

Aus der Drogenambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien

(DAA)

des Arbeitsbereichs für Persönlichkeits- und Belastungsstörungen

(Leitung: Prof. Dr. med. R. Thomasius)

der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

(Direktor: Prof. Dr. med. D. Naber)

des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Cannabismissbrauch und psychiatrische Komorbidität bei behandelten Kindern und Jugendlichen einer Drogenambulanz. Ein kontrollierter Querschnittsvergleich mit betreuten cannabismissbrauchenden jungen Erwachsenen.

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Christian Wilhelm Jäger
aus Herne

Hamburg 2006

Angenommen vom Fachbereich Medizin

der Universität Hamburg am: 09.11.2006

Veröffentlicht mit Genehmigung des Fachbereichs

Medizin der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. R. Thomasius

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in: Prof. Dr. M. Schulte-Markwort

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in: PD Dr. Ch. Haasen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	IV
1. Fragestellung und Arbeitshypothese	1
1.1. Fragestellung	1
1.2. Arbeitshypothese	1
2. Einleitung	2
2.1. Hintergrund der Arbeit	2
2.2. Geschichte der Hanfpflanze	3
2.3. Cannabis und seine chemische Zusammensetzung	5
2.3.1. Chemische Bestandteile der Cannabis sativa	5
2.3.2. THC- Gehalt im europäischen und internationalen Vergleich	6
2.4. Das endogene Cannabinoidsystem	7
2.4.1. Cannabinoidrezeptoren CB1 und CB2	8
2.5. Bundeslagebild „Cannabis“ 2003	8
2.6. Cannabiskonsumenten	10
2.7. Cannabisbezogene Störungen	12
2.7.1. Akute Intoxikation	12
2.7.2. Schädlicher Gebrauch	13
2.7.3. Substanzabhängigkeit	13
2.7.4. Entzugssyndrom	14
2.7.5. Häufige unerwünschte Wirkungen	14
2.8. Komorbide Störungen: ein Überblick über die Literatur	15
3. Material und Methoden	17
3.1. Datenerhebung in einer Drogenambulanz (DAA)	17
3.1.1. Entstehungsgeschichte	17
3.1.2. Behandlungsangebot	18
3.2. Material und Methoden	19
3.2.1. Datenerhebung, Ein- und Ausschlusskriterien	19
3.2.2. Stichprobe	20
3.2.3. Inhaltsanalyse als Datenerhebungsverfahren	21
3.2.4. Aufbau und Themen des Codierbogens	22
3.2.5. Bestimmung der Codiergüte	23
3.2.6. Statistische Prüfung	25
4. Ergebnisse	26
4.1. Störungen durch Cannabinoide	27
4.2. Komorbide Störungen	28
4.2.1. Suchtstörungen	30
4.2.2. Schizophrene Störungen	30
4.2.3. Affektive Störungen	30
4.2.4. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	31

	Seite
4.2.5. Essstörungen.....	32
4.2.6. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.....	32
4.2.7. Leichte Intelligenzminderung.....	33
4.2.8. Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten.....	33
4.2.9. Verhaltens- / emotionale Störungen in Kindheit und Jugend.....	33
4.2.10. Z-Diagnosen.....	34
4.3. Soziodemographie.....	35
4.3.1. Erreichter Schulabschluss.....	35
4.3.2. Abgebrochene Ausbildung.....	35
4.3.3. Derzeitiger Ausbildungsstand.....	36
4.3.4. Einkommen.....	37
4.3.5. Sonstige Einkünfte.....	37
4.3.6. Wohnsituation.....	38
4.4. Soziales Umfeld.....	38
4.4.1. Partnerschaft / Bezugspersonen.....	38
4.4.2. Eigene Kinder.....	39
4.4.3. Personen mit Substanzgebrauch.....	39
4.4.4. Substanzen der Personen mit Substanzgebrauch.....	40
4.5. Belastungsfaktoren.....	40
4.6. Behandlungsverlauf.....	42
4.6.1. Vorstellungsgrund.....	42
4.6.2. Art der Vermittlung.....	43
4.6.3. Ambulante und (teil-)stationäre Vorbehandlungen.....	43
4.6.4. Behandlungstermine.....	44
4.6.5. Behandlungssetting.....	45
4.7. Ergebnis-Stand-Beurteilung.....	46
4.7.1. Art des Behandlungsendes.....	46
4.7.2. Änderungen des Störungsbildes.....	47
4.7.3. Behandlungsstatus.....	47
4.7.4. Behandlungsepisoden in 2003.....	48
4.8. Substanzgebrauch.....	49
4.8.1. Cannabis.....	49
4.8.2. Tabak.....	50
4.8.3. Alkohol.....	51
4.8.4. Andere Substanzen.....	51
5. Diskussion.....	55
5.1. Zusammenfassende Darstellung von Patientenprofilen.....	55
5.1.1. Profil der Gruppe PA.....	55
5.1.2. Profil der Gruppe AD.....	56
5.1.3. Profil der Gruppe SA.....	58
5.1.4. Profil der Gruppe JE.....	60
5.2. Themenspezifische Darstellung der Hauptbefunde.....	62
5.2.1. Konsummuster.....	62
5.2.2. Komorbide Störungen.....	62
5.2.3. Soziodemographie.....	63
5.2.4. Soziales Umfeld und Belastungsfaktoren.....	64

