und gefährdeter ist für den Konsum legaler und illegaler Drogen sowie für die Entwicklung von suchtspezifischen Diagnosen.

Sogar bei der Substanz Alkohol, in der sich die Konsummuster nicht wesentlich unterscheiden, weist die Klinikstichprobe eine höhere Anzahl von Diagnosen auf. Dies zeigt, wie wichtig es ist nicht nur das Konsumverhalten zu erfragen, sondern auch die Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit zu eruieren, um somit einen Anhalt über den Schweregrad der Problematik zu bekommen und entsprechende Interventionen einzuleiten. Ansonsten besteht die Gefahr das Problemverhalten zu bagatellisieren und verbunden damit kann es erschwert werden einen Zugang zu der Erkrankung des Jugendlichen zu bekommen, was ein Fehlschlagen der Therapie bedeuten würde.

6.1.2 Vergleich Soziodemographie

Im Vergleich zu der Erhebung in der Normalbevölkerung leben in der Klinikstichprobe wesentlich weniger Jugendliche noch mit beiden Eltern, besuchen wesentlich weniger noch die Schule und gehen wesentlich weniger auf das Gymnasium.

In unserer Untersuchung zeigt sich für den Bereich der sozialen Faktoren, dass vor allem das nicht mehr Zusammenleben mit beiden Elternteilen und ein fehlender Schulabschluss Risikofaktoren für einen Substanzkonsum und die Entwicklung von substanzbedingten Diagnosen sind. Im Vergleich zu der Untersuchung der Normalbevölkerung, die jedoch in München durchgeführt wurde und damit auch einen hohen Standard darstellt, haben wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein deutlich sozial benachteiligtes Klientel. Die familiären Systeme sind weniger intakt, das Bildungsniveau ist niedriger und die Ausbildungschancen sind geringer. Alles Faktoren,

die dazu beitragen können einen Substanzgebrauch zu beginnen, sowie riskante Konsummuster und suchtbezogene Diagnosen zu entwickeln.

Die Klinikstichprobe weist somit deutlich mehr soziale Belastungsfaktoren auf als die Normalbevölkerung, d.h. es besteht eine ausgeprägtere soziale Vulnerabilität in der Klinikstichprobe.

Die Unterschiede in den sozialen Daten, d.h. die psychosozialen Belastungsfaktoren, werden im klinischen Alltag als Faktoren, die zu einer stationären Aufnahme beitragen, zu wenig beachtet. Vor allem in einer Zeit, in der es zu einer starken und vielschichtigen Zunahme dieser sozialen Faktoren (Schwächung der Familien, hohe Scheidungsrate, hohe Zahl von Alleinerziehenden, ökonomische Belastungen) kommt, ist es wichtig diese stärker zu berücksichtigen.

6.2 Eigene Ergebnisse der Klinikstichprobe

6.2.1 Allgemeines

Die Stichprobe ist repräsentativ für das Josefinum in Augsburg, eine Klinik mit Versorgungsauftrag und Aufnahmeverpflichtung. Die Klinik hat seit 1975 den Versorgungsauftrag für den Bezirk Schwaben. In diesem Bezirk leben 1,7 Mio. Einwohner. Zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages verfügte die Klinik zum Untersuchungszeitpunkt über 77 stationäre Betten mit ca. 600 Behandlungsfällen im Jahr, 40 tagesklinische Plätze und eine Institutsambulanz mit jährlich 2500 behandelten Patienten.

In der gesamten Untersuchung finden sich insgesamt sehr hohe Werte für Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit sowohl bei legalen als auch bei illegalen psychotropen Substanzen. Unter Einbeziehung von Nikotinkonsum und Alkoholkonsum haben nahezu alle Befragten mindestens einmal in ihrem Leben eine psychotrope Substanz konsumiert. Für mindestens einmaligen Konsum ergibt sich für Alkohol eine Lebenszeitprävalenz von 96%, für Nikotin von 93% und für illegale Drogen von 61%.

Von weiterem großen Interesse sind die Werte für regelmäßigen Konsum: hierbei ergibt sich für Nikotin eine Lebenszeitprävalenz von 76%, für Alkohol von 44% und für

illegale Drogen von 40%. Man findet in der Klinikpopulation demnach sehr hohe Werte für den einmaligen sowie den regelmäßigen Konsum von psychotropen Substanzen.

Unerwartet hoch ist der regelmäßige Nikotinkonsum bei $\frac{3}{4}$ der befragten Patienten und stellt damit die mit Abstand am häufigsten regelmäßig konsumierte psychotrope Substanz dar. Der regelmäßige Konsum illegaler Drogen ist fast genauso hoch wie der regelmäßige Konsum von Alkohol.

Die Untersuchungen zeitlicher Entwicklungsstufen des Konsums von legalen und illegalen Drogen sprechen für eine zeitliche Entwicklung des Drogenkonsums, beginnend mit dem Konsum legaler Drogen, gefolgt von Cannabis und schließlich harten Drogen (Gateway-Theorie). Konsum von Nikotin und Alkohol erniedrigen somit die Schwelle zum Gebrauch illegaler Substanzen und bahnen den Weg zum Missbrauch. Unter Berücksichtigung dieser Theorie, stehen die hohen Werte für legale Drogen im logischen Zusammenhang mit den hohen Zahlen für illegale Drogen. Auch ist in unserer Untersuchung die illegale Droge Nummer eins Cannabis: 60% (n=42) der Befragten in der Stichprobe berichten von einem zumindest einmaligem Cannabisgebrauch, 36% (n=25) von einem regelmäßigen Konsum. Auch für andere illegale Drogen ergeben sich sehr hohe Werte für den Konsum. Die beiden nach Cannabis am häufigsten konsumierten Drogen sind Halluzinogene (26%) mit 14% regelmäßigen Konsumenten und Stimulantien, entweder vom Amphetamintyp (20%) mit 11% regelmäßigen Konsumenten oder vom Kokaintyp (19%) mit 10% regelmäßigen Konsumenten. Der Gebrauch von Ecstasy ist in unserer Untersuchung der Gruppe der Halluzinogene zugeordnet.

Erschreckend ist ebenfalls die Tatsache, dass bei allen Drogen die Gruppe der regelmäßigen Konsumenten überwiegt. In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass fast alle regelmäßigen Konsumenten mehr als nur eine Substanz konsumieren. Von 40%, die einen regelmäßigen Konsum berichten, konsumieren 30% zwei oder mehr Substanzen.

Es findet sich zudem eine hohe Prävalenz für Diagnosen von Substanzstörungen in der untersuchten Patientengruppe. Bemerkenswert ist ebenfalls die Häufung von Diagnosen für Alkohol in Verbindung mit Diagnosen für illegale Drogen. Das gleiche gilt für das gleichzeitige Vorhandensein einer Nikotinabhängigkeit.

Diese Beobachtung wurde, für Alkohol, ebenfalls in der Bremer Jugendstudie von Essau et al. (1998) gemacht. Es wird nahe gelegt, dass unter diesen Umständen Alkohol in gewisser Weise die Qualität einer „Einstiegsdroge“ hat. Gleiches gilt aufgrund unserer Ergebnisse für das Nikotin. Auch in der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) findet sich bei Nikotinkonsumenten ein erhöhter Prozentsatz von Konsumenten illegaler Drogen. In der Untersuchung von Laukkanen et al. (2001) zeigt sich ebenfalls, dass der Konsum von Alkohol mit Nikotinkonsum und einem Probierverhalten für illegale Drogen in Verbindung steht.

Die hohen Ergebnisse für regelmäßigen Tabakkonsum wie die Ergebnisse für regelmäßigen Alkoholkonsum und die Prozentwerte für Nikotinabhängigkeit sowie Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit in unserer Untersuchung sind im Hinblick auf das erhöhte Risiko des Konsums illegaler Substanzen zu betrachten.

Alkohol und Nikotin haben die „Qualitäten“ von Einstiegsdrogen und müssen besser berücksichtigt werden!

Auch Hurrelmann und Bründel (1997) weisen darauf hin, dass in den letzten Jahren in der Ausrichtung präventiver Aktivitäten ein Umdenken stattgefunden hat. Es werden heute nicht mehr die illegalen Drogen als die „Hauptverführer“ der Jugendlichen zum Drogenkonsum gesehen, sondern vielmehr die legalen Drogen, deren Gefährlichkeit immer mehr erkannt wird. Es herrscht Übereinstimmung darin, die präventiven Bemühungen auf die legalen Drogen zu verlagern, da von diesen der Anstoß für die Suchtgefährdung ausgeht.

6.2.2 Alter

Es ist zwar bekannt und alltäglich, dass ein Großteil der Patienten in psychiatrischen Kliniken Nikotin konsumiert und dies auch schon in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der sehr hohe Anteil von 76% regelmäßigen Nikotinkonsumenten war jedoch so nicht zu erwarten.

Betrachtet man die Altersgruppenunterschiede findet sich bereits in der Altersgruppe der 14-15 Jährigen die hohe Zahl von 73% regelmäßigen Konsumenten die in der Altersgruppe der 16-17 Jährigen nur geringfügig auf 78% ansteigt. Wir haben also bereits in der jüngeren Altersgruppe fast gleichviel regelmäßige Konsumenten wie in der älteren Altersgruppe.