	Seite
5.2.5. Behandlungsdauer, -intensität und -ergebnis.....	65
5.3. Interpretation und Erklärungshypothesen.....	66
5.3.1. Grundlage der Überlegungen.....	66
5.3.2. Konsummuster.....	67
5.3.3. Komorbide Störungen.....	68
5.3.4. Soziodemographie.....	72
5.3.5. Soziales Umfeld und Belastungsfaktoren.....	74
5.3.6. Behandlungsdauer, -intensität und -ergebnis.....	76
5.4. Schlussfolgerungen.....	77
5.5. Praktische Konsequenzen.....	78
5.6. Limitationen.....	79
6. Zusammenfassung.....	80
7. Literaturverzeichnis.....	82
8. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	89
9. Anhänge	
9.1. Codierbogen.....	91
9.2. Diagnoseschlüssel.....	96

Danksagung**Curriculum vitae****Eidesstattliche Versicherung**

Abkürzungsverzeichnis

1- β	Power für die Stichprobe
α	Signifikanzniveau
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AD	Gruppe der Adoleszenten zwischen dem 17. und 18. Lebensjahr
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAK	Bundeskriminalamt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CB1	Cannabinoidrezeptor 1
CB2	Cannabinoidrezeptor 2
DAA	Drogenambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien
Diag.	Diagnostik
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Ecstasy	zusammengefasster Ausdruck für bestimmte Amphetaminderivate (MDMA, MDE, MDA)
Eds.	Editors (Herausgeber)
Einzel.	Einzeltherapie
EMCDDA	European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
engl.	englisch
Fam.	Familientherapie
g	Gramm
GABA	Gammaaminobuttersäure
Ges.	Gesamt
Gruppe	Gruppentherapie (nur in den Tabellen)
H0	Arbeitshypothese
H1	Alternativhypothese
Hrsg.	Herausgeber
ICD-10	International Classification of Diseases
JE	Gruppe der Jungen Erwachsenen zwischen dem 22. und 25. Lebensjahr
k.A.	keine Angaben
kg	Kilogramm
LSD	Lysergsäurediethylamid
LTP	Life-Time-Prävalenz
max	angegebener Maximalwert
MDA	3,4-Methylenedioxyamphetamin
MDE	3,4-Methylenedioxy-N-ethylamphetamin
MDMA	3,4-Methylenedioxy-N-methylamphetamin
min	angegebener Minimalwert

N129	Gruppe der Patienten, deren Behandlung in 2003 begonnen und beendet wurde
N98	N129 ohne die Fälle, die nur zur Konsultation kamen
Niedergel. no Th.	Überweisung zum niedergelassenen Arzt keine Therapie
PA	Gruppe der Präadoleszenten zwischen dem 13. und 16. Lebensjahr
Pep	in der „Szene“ gebräuchlicher Ausdruck für Psychostimulantien
PÜ	Prozentuale Übereinstimmung
SA	Gruppe der Spätadoleszenten zwischen dem 19. und 21. Lebensjahr
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
Speed	in der „Szene“ gebräuchlicher Ausdruck für Psychostimulantien
Stationär	Einweisung in stationäre Therapie (nur in den Tabellen)
Stck.	Stück
Th. irregulär	Therapie irregulär beendet / abgebrochen
Th. regulär	Therapie regulär beendet
Th.	Therapie
THC, Δ^9 -THC	Δ^9 -Tetrahydrocannabinol
UES	Umschriebene Entwicklungsstörung
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
vgl.	vergleiche
vs.	versus
WG	Wohngemeinschaft
WHO	World Health Organization
Wo.	Woche

1. Fragestellung und Arbeitshypothese

1.1. Fragestellung

Die vorliegende Arbeit soll Aufschluss darüber geben, in welchem Ausmaß psychiatrisch komorbide Erkrankungen in vier unterschiedlichen Altersgruppen behandelter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener vorkommen und wie sich die Gruppe der Kinder und Jugendlichen in der Präadoleszenz zwischen dem 13. und dem 16. Lebensjahr von denen der Jugendlichen in der Adoleszenz (zwischen dem 17. und 18. Lebensjahr), der Spätadoleszenz (zwischen dem 19. und 21. Lebensjahr) und dem Erwachsenenalter (zwischen dem 22. und dem 25. Lebensjahr) unterscheiden. Die Altersgruppierung wurde aus entwicklungspsychiatrischer Sicht (*Kapfhammer, HP, 1995*) vorgenommen.

Zusätzlich versucht die Arbeit, mögliche Ursachen, beziehungsweise Nebenfunde und -effekte darzustellen, Aufschluss über das soziale Umfeld der Patienten zu geben und Aussagen zu der Motivation zur Abstinenz dieser Probanden zu machen.

1.2. Arbeitshypothese

Es gibt Hinweise darauf, dass gerade Jugendliche in der Adoleszenz besonders empfänglich für Cannabinoide sind und die Entwicklung einer Suchterkrankung und damit auch die Entstehung einer komorbiden psychiatrischen Störung in diesem Alter besonders wahrscheinlich ist (*Rodriguez, de Fonseca et al., 1993*). Dennoch ist die der vorliegenden Arbeit zugrundeliegende Stichprobe eine relativ homogene, die aus jungen Menschen besteht, die in einer Drogenambulanz Hilfe aufgrund ihrer Cannabisstörung suchen. Daher ist es wahrscheinlich, dass die vier Gruppen keine wesentlichen Unterschiede bezüglich des Alters des ersten Konsums von Cannabis und auch keine wesentlichen Unterschiede bezüglich komorbider psychiatrischer Störungen aufweisen. Demnach ist die Arbeitshypothese wie folgt zu formulieren:

H0: Unterschiede zwischen den untersuchten Altersgruppen liegen eher im Zufallsbereich. Das heißt, inhaltlich werden mehr Gemeinsamkeiten der vier Gruppen erwartet als Unterschiede.

2. Einleitung

2.1. Hintergrund der Arbeit

Spätestens seit der plakativen Forderung der „Jungen Grünen“ aus dem Juli des Jahres 2002 „Es muss ein Joint durch Deutschland gehen“, häufen sich in der deutschen Presse (z.B. Spiegel, Focus) Beiträge zu dem Thema des Cannabismissbrauchs. Meist ist der Grundtenor dieser Veröffentlichungen (*Bartholomäus, U. et al., 2004; Leurs, R. et al., 2004*) besorgniserregend und alarmierend, während der Wille zur Verharmlosung des Cannabisgebrauchs in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit ungebrochen scheint. In der Fachpresse dagegen ist der Umgang mit der Cannabispflanze auch als Therapeutikum von jeher kontrovers diskutiert worden. Während die eine Seite die Harmlosigkeit der Pflanze und ihrer Wirkstoffe postuliert und deren therapeutischen Nutzen für die Medizin hervorhebt (*Grotenhermen, F. et al., 1999*), besteht die andere Seite aus den Skeptikern, deren Ansicht nach die Suchtpotenz und die gefährlichen anderen Nebenwirkungen der Hanfpflanze *Cannabis sativa* nicht zu vernachlässigen sind.

In neueren Forschungsarbeiten werden die Problematiken des Cannabiskonsums wieder verstärkt diskutiert (*Schaub, M. et al., 2004; Simon, R et al., 2004; Täschner, K.-L., 2004*). Zwar liegen umfangreiche Daten zum Cannabiskonsum vor; umfassende Basisdaten zur Behandlung cannabisbezogener Störungen und komorbider psychiatrischer Störungen sind jedoch nur vereinzelt zu finden.

Jüngste statistische Erhebungen zeigen zudem einen deutlichen Anstieg der Zahl der Cannabiskonsumenten in den letzten Jahren an (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004*). Dabei ist die Tendenz zu erkennen, dass das Einstiegsalter in den gewohnheitsmäßigen Cannabiskonsum gesunken ist (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004*). Viele beginnen den Konsum schon als Teenager (mit 14 - 15 Jahren) und damit in einer Lebensphase, die für die weitere Entwicklung des Menschen, vor allem bezüglich seiner sozialen und kognitiven Kompetenzen, entscheidend ist. Zudem zeichnet sich im deutschen Suchthilfesystem im Gegensatz zu früheren Zeiten verstärkt die Auffassung ab, dass behandelte Cannabiskonsumenten eine Gruppe sind, deren Beratung hohe Qualifikationsansprüche an die Suchthilfe-Einrichtung stellen (*Simon, R et al., 2004*).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich vorwiegend mit dem Problem der psychiatrisch komorbiden Erkrankungen bei cannabismisbrauchenden und cannabisabhängigen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in einer Drogenambulanz Hilfe Beratung und Behandlung suchen. Es sei somit ausdrücklich festgestellt, dass es sich hier um eine hoch selektierte Gruppe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen handelt und nicht um „die“ Cannabiskonsumenten schlechthin.