Retrospektiv ergibt sich ein frühes Einstiegsalter bei regelmäßigem Tabakkonsum. Die meisten Jugendlichen in unserer Stichprobe beginnen im Alter von 11 bis 14 Jahren mit einem regelmäßigen Nikotinkonsum. Erschreckend ist zudem, dass knapp 10 Prozent der Jugendlichen vor dem zehnten Lebensjahr mit dem regelmäßigen Konsum beginnen.

Bemerkenswert im Hinblick auf die Gateway-Theorie ist die Tatsache, dass das Einstiegsalter für regelmäßigen Nikotinkonsum bei Probanden mit einer Diagnose für illegale Drogen signifikant niedriger liegt als in der Gesamtgruppe. Dies ist ein weiterer Hinweis dafür, welche große Gefahr ein früher Konsum legaler Substanzen, in diesem Fall von Nikotin, für die spätere Entwicklung substanzspezifischer Diagnosen darstellt.

Beim Alkohol liegt die Häufigkeit bei 44% regelmäßiger Konsumenten, d.h. beinahe die Hälfte der Befragten gibt einen regelmäßigen Alkoholkonsum an. Dabei sind bereits 30% in der Altersgruppe der 14-15 Jährigen betroffen und 57% in der Altersgruppe der 16-17 Jährigen.

Frühe Auffälligkeiten in Zusammenhang mit der Einnahme legaler Substanzen, wie Nikotin und Alkohol, zeigen sich in den hohen Prozentzahlen unserer Untersuchung. Es finden sich dabei nicht nur hohe Werte für den Konsum, sondern auch für Missbrauch- und Abhängigkeitsdiagnosen.

Eine Nikotinabhängigkeit findet sich bei 50%, d.h. jedem zweiten der Befragten und dieser Wert ergibt sich bereits nahezu in der Gruppe der 14-15 Jährigen mit 49%, in der Gruppe der 16-17 Jährigen finden sich 51% mit dieser Diagnose.

Bei Alkohol findet sich für eine Diagnose (Missbrauch oder Abhängigkeit) eine Lebenszeitprävalenz von 29%, wobei 16% der Probanden die Kriterien für einen Alkoholmissbrauch und 13% die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit erfüllen. Bereits in der Altersgruppe der 14-15 Jährigen findet sich bei 15% eine Diagnose für Alkohol mit einem Anstieg auf 41% bei den 16-17 Jährigen.

In den Longitudinalanalysen der EDSP (siehe Lieb et al., 2000) konnte ermittelt werden, dass insbesondere frühe Auffälligkeiten in Zusammenhang mit der Einnahme legaler Substanzen (Alkoholmissbrauch, Nikotin- und Alkoholabhängigkeit) und die Verfügbarkeit der Substanz (Konsum in der peer group, allgemeine Zugänglichkeit) machtvolle Prädiktoren zur Vorhersage einer Zunahme von Cannabiskonsum bei 14-17 Jährigen darstellen.

Hier sei noch angemerkt, dass unabhängig von diesen individuumsspezifischen substanzbezogenen Faktoren auch elterlicher Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit sowie niedriges Selbstwertgefühl eine enge Assoziation zur Steigerung des Drogenkonsums bei Jugendlichen aufweisen.

Zusammenfassend kommt es bei unserem Klientel sehr früh zu Auffälligkeiten in Verbindung mit legalen und illegalen Drogen, sowohl was den Konsum betrifft als auch hinsichtlich des Auftretens suchtspezifischer Diagnosen.

Frühere Untersuchungen ergaben, dass frühe Auffälligkeiten in Verbindung mit legalen Drogen Prädiktoren für einen späteren Konsum illegaler Drogen darstellen. Dies bestätigt sich deutlich durch die Ergebnisse in der vorliegenden Untersuchung. Es ist daher dringend indiziert für den Bereich der legalen Drogen geeignete präventive Maßnahmen für die stationäre Behandlung zu finden, zu integrieren und anzuwenden.

Grundsätzlich dienen bereits therapeutische Behandlungsformen zur Verbesserung der sozialen Kompetenz, zur Stärkung des Selbstwertgefühls sowie des Selbstbewusstseins und zur Nachreifung auch der Prävention. Sie sollten jedoch auch inhaltlich den Kontext zu Konsumverhalten von legalen und illegalen Drogen aufgreifen und bearbeiten. Dies kann in Einzel- oder in Gruppenformen stattfinden. In Form eines freien Austauschs von Erfahrungen, gezielter Information, über Rollenspiele und praktische Übungen.

Präventive Maßnahmen dienen nicht nur der Verhinderung des Konsums, sondern sollten auch den Zweck haben den Konsum legaler Drogen möglichst lange hinauszuzögern, um dadurch protektive Bedeutung in bezug auf illegale Drogen zu erlangen.

6.2.3 Geschlecht

Insgesamt finden sich für die Diagnosen (Nikotinabhängigkeit, Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit, sowie Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen) bezogen auf die Gesamtgruppe keine signifikanten Geschlechtsunterschiede. In unserer Untersuchung sind Mädchen genauso stark betroffen und gefährdet für den Konsum von legalen sowie illegalen Drogen und die Entwicklung von suchtspezifischen Diagnosen wie Jungen. Tendenziell haben die männlichen Jugendlichen in unserer Untersuchung höhere Häufigkeiten bei Alkohol und Cannabis, was jedoch nicht statistisch signifikant ist.

Bei der Nikotinabhängigkeit ergibt sich ein interessanter geschlechtsspezifischer Befund mit 56% weiblichen Probanden versus 42% männlichen Probanden, obwohl mehr männliche Probanden einen regelmäßigen Nikotinkonsum angeben (84% vs. 69%). Diese Zahlen haben keinen signifikanten Unterschied, betrachtet man jedoch die Anzahl der regelmäßigen Nikotinkonsumenten, die eine Nikotinabhängigkeit entwickeln ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den männlichen und den weiblichen Jugendlichen und dies vor allem in der Gruppe der 16-17 Jährigen mit einem signifikant höheren Risiko für die Mädchen. Dies bedeutet, dass mehr Mädchen mit einem regelmäßigen Tabakkonsum auch die Kriterien für eine Nikotinabhängigkeit erfüllen. Untersucht man die einzelnen Kriterien genauer werden bei den weiblichen Jugendlichen alle Kriterien öfter genannt als bei den männlichen Jugendlichen. Statistische Relevanz zeigen die Kriterien "Toleranz", "mehr oder länger als beabsichtigt konsumiert" und "Konsum trotz gesundheitlicher Probleme". Die Tatsache, dass mehr weibliche, regelmäßige Nikotinkonsumenten eine Nikotinabhängigkeit vorweisen, ist also nicht auf ein Kriterium, das bei den weiblichen Jugendlichen stark herausragt zurückzuführen, sondern darauf, dass die weiblichen Jugendlichen für alle Kriterien höhere Häufigkeiten aufweisen. Diese Beobachtung ist jedoch nur bei Nikotin zu machen, so dass davon auszugehen ist, dass die männlichen Jugendlichen auch in dieser Kategorie ehrliche Antworten gegeben haben. Inwiefern die Selbsteinschätzung der einzelnen Kriterien beim weiblichen Geschlecht anders ist als beim männlichen Geschlecht, eventuell explizit beim Nikotinkonsum, ist mit dieser Untersuchung nicht zu klären.

In einer Untersuchung von Johnson und Richter (2002) zur Beziehung zwischen Rauchen, Alkoholkonsum und der Selbsteinschätzung der Gesundheit bei Jugendlichen ergab sich einerseits insgesamt die Tendenz, dass Jugendliche die rauchen und trinken eine schlechtere Gesundheit berichteten als diejenigen, die nicht konsumierten. Zusätzlich zeigten sich Geschlechtsunterschiede. Insgesamt gaben männliche Jugendliche eine bessere Einschätzung ihrer Gesundheit an als weibliche Jugendliche. Diese Differenz stieg mit zunehmendem Konsum von Nikotin und Alkohol überproportional an. Der Effekt auf die Selbsteinschätzung war bei Konsum von Nikotin alleine oder der Kombination von Nikotin und Alkohol am ausgeprägtesten. Es zeigt sich also, dass Rauchen einen stärkeren Effekt auf die Selbsteinschätzung hat als der Konsum von Alkohol. Dadurch könnte sich auch der Befund in unserer Untersuchung erklären lassen.

Es wird diskutiert, dass weibliche Jugendliche durch den Substanzkonsum wirklich mehr gesundheitliche Probleme erfahren als männliche Jugendliche. Andererseits ist es auch möglich, dass die gesundheitlichen Probleme für beide Geschlechter gleich sind, weibliche Jugendliche jedoch mehr auf die gesundheitlichen Probleme achten, oder männliche Jugendliche übermäßig optimistisch hinsichtlich ihrer Gesundheit sind, oder weibliche Jugendliche übermäßig pessimistisch hinsichtlich ihrer Gesundheit. Alternativ ist es auch möglich, dass die gesundheitlichen Probleme gleich sind, und das Bewusstsein dieser ebenfalls bei beiden Geschlechtern gleich, es jedoch Unterschiede gibt, inwiefern die Selbstbeurteilungen die tatsächlichen Gedanken und Gefühle der Jugendlichen widerspiegeln.