2.2. Geschichte der Hanfpflanze (aus Grotenhermen, F., 2001)

Der Gebrauch der Hanfpflanze *Cannabis sativa* L. kann mehr als fünftausend Jahre in die Vergangenheit zurückverfolgt werden (*Farnsworth, N. R., 1969*). Das zunächst in China zu medizinischen Zwecken kultivierte Kraut verbreitete sich von dort über Indien auch in die arabischen und abendländischen Kulturen. In den Schriften des Galen wird Cannabis als „Aphrodisiakum“ beschrieben, das jedoch in höheren Dosen zu „Kopfschmerzen, Magenbeschwerden und Impotenz“ führen kann. Der berühmteste arabische Mediziner Avicenna erwähnt den Cannabis um 1000 n. Chr. in seiner Schrift „*Canon medicinae*“. Hildegard von Bingen beschreibt Cannabis in ihrer Heilmittel- und Naturlehre „*Physica*“ als Mittel, das „die schlechten Säfte mindert und die guten stärkt“. Ein erstes Nutzungsverbot der Pflanze spricht der Papst Innozenz VII. 1484 aus. Sie sei ein „unheiliges Sakrament der Satansmesse“. In den folgenden Jahrhunderten gibt es kaum ein Arzneibuch, in dem die Pflanze nicht als Heilmittel für die verschiedensten Beschwerden Erwähnung findet. Erst im Verlauf des 17. Jahrhunderts schwand im Zuge der Aufklärung das Interesse an Kräuterbüchern und ebenso an der Cannabispflanze.

Im 18. Jahrhundert wurde in der Volksmedizin jedoch weiterhin vor allem der Samen in Form des Öls medizinisch gegen eine Vielzahl von Krankheiten verwendet. Cannabis gewann nicht zuletzt durch den Einzug in die homöopathische Medizin von Samuel Hahnemann um 1811 erneut Bedeutung für die westliche Medizin. Der in Kalkutta lebende und praktizierende irische Arzt William B. O'Shaughnessy verfasste 1838 eine ausführliche Abhandlung über den indischen Hanf (*O'Shaughnessy WB, 1838*). Er leistete zusammen mit seinen Kollegen Louis Aubert-Roche und Moreau de Tours Pionierarbeit auf dem Gebiet der medizinischen Verwendung des indischen Hanfs. Ihrem Beispiel folgten zu dieser Zeit zahlreiche Ärzte, die das Cannabis als Mittel

gegen Tetanus, Asthma, Bronchitis, als Wehenmittel und als Therapeutikum in der Psychiatrie einsetzten.

Doch schon damals verschafften sich auch Stimmen gegen die allzu freizügige Nutzung der Pflanze Gehör. So hielt der Wiener Carl Damian Ritter von Schroff die Cannabispräparate aufgrund ihrer stark variablen Zusammensetzung für nicht unbedenklich und riet zu einem vorsichtigen Umgang.

Zwischen 1880 und 1900 erreichte die Cannabisforschung und -verwendung in Europa und den USA ihren Höhepunkt. Namhafte Firmen wie E. Merck, Squibb und Eli Lilly & Co. haben die Herstellung und Vermarktung hochwertiger Cannabisprodukte betrieben. Nun wurden diese Präparate vor allem bei Schmerzzuständen, Keuchhusten, Asthma und als Schlaf- und Beruhigungsmittel verwandt. In der Mitte des 20. Jahrhunderts fand die medizinische Verwendung von Cannabispräparaten ein vorläufiges Ende. Ursachen hierfür waren die Herstellung neuerer und wirksamerer pharmazeutischer Präparate, wirtschaftliche Aspekte in der Folge des zweiten Weltkriegs und die Eingliederung der Cannabispräparate in das Betäubungsmittelgesetz.

In der Regel lag in den letzten 5000 Jahren die Benutzung der Hanfpflanze als medizinisches Präparat vor allem in verantwortungsbewussten, erfahrenen Händen. Das Wissen über die Pflanze war in erster Linie den Heilkundigen vorbehalten; Menschen, die sich typischerweise im Erwachsenenalter befanden.

Erst in den 60er und 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts bekam illegales Haschisch eine ganz neue Bedeutung als Zeichen des Widerstandes und der Gemeinschaft einer ganzen Generation, die es als eine, das Bewusstsein erweiternde, Droge benutzte.

Heute stehen wir vor einer ganz neuen Herausforderung. Erstmals haben wir es mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu tun, deren Elterngeneration innerhalb eines liberalen bzw. repressionsarmen gesellschaftlichen Umfeldes bereits Erfahrungen mit Cannabis gemacht hat. Dies birgt völlig neue Gefahren vor allem in Anbetracht der Entwicklung der Kultivierung der Hanfpflanze und ihrer Inhaltsstoffe.

2.3. Cannabis und seine chemische Zusammensetzung

Dieses Kapitel soll einen kurzen Überblick über die vielfältigen Bestandteile der Hanfpflanze geben. Zudem soll es Aufschluss über den enthaltenen Wirkstoff Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC) und dessen unterschiedliche Konzentrationen bieten. Δ^9 -THC ist der Hauptwirkstoff, welcher für die berauschende Wirkung der Cannabiszubereitungen verantwortlich ist.

2.3.1. Chemische Bestandteile der Cannabis sativa

Die Unterteilung der Cannabisspezies wird nicht einheitlich gehandhabt. Während einige Autoren zwischen den Spezies Cannabis sativa L., Cannabis indica LAM und Cannabis ruderalis JANISCH (*Schultes RE et al., 1974*) unterscheiden, ist für andere (*Small E et al., 1976*) nur die Sammelart Cannabis sativa L. - bestehend aus den Unterarten Cannabis sativa ssp. sativa und ssp. indica - von Bedeutung. Ob es wirklich auch eine genetische Unterscheidung der Pflanzen gibt oder ob die Variationen vor allem aufgrund der verschiedenen Herkunftsgebiete und deren klimatischen Besonderheiten zustande kommen, ist nicht geklärt. Auf jeden Fall gibt es deutliche Unterschiede in der Konzentration der chemischen Bestandteile der Pflanze.

Bisher sind über 480 unterschiedliche chemische Substanzen aus der Pflanze isoliert worden. Darunter finden sich allein über 60 Cannabinoide, eine Stoffgruppe, die nur in der Hanfpflanze Cannabis sativa vorkommt und von ihr den Namen bekam. Der Hauptmetabolit und wichtigste psychotrope Wirkstoff ist das Δ^9 -THC (*Kleiber, D. et al., 1998a*). Cannabinoide findet man vor allem in den Blüten und Blättern der Pflanze. Geringere Konzentrationen sind auch in den Stängeln und den Wurzeln zu finden. Die Samen enthalten keine Cannabinoide (*Adams, I. B. et al., 1996*).

Um eine berauschende Wirkung zu erzielen, muss dem Körper eine Menge von 3-10mg Δ^9 -Tetrahydrocannabinol zugeführt werden. Beim Rauchen werden nur etwa 20-50% des enthaltenen THC absorbiert. Cannabis mit einem Wirkstoffgehalt von unter 1% wird als unwirksam bezeichnet (*Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2005b*).

2.3.2. THC-Gehalt im europäischen und außereuropäischen Vergleich

In den Medien kursieren Informationen, die von einem Anstieg der Δ^9 -Tetrahydrocannabinolkonzentration in den Pflanzen der *Cannabis sativa* berichten. Ein Beispiel ist hier DER SPIEGEL des Jahrgangs 27/2004 (Leurs, R. et al., 2004). Diese Information wird jedoch äußerst kontrovers diskutiert.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen geht in ihrer Broschüre (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2005a) von einer mittleren Δ^9 -THC-Konzentration von 4-12% in Haschisch, bis zu 50% in Haschischöl und 1-14% in Marihuana aus. Bei letzterer Zubereitung werden bei Züchtungen in Gewächshäusern (Sinsemilla) auch deutlich höhere Δ^9 -THC-Konzentrationen gemessen. Dass es eine Zunahme des Wirkstoffes in den letzten Jahren gegeben hat, wird nicht berichtet.

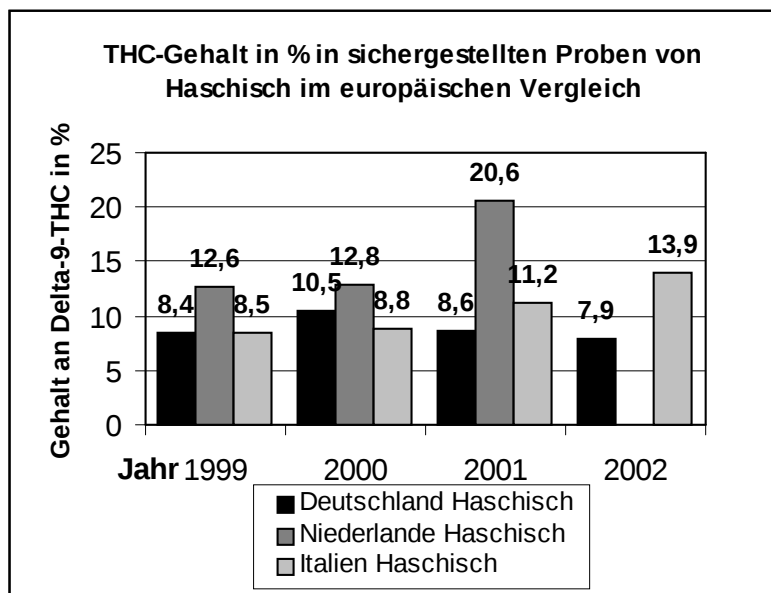


Abb. 1: THC-Gehalt in sichergestellten Proben von Haschisch im europäischen Vergleich. Zusammengestellt nach (King, LA et al., 2004)

ElSohly et al. (ElSohly, M. A. et al., 2000) sprechen davon, dass in den Jahren zwischen 1980 und 1997 der Wirkstoffgehalt in Marihuana-Proben in den USA von durchschnittlich weniger als 1,5% auf etwa 3,3% angestiegen ist. Das würde eine Zunahme des Δ^9 -THC-Gehaltes auf das 2,2fache bedeuten.