In einer Untersuchung von Laukkanen et al. (2001) zeigte sich unter anderem, dass weibliche Jugendliche, die einen starken Alkoholkonsum berichten häufiger psychosomatische Symptome zeigen und ein negatives soziales Selbstbild haben. Insgesamt ging ein starker Alkoholkonsum bei weiblichen Jugendlichen mit ausgeprägteren sozialen Dysfunktionen einher als bei männlichen Jugendlichen. Hinsichtlich der Ausprägung des Alkoholkonsums gab es keinen Unterschied zwischen Mädchen und Jungen.

Betrachtet man in unserer Untersuchung die Geschlechtsunterschiede der primären psychiatrischen Diagnosen bei Patienten, die im Interview eine substanzbedingte Diagnose für Alkohol und/oder illegale Drogen hatten, so zeigt sich bei den männlichen Jugendlichen ein Überwiegen der Störung des Sozialverhaltens. Affektive Störungen

oder Ess-Störungen werden bei den männlichen Jugendlichen nicht diagnostiziert. Bei den weiblichen Jugendlichen überwiegen dagegen die Persönlichkeitsstörungen (vor allem emotional-instabiler Typ) und es werden auch depressive Störungen sowie Ess-Störungen diagnostiziert.

Im Gegensatz zu den substanzbedingten Störungen zeigt sich somit bei den Co-Morbiditäten ein deutlicher Geschlechtsunterschied.

Die Diagnose einer Substanzstörung ist also nicht an eine bestimmte primäre psychiatrische Diagnose gebunden, sondern es zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede.

6.2.4 Diagnosen

Hinsichtlich der Diagnosen ist es wichtig an dieser Stelle nochmals darauf hinzuweisen, dass es sich um zusätzliche suchtbetogene Diagnosen handelt, die nicht den Einweisungsgrund darstellen. Patienten, bei denen sich in unserer Untersuchung eine substanzbedingte Störung ergibt, kommen vornehmlich wegen Anpassungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und Persönlichkeitsstörungen in die Klinik. Suchtbetogene Diagnosen sind im Vorfeld der Aufnahme nur in Einzelfällen gestellt worden und auch in der Klinik wurden diese Diagnosen nur sehr selten gestellt.

In unserer Erhebung ergibt sich mit einem standardisierten Verfahren ein hoher Prozentsatz von Diagnosen für Missbrauch und Abhängigkeit. Stellt man die Ergebnisse der standardisierten Befragung in Bezug zu den klinischen Befunden und untersucht man wie häufig von Klinikern Diagnosen für Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit gestellt werden zeigt sich ein Ergebnis, das bereits aus früheren Untersuchungen bekannt ist (Hansen, S. S., 2000). Es kommt zu einer Unterdiagnostizierung von Substanzstörungen bei psychiatrischen Patienten durch die behandelnden Ärzte.

In der Untersuchung von Hansen et al. (2000) zeigte sich auch, dass es trotz des Wissens um eine klinische Untersuchung bezüglich substanzbedingter Störungen zu keiner verbesserten Diagnosestellung in den Kliniken kam.

Auch in unserer Untersuchung werden in der Klinik substanzbedingte Diagnosen nur sehr selten gestellt. Dies gilt vor allem für die legalen Drogen Nikotin und Alkohol. In den stationären Entlassbriefen wird kein einziges Mal die Diagnose einer

Nikotinabhängigkeit und nur einmal die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit gestellt. In allen anderen Fällen werden die legalen Drogen, die hinsichtlich der substanzbezogenen Diagnosen den Großteil darstellen, nicht berücksichtigt. Auch wenn die Informationen über Missbrauch oder Abhängigkeit vorliegen, wird es nicht als notwendig erachtet, diese Diagnosen zu stellen.

Die Bedeutung der legalen Drogen wird nicht erkannt und im klinischen Alltag vernachlässigt.

Diagnosen für illegale Drogen werden gestellt, jedoch noch sehr vorsichtig (eher Missbrauch als Abhängigkeit). Auch kommt es vor, dass die Diagnosen erwähnt werden, jedoch nicht als ICD-10 Diagnose verschlüsselt werden.

Für illegale Drogen besteht ein besseres Bewusstsein als für legale Drogen, es werden jedoch noch nicht die notwendigen therapeutischen Konsequenzen gezogen und die Symptomatik ist nicht in das therapeutische Konzept integriert. Eine Substanzstörung kann den therapeutischen Prozess negativ beeinträchtigen und muss daher unbedingt in die Therapieplanung mit einbezogen werden.

Die Vermeidung eine Diagnose hinsichtlich legaler Drogen (Nikotin und Alkohol) zu stellen ist vor allem unter dem Gesichtspunkt der Prävention sehr kritisch zu betrachten. In neuesten Veröffentlichungen wird zunehmend darauf hingewiesen, dass die Prävention für den Konsum illegaler Drogen bei den legalen Drogen beginnen muss (Remschmidt, 2002), was bereits 1997 von Hurrelmann und Bründel gefordert wurde. Dies als logische Konsequenz, der bereits oben erwähnten Tatsache, dass frühe Auffälligkeiten mit Nikotin und Alkohol Risikofaktoren für einen späteren Konsum illegaler Drogen sind. Die geringe Anzahl der gestellten Diagnosen für legale Drogen scheint auch den Blickwinkel der gesellschaftlichen Akzeptanz dieser Drogen darzustellen, der auch vor den Köpfen der therapeutisch tätigen Mitarbeiter der Klinik nicht Halt macht.

Weitere Gründe könnten das Fehlen von vorhandenen therapeutischen Konzepten, das Unwissen therapeutischer Maßnahmen sowie eine Unsicherheit im Umgang mit substanzbedingten Störungen bei co-morbiden Patienten sein.

Im Hinblick auf eine effektive Prävention und therapeutische Behandlung ist es dringend notwendig suchtbezogene Diagnosen zu erfassen und zu stellen. Vor allem Nikotin und Alkohol müssen deutlicher wahrgenommen und diagnostiziert

werden. Klinisch und ambulant behandelnde Ärzte müssen für diese Diagnosen und ihre Bedeutung zunehmend sensibilisiert werden.

Es ist notwendig Ärzte, Psychologen und Pflegepersonal, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, zu schulen. In Fortbildungen muss auf die Bedeutung der legalen Drogen Nikotin und Alkohol eingegangen werden, es müssen die Diagnosekriterien und Behandlungsmöglichkeiten bekannt sein. Dies gilt sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Rahmen. Bei entsprechender Beachtung könnten bereits im Vorfeld der stationären Aufnahme substanzbedingte Co-Morbiditäten erfasst und behandelt werden.

Man muss sich in diesem Zusammenhang auch die Frage nach dem Sinn der Zweidimensionalität von Diagnosen im jugendlichen Alter (Fulkerson J. A., Harrison P. A. & Beebe T. J., 1999) stellen. Fulkerson et al. empfehlen ein eindimensionales Modell substanzbedingter Störungen bei Adoleszenten, d.h. es sollte auf die Unterscheidung von Missbrauch und Abhängigkeit verzichtet werden. Es wird dabei auch für die klinische Praxis die Frage nach dem Nutzen und dem Zweck einer Unterscheidung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit gestellt.

Es gibt ein Überlappen der Symptome für Missbrauch und Abhängigkeit. Vor allem die Missbrauchssymptome „Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen“ und „wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch“ traten in Verbindung mit schweren Abhängigkeitssymptomen auf (Harrison P. A., Fulkerson J. A. & Beebe T. J., 1998).

Insgesamt gehen die Tendenzen dahin, die Sucht, vor allem im Jugendlichenbereich, als dimensionales Problem und nicht als kategoriales Problem zu betrachten.

Unter dem Gesichtspunkt der Dimensionalität erhält die hohe Zahl von Diagnosen eine noch größere Bedeutung! Jeder zweite Jugendliche der Stichprobe hat eine zusätzliche suchtbezogene Diagnose für Nikotin, jeder Dritte eine Diagnose für Alkohol, jeder vierte eine Diagnose für illegale Drogen.

Ebenfalls wichtig ist die hohe Zahl von „heavy users“, von denen nicht alle die Kriterien für einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit erfüllen, aber im Sinne des dimensionalen Konzepts gefährdet für die Entwicklung einer Diagnose sind. Zoccolillo

et al. (1999) weisen darauf hin, dass das nicht Vorhandensein einer substanzbedingten Diagnose nicht automatisch die Abwesenheit eines problematischen Konsumverhaltens bedeutet. Auch ein problematisches Konsumverhalten sollte somit berücksichtigt werden.

6.2.5 Soziale Daten

Hinsichtlich der soziodemographischen Faktoren leben sehr viele Jugendliche nicht mehr mit beiden leiblichen Eltern zusammen, ein hoher Prozentsatz lebt in Jugendhilfeeinrichtungen und hat zumeist ein niedriges Bildungsniveau mit ungünstigen beruflichen Perspektiven.