Das European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) kommt in den Analysen ihrer Proben für Europa auf ganz andere Werte. Hier schwanken die Angaben für Marihuana, das in Deutschland sichergestellt wurde, zwischen 6% und 8,6% für die Jahre zwischen 1999 und 2002. In Deutschland findet sich also keine

eindeutig steigende Tendenz für den Wirkstoffgehalt in Marihuana. In den Niederlanden hingegen scheint der Trend zu deutlich mehr Wirkstoffgehalt sowohl in Proben von Marihuana als auch in denen von Haschisch zu gehen (King, LA et al., 2004). Nähere Werte können den Abbildungen 1 und 2 entnommen werden.

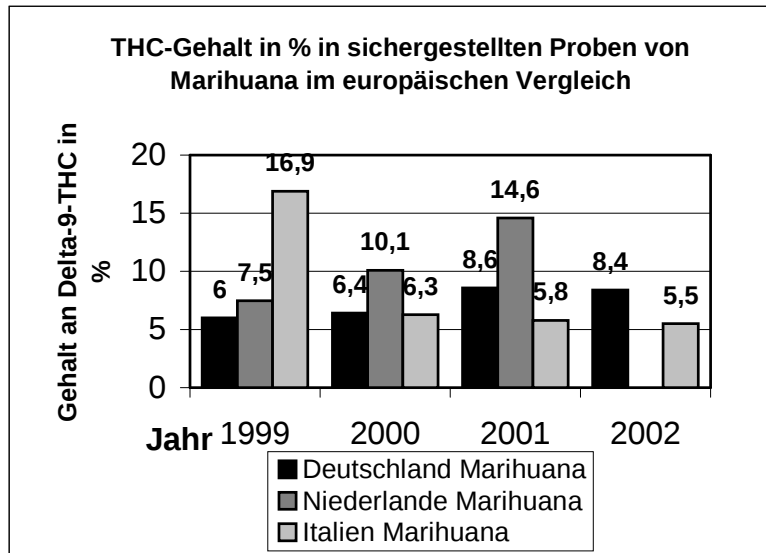


Abb. 2: THC-Gehalt in sichergestellten Proben von Marihuana im europäischen Vergleich. Zusammengestellt nach (King, LA et al., 2004)

Das Bundeskriminalamt kommt in seinem Rauschgiftjahresbericht 2002 für Deutschland zu ähnlichen Ergebnissen (Bundeskriminalamt, 2002):

Es wurden insgesamt 3752 Proben von Cannabisharz (Haschisch) untersucht. Von diesen wiesen 67% einen THC-Gehalt von 4-12% auf. 14% der Proben hatten einen niedrigeren und 19% einen höheren THC-Gehalt. In einzelnen Proben wurden THC-Gehalte von über 20% festgestellt. Der höchste THC-Gehalt wurde mit 39% ermittelt. Bei der Untersuchung von Proben sichergestellten Marihuanas waren die Ergebnisse sehr ähnlich. Nach Aussagen des BKA zeigten die Wirkstoffgehalte keine signifikanten Unterschiede zum Vorjahr.

2.4. Das endogene Cannabinoidsystem

Wie man den vorherigen Kapiteln entnehmen kann, ist Δ^9 -Tetrahydrocannabinol ein in der Natur vorkommender Stoff, der beim Menschen und auch in Tierversuchen seine Wirkung besonders im zentralen Nervensystem entfaltet. Hier trifft er auf ein System, welches speziell für diesen Stoff gemacht zu sein scheint: das endogene Cannabinoidsystem.

2.4.1. Cannabinoidrezeptoren CB1 und CB2

Schon lange ist bekannt, dass Cannabinoide lipophile Substanzen sind, die nicht in Wasser gelöst werden können. Daher vermutete man zunächst, dass die Wirkung der Cannabinoide auf ihrem lipophilen Charakter beruht, sie sich in die Membranen besonders von Nervenzellen einbauen und so die Eigenschaften der Membranen und damit die Signalübertragung stören. Auch wenn dieser Mechanismus nicht ganz auszuschließen ist, zeigen neuere Forschungsergebnisse, dass die Wirkung der Cannabinoide auf einer viel spezifischeren Reaktion beruht, nämlich der Bindung an Rezeptorproteine.