Die meisten Jugendlichen, nämlich 70% leben noch mit Eltern, wobei aber nur 33% mit beiden leiblichen Elternteilen zusammenleben. 29% leben mit einem Elternteil und 9% mit der leiblichen Mutter und Stiefvater. In der durchgeführten Untersuchung lebt zudem die große Zahl von 24% (n=17) der Befragten in einer Jugendhilfemaßnahme.

Außer für Nikotin ergeben sich sowohl für Alkohol als auch für illegale Drogen auffällige Unterschiede. Sowohl in der Gruppe der Alleinerziehenden als auch in der Gruppe der Jugendlichen in einer Jugendhilfemaßnahme ergeben sich deutlich höhere Zahlen für Alkoholdiagnosen als auch für Diagnosen für illegale Drogen.

Es ist anzunehmen, dass das Zusammenleben mit beiden leiblichen Eltern einen protektiven Faktor darstellt, wobei noch nichts über die Beziehung der Familienmitglieder zueinander oder die Kommunikation innerhalb der Familie ausgesagt ist. Kinder von Alleinerziehenden oder in Heimeinrichtungen haben ein erhöhtes Gefährdungspotential, wobei berücksichtigt werden muss, dass viele Jugendliche, die in eine Heimeinrichtung gehen, aus schwierigen familiären Verhältnissen kommen und bereits vor Aufnahme in die Jugendhilfemaßnahmen auffällige Verhaltensweisen zeigen. Hinsichtlich der Ergebnisse müssen also noch zahlreiche andere Faktoren berücksichtigt werden.

Unabhängig von diesen Parametern ist jedoch dieser überaus deutliche Unterschied bei der einfachen Untergruppenbildung der Wohnsituation überraschend. Vor allem auch

hinsichtlich der Entwicklung der Aufwuchssituation von Kindern und Jugendlichen in unserer Gesellschaft.

Für den Bereich Schule ergeben sich deutlich erhöhte relative Risiken für den Konsum und substanzbedingte Diagnosen bei den Probanden ohne Schulabschluss gegenüber denjenigen mit einem Schulabschluss, d.h. ein fehlender Schulabschluss ist mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer substanzbedingten Diagnose verbunden.

Der Besuch der Schulart zeigt keinen deutlichen Unterschied in den Konsumverhalten. Nur bei einer Diagnose für Cannabis zeigen sich deutlich erhöhte Werte für die Probanden, die eine Hauptschule besuchen.

Im Hinblick auf die soziodemographischen Daten findet sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Hochrisikoklientel. Die familiären Systeme sind weniger intakt, das Bildungsniveau ist niedriger und die Ausbildungschancen sind geringer. Alle Faktoren, die dazu beitragen können einen Substanzgebrauch zu beginnen, riskante Konsummuster und suchtbetonte Diagnosen zu entwickeln.

Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass Klinikaufnahmen bedingt durch den sozialen Hintergrund ein allgemeines Thema in allen Bereichen der Medizin darstellt. Eine Besonderheit der Kinder- und Jugendpsychiatrie stellt die Zusammenarbeit mit den Jugendhilfemaßnahmen dar, wodurch bereits ein gewisser Prozentsatz (in der vorliegenden Untersuchung 24%) von Patienten aus schwierigem sozialem Hintergrund mit Faktoren sozialer Vulnerabilität, Beziehungsabbrüchen und häufig traumatischen Kindheitserfahrungen in die Klinik kommt.

6.2.6 Konsequenzen für die klinische Arbeit

Wenn man sich die vorliegenden Ergebnisse mit Wissen der oben genannten Theorien und Erkenntnisse betrachtet, ergibt sich die Tatsache, dass man in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein höchst gefährdetes Klientel findet. Es zeigen sich, wie oben ausgeführt, hohe Prozentzahlen für legale Drogen, die als Risikofaktoren für den Konsum illegaler Drogen eine wichtige Rolle zu spielen scheinen.

Ein weiterer Faktor, der diese Hypothese unterstützt, ist, dass in unserer Untersuchung das Einstiegsalter für regelmäßigen Nikotinkonsum bei Probanden mit einer Diagnose für illegale Drogen signifikant niedriger liegt als in der Gesamtgruppe.

Frühe Auffälligkeiten in Verbindung mit den legalen Drogen Nikotin und Alkohol sind Risikofaktoren für spätere Auffälligkeiten in Verbindung mit illegalen Drogen! Vor allem Substanzstörungen von Nikotin und Alkohol, aber auch Co-Morbiditäten in Verbindung mit illegalen Substanzen, müssen daher erfasst und in den therapeutischen Konzepten der Kliniken berücksichtigt werden!

Die hohen Prozentzahlen für die legalen Drogen Nikotin (Prävalenz von 50%) und Alkohol (Prävalenz von 29%), ebenso wie das Ergebnis von 26% der Befragten mit einer Diagnose für illegale Drogen, unterstreicht die Wichtigkeit, Patienten, die in eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen werden, auf Substanzstörungen zu untersuchen. Screeningverfahren im Rahmen einer systematischen Diagnostik zur Erfassung dieser Jugendlichen sind notwendig. Eine Diagnostik zur Erfassung von substanzbedingten Störungen bei Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte Standard sein. Der Fokus sollte nicht nur den primären psychiatrischen Symptomen gelten, sondern auch auf eventuell vorhandene substanzbedingte Störungen gerichtet werden. Es ist wichtig, direkt darauf einzugehen, denn bei der Exploration wird von Seiten des Patienten nur das erzählt, wonach gefragt wird.

Kritisch ist die hohe Zahl von nicht gestellten Diagnosen zu betrachten. Vor allem die Diagnosen für die legalen Drogen, die jedoch extrem wichtig sind für den Einstieg in die Prävention, werden nicht gestellt und damit auch in den therapeutischen Konzepten nicht berücksichtigt.

Diagnosen für Nikotin und Alkohol müssen gestellt und nach ICD-10 oder DSM-IV klassifizierte werden.

In einer Studie der Medical University of South Carolina (vgl. Deas-Nesmith et al., 1998) ergab sich eine Prävalenz von 33% für Substanzstörungen (Alkohol und illegale Drogen). Das Design der Studie ist mit unserer vergleichbar, jedoch wurde in dieser Erhebung das SCID-R, ein strukturiertes Interview für DSM-III-R Diagnosen, verwendet. Die Autoren dieser Studie weisen darauf hin, dass die Patienten, die eine

komorbide Substanzstörung aufweisen, eine höhere Rate von Rezidiven aufweisen. Es wird vermutet, dass Jugendliche die eine nicht-diagnostizierte Substanzstörung in Verbindung mit einer primären psychiatrischen Störung haben, weniger auf eine Therapie ansprechen und zu wiederholten Krankenhausaufenthalten neigen.

Auch Hansen et al. (2000) weisen daraufhin, dass psychisch Kranke mit gleichzeitigem Gebrauch illegaler Substanzen eine schwerere Symptomatik und eher sozial dysfunktionales Verhalten aufweisen. Zudem haben sie eine geringere Therapie-Compliance, ein schlechteres Therapieoutcome und eine höhere Rate von Wiederaufnahmen. Einschränkend für die letztgenannte Untersuchung ist, dass es sich um eine Untersuchung in der Erwachsenenpsychiatrie handelt. Weitere Untersuchungen zur Verifizierung der Vermutungen sind daher erforderlich.

Eigene Hypothesen für ein schlechteres Ansprechen auf eine Therapie bei komorbiden Substanzstörungen werden kurz dargestellt. Der Jugendliche vermeidet das Thema oder ist sich eines Problemverhaltens nicht bewusst, der Therapeut vermeidet ebenfalls („Co-Abhängigkeit“) oder sieht nicht die Bedeutung der Problematik. Dadurch wird der Substanzgebrauch kein Thema der Therapie, ist aber weiterhin vorhanden, wird eventuell während der Klinikzeit ausgesetzt oder auch beibehalten. Wird während der Therapie weiter konsumiert, kann es sein, dass der Jugendliche für die Therapie nicht zugänglich wird, da er sich in seinem Fehlverhalten bestätigt/überlegen fühlt, da das Problemverhalten nicht erkannt wird. Andererseits kann er sich nicht verstanden fühlen, da Probleme ignoriert oder nicht erkannt werden und es kann dadurch keine Vertrauensbasis für eine Therapie geschaffen werden.

Bei fortgesetztem Konsum von Alkohol und illegalen Drogen trägt auch die Wirkung der Substanzen zu kognitiven Beeinträchtigungen mit einer verminderten Auffassungsgabe und Zugänglichkeit der Patienten bei. Beobachtungen während der eigenen klinischen Tätigkeiten zeigten, dass speziell bei regelmäßigem Cannabiskonsum erst nach längerer Abstinenz (mindestens 2 Wochen) eine konstruktive therapeutische Arbeit möglich ist. Zeitabläufe, Konzentration und Denkabläufe werden verändert. Bei schwerem Cannabismisbrauch kann ein Amotivationales Syndrom mit Antriebsminderung, psychomotorischer Verlangsamung, Interessenverlust, Isolierungstendenzen sowie Lern- und Leistungsstörungen beobachtet werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass hinsichtlich der

Lebenszeitprävalenz 19% der Befragten in unserer Untersuchung einen täglichen Cannabiskonsum angaben.