1990 wurde der erste Cannabinoidrezeptor (CB1) entdeckt und vervielfältigt (*Gerard, C. M. et al., 1991*), 1993 der zweite (CB2) (*Munro, S. et al., 1993*). Beide Rezeptoren sind G-Protein-gekoppelt. Der CB1-Rezeptor findet sich auf Nervenzellen des zentralen Nervensystems, aber auch in einigen peripheren Organen und Geweben, vor allem in einigen Neuronen und endokrinen Drüsen, auf Leukozyten und in der Milz sowie im Herz und in Abschnitten des Reproduktions-, Harn- und Gastrointestinaltraktes (*Grotenhermen, F., 2001*).

Der CB2-Rezeptor wird vor allem auf Lymphozyten, Monozyten, Makrophagen und Granulozyten exprimiert und findet sich daneben auch in den Geweben, in denen diese Zellen vermehrt vorkommen, wie Milz und Tonsillen (*Munro, S. et al., 1993*).

Natürlich stellen die Cannabinoidrezeptoren nicht allein eine Bindungsstelle für exogene Cannabinoide dar. Inzwischen sind auch verschiedene endogene Cannabinoide gefunden worden. Die bekanntesten unter ihnen sind das Anandamid und das 2-Arachidonylglycerin. Beide scheinen als Neuromodulatoren bzw. Neurotransmitter zu fungieren.

2.5. Bundeslagebild „Cannabis“ 2003 (*Bundeskriminalamt, 2004*)

Im Jahre 2003 wurde nach dem Bundeslagebild des Bundeskriminalamtes eine Menge von 8.303 kg Cannabisharz (Haschisch) sichergestellt. Im Vergleich zum Vorjahr 2002 bedeutet dies einen Anstieg von 66% (siehe Tabelle 1). Gleichzeitig wurden nur 2.582 kg Marihuana sichergestellt, was im Vergleich zum Vorjahr eine Abnahme von

ca. 58% bedeutet. Insgesamt ist daher eher eine Abnahme der sichergestellten Menge an Cannabisprodukten zu verzeichnen.

Tabelle 1: Sichergestellte Menge an Haschisch und Marihuana (in kg) von 1994 - 2003

Jahr	Haschisch	Marihuana	Gesamt
1994	4.033	21.659	25.692
1995	3.809	10.436	14.245
1996	3.246	6.108	9.354
1997	7.327	4.167	11.494
1998	6.109	14.897	21.006
1999	4.885	15.021	19.906
2000	8.525	5.870	14.395
2001	6.863	2.078	8.941
2002	5.003	6.130	11.133
2003	8.303	2.582	10.885

Im gleichen Zeitraum stieg dagegen die Zahl der erfassten Delikte im Zusammenhang mit Cannabis enorm an, während die Zahl der Delikte im Zusammenhang mit sogenannten „harten Drogen“ entweder abnahm (z.B. Heroin) oder auf einem ähnlichen Niveau blieb (siehe Abbildung 3). Unter den in 2003 erfassten Rauschgiftdelikten im Zusammenhang mit Cannabisprodukten (148.973) waren 74% Konsumenten- und 26%