Bei schweren Ecstasy-Konsumenten kommt es häufig zu kognitiven Beeinträchtigungen mit Effekten auf Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnisfunktion. Zudem treten bei Ecstasy-Konsumenten gehäuft affektive Störungen auf (Thomasius, 1999).

Drogen haben einen Einfluss auf die psychische Verfassung, auf den Therapieverlauf und auf den Therapieerfolg.

Ist bereits vor oder während der Therapie der Konsum der Substanz beendet worden, sollte die Suchtproblematik dennoch thematisiert werden, da der Patient die Erfahrung gemacht hat, dass der Konsum ihm Erleichterung verschafft. Der Drogenkonsum ist dabei als „Bewältigungsversuch“ zu sehen, um negative Gedanken und Emotionen zu beeinflussen. Es besteht daher bei fehlender Auseinandersetzung mit der Problematik und fehlendem Bewusstsein der Funktion des Konsums, eine erhöhte Gefahr in Belastungssituationen alte Rituale, die schnell Erleichterung verschaffen, wiederaufzugreifen. Es müssen in der Therapie andere Bewältigungsstrategien gefunden und erarbeitet werden.

Bei einem starken Ausprägungsgrad der Störung sollten Jugendliche auf spezielle Stationen für drogenabhängige Jugendliche verlegt oder nach ambulantem Vorkontakt direkt dort aufgenommen werden. In Deutschland gibt es in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken nur sehr wenige auf diesen Bereich spezialisierte jugendpsychiatrische Stationen und die Jugendlichen müssen häufig in die Erwachsenenpsychiatrie ausweichen, wo sie nicht entsprechend ihrem Alter und ihrem Entwicklungsstand behandelt werden können.

Diese Ergebnisse unterstreichen nochmals deutlich die unbedingte Notwendigkeit bei Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Substanzstörungen, legale sowie illegale, zu erfassen und in den Therapiekonzepten zu berücksichtigen, sowohl im Hinblick auf die Gefahr einer Drogenkarriere als auch hinsichtlich des Einflusses auf andere vorhandene Störungen und den damit verbundenen Therapieverlauf.

Jugendliche, die wegen psychischen Auffälligkeiten und Störungen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen werden, haben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung oder das Vorhandensein einer substanzbedingten Störung.

Zusammenfassend bedeutet dies für den klinischen Alltag:

- Es muss an die Möglichkeit einer zusätzlichen substanzbedingten Störung gedacht werden. Sowohl im Hinblick auf die legalen Drogen Nikotin und Alkohol als auch für illegale Drogen.
- Es muss dahingehend exploriert werden (Screeningverfahren im Rahmen einer systematischen Diagnostik).
- Vorhandene Diagnosen müssen gestellt und nach den Diagnosesystemen ICD-10 oder DSM-IV verschlüsselt werden. Vor allem auch die Diagnosen für Nikotin und Alkohol.
- Es muss der Schweregrad der Störung festgestellt werden und es muss eine Einschätzung erfolgen, welches Störungsbild vorrangig zu bearbeiten ist.
- Eine vorhandene Störung muss thematisiert werden. Sie darf unter keinen Umständen vermieden werden.
- Die vorhandene Störung muss in den Therapieplan integriert werden.
- Es müssen präventive Programme für Nikotin und Alkohol integrierte werden.

6.3 Folgerungen und Ausblick

Die aus unserer eigenen Untersuchung berichteten Ergebnisse zur Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs und klinisch relevanter Störungen bezüglich legaler und illegaler Substanzen beziehen sich auf die hochselektive Stichprobe einer Klinikpopulation in einer Klinik mit einem bestimmten Einzugsbereich.

Es gibt international bisher nur sehr wenige Studien, welche die Fragestellung unserer Studie untersucht haben. Die meisten internationalen Studien und dabei vor allem in den USA, konzentrieren sich auf die Untersuchung von Co-Morbiditäten bei Jugendlichen, die Behandlung für eine Substanzstörung suchen und nicht umgekehrt, wie in unserer Erhebung. Unsere Ergebnisse machen deutlich, dass es notwendig ist Jugendliche, die in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen werden, sorgfältig und

systematisch auf das Vorhandensein von Substanzstörungen zu untersuchen. Eine gute Diagnosestellung und die Berücksichtigung einer vorhandenen Substanzstörung in dem Therapiekonzept könnte wahrscheinlich das Ergebnis der Therapie verbessern und die Gefahr eines Rezidivs mit erneutem Krankenhausaufenthalt reduzieren.

Es ist wichtig neue Ansätze in der Therapie zu finden, um das Therapieoutcome zu verbessern. Störungen in Verbindung mit legalen und illegalen Substanzen müssen in die Therapiekonzepte auf jugendpsychiatrischen Stationen integriert werden. Vor allem frühe Auffälligkeiten in Verbindung mit Nikotin und Alkohol müssen erfasst werden und es müssen therapeutische Interventionen für Nikotin- und Alkoholabhängigkeit in den kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsplan integriert werden.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie muss sich folglich als ein Gebiet, dass mit einem hohen Prozentsatz von gefährdeten Jugendlichen konfrontiert ist, intensiver in die Prävention und Therapie einschalten. Es sollten Wege gefunden werden inwiefern Aufklärung und Beratung in den stationären Alltag eingebaut werden können, um ein weiteres Fortschreiten von Drogenkonsum zu verhindern, den natürlichen Verlauf des Konsums psychotroper Substanzen in eine positive Richtung zu lenken oder Einstiegsverhalten in Drogen zu vermeiden.

Es muss vor allem überprüft werden, inwiefern Konzepte zur Prävention bei legalen Drogen, als Risikofaktoren für einen späteren Konsum illegaler Drogen oder der Entwicklung einer Substanzstörung, in die Therapiekonzepte der Kliniken integriert werden können.

Präventive Konzepte müssen vor allem auf die legalen Drogen Nikotin und Alkohol ausgerichtet sein!

Primärpräventive Maßnahmen wurden vor allem für die Anwendung in der Schule entwickelt und dort angewendet (Leppin, 2000). Als der bisher vielversprechendste Ansatz zur schulischen Gesundheitsförderung gilt die Förderung genereller Lebenskompetenz („life skills approach“). Präventive Maßnahmen sollen die Frustrationstoleranz erhöhen und individuelle Ressourcen fördern. Kennzeichnend ist die Integration spezifischer Komponenten in einen umfassenderen Teil zur Förderung allgemeiner sozialer Kompetenzen und Coping-Strategien. Typische Inhaltsbereiche sind die Vermittlung ausgewählter Informationen, Steigerung des Lebensgefühls, Vermittlung grundlegender Bewältigungsfertigkeiten und das Training sozialer

Kompetenzen. Die Vermittlung erfolgt mittels verhaltensmodifikatorischen Methoden wie Rollenspielen, Selbstbeobachtungsaufgaben, Selbstinstruktionen und Klassenverträgen. Gegenüber klassischen sozialen Kompetenztrainings unterscheiden sich die Lebenskompetenztrainingsprogramme durch ein größeres Gewicht auf Coping-Strategien und einen problemspezifischen Übungs- und Informationsteil. Die schulischen Konzepte müssten auf ihre Übertragbarkeit in den klinischen Behandlungsplan überprüft und eventuell modifiziert werden. Primärpräventive Maßnahmen müssten aufgrund des frühen Einstiegsalters vor allem für legale Drogen jedoch bereits im Grundschulalter beginnen.

Sekundärprävention dient dazu, die bereits riskant konsumierenden Jugendlichen in präventive Maßnahmen einzubinden, um das Abgleiten in missbräuchliche Konsummuster zu verhindern. Auch hier könnte die Kinder- und Jugendpsychiatrie sekundärpräventive Konzepte integrieren.

Als ein Fachgebiet, das mit einem hochgefährdeten Klientel arbeitet, könnte eine weitere Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Vermittlung gefährdeter Jugendlicher an präventive Maßnahmen der Jugendhilfe, der Drogenhilfe oder andere Angebote der Städte und Gemeinden sein.

Bei zusätzlichen bereits vorhandenen substanzbedingten Störungen muss zunächst abgewogen werden, welche Störung aktuell im Vordergrund steht, um zu entscheiden, ob der Jugendliche auf einer allgemeinspsychiatrischen Station oder auf einer speziellen Entgiftungsstation behandelt werden muss. Eventuell kann auch im Verlauf der Behandlung eine Verlegung notwendig werden. Unsere Untersuchung befasste sich jedoch mit Jugendlichen, die primär wegen einer nicht suchtspezifischen Diagnose zur stationären Behandlung kamen, so dass hier zunächst von einer Zweitdiagnose durch die Substanzstörung auszugehen ist. Dabei sollten therapeutische Konzepte auf den allgemeinspsychiatrischen Stationen integriert werden, welche die substanzbedingte Störung berücksichtigen. Dies beinhaltet einerseits einen kontrollierenden Rahmen einschließlich Drogenscreenings, andererseits die Berücksichtigung der Drogenproblematik inhaltlich in Einzelgesprächen sowie in gruppentherapeutischen Settings.

Zu berücksichtigen und eventuell zu untersuchen sind Erstkontakte von Patienten ohne Drogenerfahrung mit der Thematik Drogen im Rahmen einer stationären Therapie und dadurch eventuell bedingte negative Einflüsse auf das weitere Verhalten. Inwieweit präventive Konzepte diese „Ansteckungsgefahr“ reduzieren helfen müsste dann ebenfalls untersucht werden.

6.4 Weiterführende Forschungsthemen

Es wäre wünschenswert, dass diese Untersuchung Anstoß für weitere Erhebungen ist: Replikation der Daten an anderen Kliniken zur Beantwortung der Frage nach der Generalisierbarkeit der Ergebnisse, gemeinsame Projekte an mehreren Kliniken.

Aufgrund der hohen Relevanz früher Auffälligkeiten in Verbindung mit legalen Substanzen für die Entwicklung einer substanzbedingten Störung sollte die Untersuchung auf jüngere Patienten erweitert werden.

Zusammenhänge zwischen sozialer Situation und Klinikaufnahme, Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Behandlung sowie die Evaluierung von integrierten Therapieprogrammen in das stationäre Setting sind weitere interessante Untersuchungsansätze.

Interessant, aber sehr aufwendig wäre eine prospektive Langzeituntersuchung von Patienten einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik vom Jugendalter bis in das Erwachsenenalter. Wie häufig ist Probierverhalten, wie häufig sind Missbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnosen vorübergehender Natur, wie häufig kommen Jugendliche mit einer zusätzlichen substanzbedingten Diagnose im Erwachsenenalter wegen einer Drogenproblematik in eine Drogentherapie? Kann eine derartige Tendenz durch eine vorzeitige Therapie positiv beeinflusst werden? Wie ist der Krankheitsverlauf bei Patienten mit einer zusätzlichen substanzbedingten Diagnose im Vergleich zu den anderen Patientengruppen?

Ein besonders spannender Ansatz wäre die Erweiterung des durchgeführten Interviews (Munich-Composite International Diagnostic Interview) auf alle seine Sektionen. Mit diesem Ansatz wäre es möglich Vorstellungen zu bekommen über Wahrscheinlichkeiten von Diagnosen und Belastungsfaktoren, die zu stationären

Aufnahmen führen und es wären Aussagen über die Kumulation von Risiken möglich. Zudem könnten Aussagen gemacht werden welche Störungen zuerst bestanden, Substanzstörungen oder andere psychiatrische Störungen und es wäre eventuell möglich, Zusammenhänge zwischen Co-Morbiditäten herzustellen.

7. Literaturverzeichnis

Aarons G. A., Brown S., Hough R. L., Garland A. F., Wood P. A. (2001). Prevalence of adolescent substance use disorders across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40, 419-426.

Bortz J. (1985). *Lehrbuch der Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

Breslau N., Novak S. P., Kessler R. C. (2004). Daily Smoking and the subsequent onset of psychiatric disorders. *Psychology and Medicine* 34, 323-333.

Bühl A., Zöfel P. (2000). *SPSS Version 9 – Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. München: Addison-Wesley.

Chen K., Kandel D. B. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health* 85, 41-47.

Chung T., Martin C. S., Armstrong T. D., Labouvie E. W. (2002). Prevalence of DSM-IV alcohol diagnoses and symptoms in adolescent community and clinical samples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 546-554.

Deas-Nesmith D., Campbell S. and Brady K. T. (1998). Substance use disorders in an adolescent inpatient psychiatric population. *Journal of the National Medical Association* 90, 233-238.

Degenhardt L., Hall W., Lynskey M. (2001). The relationship between cannabis use and other substance use in the general population. *Drug and Alcohol Dependence* 64, 319-327.

Dierker L. C., Avenevoli S., Merikangas K. R., Flaherty B. P., Stolar M. (2001). Association between psychiatric disorders and the progression of tobacco use behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40, 1159-1167.

Essau C. A., Karpinski N. A., Petermann F., Conradt J. (1998). Störungen durch Substanzkonsum bei Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 7, 199-207.

Evans K., Sullivan J.M. (2001). *Dual Diagnosis. Counseling the mentally ill substance abuser*. New York: The Guilford Press.

Fleiss J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley & Sons.

Fulkerson J. A., Harrison P. A., Beebe T. J. (1999). DSM-IV substance abuse and dependence: are there really two dimensions of substance use disorders in adolescents? *Addiction* 94, 495-506.

Garland A. F., Hough R. L., McCabe K. M., Yeh M., Wood P. A., Aarons G. A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40, 409-418.

Goodman E., Huang B. (2002). Socioeconomic status, depressive symptoms, and adolescent substance use. *Archives of Paediatric and Adolescent Medicine* 156, 448-453.

Grilo C. M., Becker D. F., Fehon D. C., Edell W. S., McGlashan T. H. (1996). Conduct disorder, substance use disorders, and coexisting conduct and substance use disorders in adolescent inpatients. *American Journal of Psychiatry* 153, 914-920.

Guo J., Hawkins J. D., Hill K. G., Abbott R. D. (2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol* 62, 754-762.

Hansen S. S., Munk-Jorgensen P., Guldbaek B., Solgard T., Lauszus K. S., Albrechtsen N., Borg L., Egander A., Faurholdt K., Gilberg A., Godsen N. P., Lorenzen J., Richelsen B., Weischer K., Bertelsen A. (2000). Psychoactive substance use diagnoses among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 102, 432-438.

Harrison P. A., Fulkerson J. A., Beebe T. J. (1998). DSM-IV substance use disorder criteria for adolescents: a critical examination based on a statewide school survey. *American Journal of Psychiatry* 155, 486-492.

Haustein K.-O. (2002). Jugend, Rauchen und die Rolle des Kinder- und Jugendarztes. *Pädiatrische Praxis* 61, 1-10.

Herpertz-Dahlmann B., Resch F., Schulte-Markwort M., Warnke A. (2003). *Entwicklungspsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer.

Höfler M., Lieb R., Perkonig A., Schuster P., Sonntag H., Wittchen H.-U. (1999). Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors. *Addiction* 94, 1679-1694.

Holly A., Türk D., Nelson C. B., Pfister H., Wittchen H.-U. (1997). Prävalenz von Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 26, 171-178.

Holly A., Wittchen H.-U. (1998). Patterns of use and their relationship to DSM-IV abuse and dependence of alcohol among adolescents and young adults. *European Addiction Research* 4, 50-57.

Hurrelmann K., Bründel H. (1997). *Drogengebrauch – Drogenmissbrauch: eine Gratwanderung zwischen Genuss und Abhängigkeit*. Darmstadt: Primus.

Johnson P. B., Richter L. (2002). The relationship between smoking, drinking, and adolescent self-perceived health and frequency of hospitalisation: analyses from the 1997 national household survey on drug abuse. *Journal of Adolescent Health* 30, 175-183.

Kandel D. B., Johnson J. G., Bird H., Weissman M. M., Goodman S. H., Lahey B. B., Regier D. A., Schwab-Stone M. E. (1999). Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: Findings from the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 693-699.

Kandel D. B., Yamaguchi K., Chen K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol* 53, 447-457.

Kelly T. M., Cornelius J. R., Clark D. B. (2004). Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence* 73, 87-97.

Kessler R. C., McGonagle K. A., Zhao S., Nelson C., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H.-U., Kendler K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 51, 8-19.

Kolip P. (1999). Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter. Weinheim: Juventa.

Knölker U., Mattejat F., Schulte-Markwort M. (2000). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie systematisch*. Bremen: UNI-MED.

Kramer T. L., Robbins J. M., Phillips S. D., Miller T. L., Burns B. J. (2003). Detection and outcomes of substance use disorders in adolescents seeking mental health treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42, 1318-1326.

Kraus L., Bauernfeind R., Herbst (1998). Hat sich das Alter des Erstkonsums illegaler Drogen verschoben? Survivalanalyse retrospektiver Querschnittsdaten 1980 – 1995. *Zeitschrift für klinische Psychologie* 27, 20-29.

Knölker U., Mattejat F., Schulte-Markwort M. (2000). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie systematisch*. Bremen: Uni-Med.

Küfner H., Duwe A., Schuman J., Bühringer G. (2000). Prädiktion des Drogenkonsums und der Suchtentwicklung durch Faktoren in der Kindheit: Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Studie. *Sucht* 46, 32-53.

Lachner G., Wittchen H.-U., Perkonig A., Holly A., Schuster P., Wunderlich U., Türk D., Garczynski E., Pfister H. (1998). Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). Substance use sections. *European Addiction Research* 4, 28-41.

Laukkanen E. R., Shemeikka S. L., Viinamäki H. T., Pölkki P. L., Lehtonen J. O. (2001). Heavy drinking is associated with more severe psychosocial dysfunction among girls than boys in Finland. *Journal of Adolescent Health* 28, 270-277.

Leppin A., Hurrelmann K., Petermann H. (2000). Jugendliche und Alltagsdrogen: Konsum und Perspektiven der Prävention. Neuwied: Luchterhand.

Lieb R., Schuster P., Pfister H., Fuetsch M., Höfler M., Isensee B., Müller N., Sonntag H., Wittchen H.-U. (2000). Epidemiologie des Konsums, Missbrauch und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufstudie EDSP. *Sucht* 46, 18-31.

Lieb R., Pfister H., Wittchen H.-U. (1998). Use, abuse and dependence of prescription drugs in adolescents and young adults. *European Addiction Research* 4, 67-74.

Makikyro T. H., Hakko H. H., Timonen M. J., Lappalainen J. A., Homaki R. S., Marttunen M. J., Laksy K., Rasanen P. K. (2004). Smoking and suicidality among adolescent psychiatric patients. *Journal of Adolescent Health* 34, 250-253.

Martin C. A., Kelly T. H., Rayens M. K., Brogli B. R., Brenzel A., Smith W. A., Omar H. A. (2002). Sensation seeking, puberty, and nicotine, alcohol and marijuana use in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 1495-1502.

Masse L. C., Tremblay R. E. (1997). Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence. *Archives of General Psychiatry* 54, 62-68.

Nelson C. B., Wittchen H.-U. (1998). DSM-IV alcohol disorders in a general population sample of adolescents and young adults. *Addiction* 93, 1065-1077.

Nelson C. B., Wittchen H.-U. (1998). The EDSP: Setting the stage! *European Addiction Research* 4, 5-7.

Nelson C. B., Wittchen H.-U. (1998). Smoking and nicotine dependence. *European Addiction Research* 4, 42-49.

Novins D. K., Baron A. E. (2004). American indian substance use: the hazards for substance use initiation and progression for adolescents aged 14 to 20 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43, 316-324.

Perkonigg A., Lieb R., Höfler M., Schuster P., Sonntag H., Wittchen H.-U. (1999). Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction* 94, 1663-1678.

Perkonigg A., Lieb R., Wittchen H.-U. (1998). Substance use, abuse and dependence in Germany. A review of selected epidemiological data. *European Addiction Research* 4, 8-17.

Perkonigg A., Lieb R., Wittchen H.-U. (1998). Prevalence of use, abuse and dependence of illicit drugs among adolescents and young adults in a community sample. *European Addiction Research* 4, 58-66.

Perkonigg A., Beloch E., Garczynski E., Nelson C. B., Pfister H., Wittchen H.-U. (1997). Prävalenz von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Gebrauch, Diagnosen und Auftreten erster Missbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 26, 247-257.

Perkonig A., Wittchen H.-U., Lachner G. (1996). Wie häufig sind Substanzmissbrauch und –abhängigkeit? Ein methodenkritischer Überblick. *Zeitschrift für klinische Psychologie* 25, 280-295.

Prüß U., Brandenburg A., von Ferber Ch., Lehmkuhl G. (2004). Verhaltensmuster jugendlicher Raucher. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 53, 305-318.

Reed V., Gander F., Pfister H., Steiger A., Sonntag H., Trenkwalder C., Sonntag A., Hundt W., Wittchen H.-U. (1998). To what degree does the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) correctly identifies DSM-IV disorders? Testing validity issues in a clinical sample. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 7, 142-155.

Remschmidt H., Schmidt M. H. (1994). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Verlag Hans Huber.

Remschmidt H. (2000). *Kinder- und Jugendpsychiatrie – Eine praktische Einführung*. Stuttgart: Thieme.

Remschmidt H. (2002). Alkoholabhängigkeit bei jungen Menschen. *Deutsches Ärzteblatt* 12, 648 – 653.

Roerich H., Gold M.S. (1986-87). Diagnosis of substance abuse in an adolescent psychiatric population. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 16, 137-143.

Schepker R. (2002). Jugendpsychiatrische Suchtstationen – notwendig und sinnvoll? Behandlungsverläufe von jugendpsychiatrischer Behandlung und Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51, 721-735.

Schlack H. G. (2000). *Sozialpädiatrie: Gesundheit – Krankheit – Lebenswelten*. München: Urban & Fischer.

Schmidt B. (1998). Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen. Sekundärpräventive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit. Weinheim: Juventa.

Schuster P., Lieb R., Lamertz C., Wittchen H.-U. (1998). Is the use of ecstasy and hallucinogens increasing? *European Addiction Research* 4, 75-82.

Silbereisen R.K. (1998). Alkohol und Drogen im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung* 7, 185 – 187.

Swadi H., Bobier C. (2003). Substance use disorder comorbidity among inpatient youths with psychiatric disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37, 294-298.

Taylor J., Malone S., Iacono W. G., McGue M. (2002). Development of substance dependence in two delinquency subgroups and nondelinquents from a male twin sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 386-393.

Thomasius R. (1999). Ecstasy: Wirkungen – Risiken – Interventionen. Ein Leitfaden für die Praxis. Stuttgart: Enke.

Tomlinson K. L., Brown S. A., Abrabtes A. (2004). Psychiatric comorbidity and substance use treatment outcomes of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors* 18, 160-169.

Trampisch H. J., Windeler J. (2000). *Medizinische Statistik*. Berlin: Springer.

Upadhyaya H. P., Deas D., Brady K. T., Kruesi M. (2002). Cigarette smoking and psychiatric comorbidity in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 1294-1305.

Upadhyaya H. P., Brady K. T., Wharton M., Liao J. (2003). Psychiatric disorders and cigarette smoking among child and adolescent psychiatry inpatients. *American Journal on Addictions* 12, 144-152.

Von Sydow K., Lieb R., Pfister H., Höfler M., Sonntag H., Wittchen H.-U. (2001). The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: a longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence* 64, 347-361.

Von Sydow K., Lieb R., Pfister H., Höfler M., Wittchen H.-U. (2002). Use, abuse and dependence of ecstasy and related drugs in adolescents and young adults – a transient phenomenon? Results from a longitudinal community study. *Drug and Alcohol Dependence* 66, 147-159.

Von Sydow K., Lieb R., Pfister H., Höfler M., Wittchen H.-U. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence* 68, 49-64.

Von Voss H. (2000). Familien, Familienersatz, familienergänzende Einrichtungen. *Sozialpädiatrie: Gesundheit – Krankheit – Lebenswelten*. München: Urban & Fischer, 105 – 140.

Warner L. A., Kessler R. C., Hughes M., Anthony J., Nelson C. (1995). Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52, 219-229.

Wittchen H.-U., Höfler M., Perkonig A., Sonntag H., Lieb R. (1998). Wie stabil sind Drogenkonsum und das Auftreten klinisch-diagnostisch relevanter Missbrauchs- und Abhängigkeitsstadien bei Jugendlichen ? Eine epidemiologische Studie am Beispiel von Cannabis. *Kindheit und Entwicklung* 7, 188-198.

Wittchen H.-U., Perkonig A., Lachner G., Nelson C. B. (1998). Early Developmental Stages of Psychopathology Study (EDSP): Objectives and design. *European Addiction Research* 4, 18-27

Wittchen H.-U. et al. (1998). Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33, 568-578.

Wittchen H.-U., Pfister H. (1997). *Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X-Interviews*. Frankfurt: Swets Test Services.

Wittchen H.-U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatric Research* 28, 57-84.

Zoccolillo M., Vitaro F., Tremblay R. (1999). Problem drug and alcohol use in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 900-907.

8. Anhang (Informationsblatt und Einverständniserklärung)

Informationsblatt für Jugendliche und Eltern

Liebe(r) Patient(in), liebe Eltern,

an unserem Krankenhaus wird zur Zeit eine klinische Studie über die Häufigkeit des Gebrauchs von Drogen bei Jugendlichen durchgeführt.

In dieser Studie geht es zuerst um die Frage der Häufigkeit des Gebrauchs von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Ergebnisse sollen uns auch Aufschluß geben über gefährdende und schützende Umstände, die zu einem Drogengebrauch führen oder davon abhalten können. Außerdem gilt unser Interesse den speziellen Krankheitsbildern der Jugendlichen und ob bestimmte Erkrankungen mit einem höheren Risiko für Drogengebrauch einhergehen.

Im Rahmen dieser Studie werden alle Jugendlichen der entsprechenden Altersgruppe, in Ergänzung zu den notwendigen Untersuchungen und Behandlungen, mit einem standardisierten Interview befragt. Standardisiert bedeutet, daß alle Jugendlichen mit den gleichen Fragen und in der gleichen Art und Weise befragt werden.

Bei der Erfassung der Daten gilt dem Datenschutz eine ganz besondere Beachtung. Sämtliche Angaben, die wir in den Interviews erheben, werden durch eine Codierung anonymisiert erfaßt und bearbeitet, d.h. die Daten werden so erfaßt, daß kein direkter Bezug zu der befragten Person erkennbar ist. Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und der Datenschutz wird strikt eingehalten.

O. Niethammer
AiP

Dr. med. Dipl. Psych. R. Winkler
Chefarzt

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß meine Krankheitsdaten

- im Rahmen der klinischen Prüfung anonymisiert aufgezeichnet, ausgewertet und veröffentlicht werden.

Ort, Datum

Patient(in)

Erziehungsberechtigter

9. Zusammenfassung

Ausgangspunkt für die Idee zu dieser Arbeit ist die Early Developmental Stages of Psychopathologie Study (EDSP), eine Studie, die vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie München / Abteilung für klinische Psychologie und Epidemiologie unter der Leitung von Herrn Professor Wittchen durchgeführt wurde.

Ziel unserer Studie ist es

1. die Häufigkeiten von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen im Alter von 14-17 Jahren an einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in stationärer Behandlung standardisiert zu erheben
2. die Ergebnisse mit den in der Klinik routinemäßig erhobenen Diagnosen und
3. mit Bevölkerungsdaten zu vergleichen.

Es handelt sich um Patienten auf „normalen“ Therapiestationen, also keiner speziellen Drogenstation.

Die Studie wurde am Josefinum in Augsburg in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie durchgeführt. In einem Zeitraum von vier Monaten wurden alle neu aufgenommenen Jugendlichen ohne Ausschlusskriterien (Stationärer Aufenthalt < 36h, Intelligenzminderung [IQ<70], akut psychotische Zustandsbilder, wiederholter stationärer Aufenthalt) mit einem standardisierten Interview, dem Munich-Composite International Diagnostic Interview, befragt. Von 86 Jugendlichen konnten 70 zur Teilnahme gewonnen werden, dies entspricht einer Ausschöpfungsrate von 81%. Die Auswertung der Daten erfolgte mit SPSS für Windows und Excel.

Zu 1. Häufigkeiten

Für den Konsum psychotroper Substanzen ergibt sich folgendes Bild: 96% haben Alkohol zumindest einmal konsumiert und nahezu die Hälfte (44%) gibt einen regelmäßigen Konsum von Alkohol an. Für Nikotin geben 93% einen zumindest einmaligen Konsum an und die hohe Zahl von 76% sogar einen regelmäßigen Nikotinkonsum. Betrachten wir das Einstiegsalter für regelmäßigen Nikotinkonsum zeigt sich, dass die meisten Jugendlichen in unserer Stichprobe im Alter von 11 bis 14 Jahren mit einem regelmäßigen Nikotinkonsum beginnen. Bei den Konsumenten

illegaler Drogen lag das Haupteinstiegsalter für regelmäßigen Nikotinkonsum sogar zwischen dem 10. und dem 12. Lebensjahr.

Für den Konsum illegaler Drogen ergeben sich folgende Zahlen: 61% berichten zumindest einmal in ihrem Leben eine illegale Substanz konsumiert zu haben, 40% geben sogar einen regelmäßigen Konsum an. Die am häufigste konsumierte illegale Droge ist Cannabis (60%), gefolgt von Halluzinogenen (26%, darin enthalten Konsum von Ecstasy), Stimulantien (20%) und Kokain (19%). Von den 40% regelmäßigen Konsumenten geben 10% den Konsum nur einer Substanz an, 30% dagegen konsumieren zwei oder mehr Substanzen.

Bei den anhand der Interviews gestellten Diagnosen handelt es sich um zusätzliche suchtbezogene Diagnosen. Sie stellen nicht den Einweisungsgrund dar. Ein sehr hoher Anteil, nämlich jeder zweite Jugendliche (d.h. 50%) erfüllt die Kriterien für eine Nikotinabhängigkeit und das schon in der jungen Altersgruppe der 14-15 Jährigen. Fast jeder dritte erfüllt die Kriterien für eine Alkoholdiagnose (29%) und jeder vierte die Kriterien für eine Diagnose bei illegalen Drogen (26%). Am häufigsten finden sich Diagnosen für Cannabis (17%), gefolgt von Halluzinogene (8%). Häufig finden sich bei regelmäßigen Konsumenten Substanzkombinationen.

Zu 2. Vergleich mit Routinediagnosen

Stellt man die Diagnosen, die sich in der standardisierten Befragung ergeben in Bezug zu den klinischen Befunden zeigt sich eine Unterdiagnostizierung von Substanzstörungen. Vor allem Diagnosen für Nikotin und Alkohol werden in unserer Untersuchung kaum gestellt. Der Blick für die Diagnosestellung von illegalen Drogen ist vorhanden, es wird jedoch noch vorsichtig diagnostiziert: es wird eher eine Missbrauchs- als eine Abhängigkeitsdiagnose gestellt.

Zu 3. Vergleich mit der Bevölkerung

Im Vergleich mit der Bevölkerungsstichprobe zeigt sich, dass die Klinikstichprobe sowohl bei den legalen als auch bei den illegalen Drogen ein früheres Einstiegsalter aufweist und gefährdeter ist für den Konsum legaler und illegaler Drogen sowie für die Entwicklung von suchtspezifischen Diagnosen.

In der Klinikstichprobe zeigen sich dabei im Vergleich zur Bevölkerungsstichprobe ausgeprägtere psychosoziale Belastungsfaktoren: die familiären Systeme sind weniger intakt, das Bildungsniveau ist niedriger und die Ausbildungschancen sind geringer.

Alles Faktoren, die dazu beitragen können einen Substanzgebrauch zu beginnen sowie riskante Konsummuster und suchtbezogene Diagnosen zu entwickeln.

Wenn man die Theorien über Suchtentstehung und die Risikofaktoren für eine Drogenproblematik berücksichtigt, zeigt sich in unserer Untersuchung, dass Patienten in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Hochrisikoklientel für Suchterkrankungen darstellen und es unsere Aufgabe ist dieser Problematik adäquat gerecht zu werden.

Vor allem frühe Auffälligkeiten in Verbindung mit den legalen Drogen Nikotin und Alkohol sind Risikofaktoren für spätere Auffälligkeiten mit illegalen Substanzen! Alkohol und Nikotin haben die „Qualitäten“ von Einstiegsdrogen. Die hohen Prozentzahlen für Häufigkeiten bei legalen Drogen in unserer Untersuchung machen deutlich, wie wichtig es ist diese zu erfassen sowie präventive Konzepte in den stationären Behandlungsalltag zu integrieren.

Für Alkohol und illegale Drogen zeigt eine Studie in den USA, dass Jugendliche mit einer Drogenproblematik auf die Therapie der zum stationären Aufenthalt führenden psychiatrischen Problematik schlechter ansprechen und eine höhere Wiederaufnahmerate haben. Eine vorhandene Drogenproblematik wird jedoch häufig nicht erfasst oder im Behandlungskonzept nicht berücksichtigt. Therapeuten, Ärzte und Pflegepersonal müssen für die Bedeutung von Drogen sensibilisiert werden.

Es ist dringend notwendig bei Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Substanzstörungen, legale sowie illegale, zu erfassen und in den Therapiekonzepten zu berücksichtigen, sowohl im Hinblick auf die Gefahr einer Drogenkarriere als auch hinsichtlich des Einflusses auf andere vorhandene Störungen und den damit verbundenen Therapieverlauf.

CURRICULUM VITAE

Oliver Niethammer

Am Brunnacker 1 • D - 86497 Horgau
Tel.: ..49/8294/860345 • e-mail: OliverDebbie1@aol.com

P E R S Ö N L I C H E A N G A B E N

FAMILIENSTAND: VERHEIRATET; DREI KINDER

STAATSANGEHÖRIGKEIT: DEUTSCH

ALTER: 35 (GEB. AM 26.08.69)

GEBURTSORT: MÜNCHEN

Schulbildung:

1974 - 1978	Grundschule in Derching und Bonn
1978 - 1988	Gymnasium in Bonn, Friedberg und Augsburg
1988	Abitur am Jakob-Fugger-Gymnasium in Augsburg

Hochschulbildung:

1989 – 1996	Studium der Humanmedizin an der TU München
03/1991	Ärztliche Vorprüfung
03/1993	Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung
03/1995	Zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung
24.04.95 – 22.03.96	Praktisches Jahr: <ul style="list-style-type: none">- Innere Medizin in Interlaken, Schweiz- Chirurgie in Philadelphia, USA- Psychiatrie in München
05/1996	Dritter Abschnitt der ärztlichen Prüfung Gesamtnote: 2.6

Tätigkeiten 05/1996 bis 05/1999:

05/1996 – 09/1998	diverse Tätigkeiten im Bereich Film
10/1998 – 05/1999	Vertriebsassistent bei Firma Consens

01.06.1999 bis

30.11.2000: Arzt im Praktikum am Josefinum in Augsburg in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Seit 01.12.2000: Assistenzarzt am Josefinum in Augsburg in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Tätigkeitsbereiche: Geschlossene Akutstation für Jugendliche, Drogenentgiftungsstation für Jugendliche, Psychotherapiestation für Jugendliche, Psychotherapiestation für Kinder.

01.11.2002 bis

30.11.2003: Fremdjahr in der Erwachsenenpsychiatrie am BKH Augsburg
Tätigkeitsbereiche: Geschlossene Akutstation, Psychotherapiestation.

Seit 01.08.2004: Oberarzt am Josefinum in Augsburg in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Tageskliniken