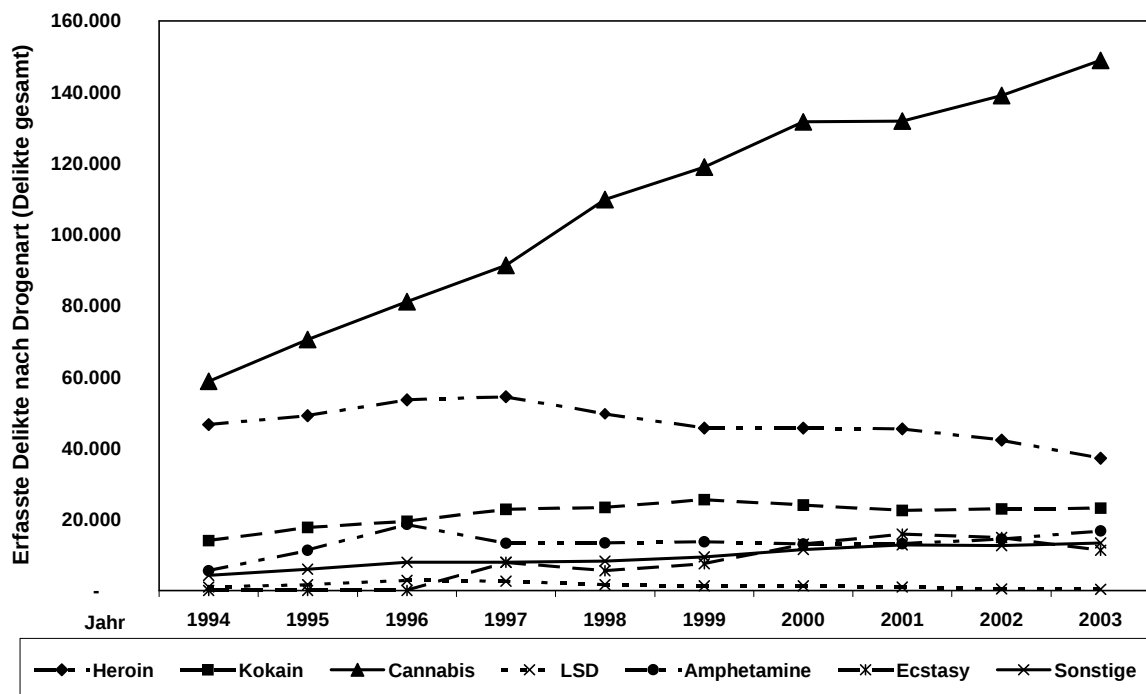


Abbildung 3: Vom Bundeskriminalamt erfasste Delikte der Jahre 1994-2003 dargestellt nach Drogenart (Delikte insgesamt, absolute Zahlen)

Handelsdelikte. Im Vergleich zum Vorjahr registrierte man einen Anstieg der Delikte im Zusammenhang mit Cannabisprodukten von 7%.

Nach den Statistiken des BKA sind die Niederlande der mit Abstand größte Produzent von Cannabisprodukten in Europa. Für Deutschland sind sie bedeutendster Ursprungs- bzw. Herkunftsstaat.

2.6. Cannabiskonsumenten

In der Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004“ (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004*) wurden im Jahre 2004 3032 Jugendliche zwischen 12 und 25 Jahren randomisiert mittels eines computergestützten Telefoninterviews zum Thema Drogenkonsum befragt. Dies war eine Wiederholungsbefragung, die seit 1973 in regelmäßigen Abständen durchgeführt wird.

49% der befragten Jugendlichen haben in ihrem Leben mindestens einmal illegale Drogen angeboten bekommen. In 89% der Fälle war die erste angebotene Droge Cannabis. 32% der 12-25-Jährigen haben bereits mindestens einmal in ihrem Leben Drogen konsumiert. Nur 18% haben mehr als zweimal und 13% in den letzten 12 Monaten Drogen genommen. Zum Erhebungszeitpunkt nahmen lediglich 5% der Jugendlichen Drogen und 3% 10-mal oder häufiger in den letzten 12 Monaten.

Hatten 1979 nur 19% der Männer und 18% der Frauen zwischen 12 und 24 Jahren Erfahrungen mit illegalen Drogen, waren es 2004 36% der Männer und 27% der Frauen. Es ist also ein deutlicher Anstieg des Drogenkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu verzeichnen. Dabei blieb jedoch der Anteil der regelmäßigen Konsumenten in den letzten Jahren nahezu konstant bei etwa 6% der Männer und 4% der Frauen.

Das durchschnittliche Alter beim ersten Konsum von Cannabis sank seit 1993 von 17,5 Jahren auf 16,4 Jahre (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004*). Dabei ist festzustellen, dass der erste Kontakt mit Tabakwaren bereits im Alter von 13,6 Jahren, der erste Kontakt mit Alkohol im Alter von durchschnittlich 14,1 Jahren stattfindet. Ein regelmäßiger Konsum von Tabakwaren beginnt in der Regel mit 15,6 Jahren, den ersten

Alkoholvollrausch haben Jugendliche dagegen bereits mit 15,5 Jahren.

Illegale Drogen werden vor allem auf Gymnasien und Berufsschulen sowie Hochschulen angeboten. Nur 24% der Haupt- oder Realschüler haben ein Drogenangebot bekommen. In der Sekundarstufe I der Gymnasien sind es 22%, während in der Sekundarstufe II wie in der Berufsschule bereits 60% bzw. 61% der Schüler Drogen angeboten bekommen haben. 73% der Hochschüler erhielten ein Drogenangebot.

Zwei wichtige Faktoren, die zum Konsum von Cannabis beitragen, sind das Rauchen von Tabak und der Konsum von Alkohol, wie folgende Zahlen nahe legen. Unter den Nichtrauchern haben nur 5% schon einmal Cannabis genommen, während es unter den Rauchern bereits 44% sind. In der Gruppe der Jugendlichen, die bisher noch keinen Alkoholrausch hatten, haben nur 6% schon einmal Kontakt mit Cannabis gehabt. Anders ist es in der Gruppe derer, die 1-5-mal einen Alkoholrausch hatten. Hier haben bereits 36% schon einmal Cannabis konsumiert, unter denen mit mehrmaligem Alkoholrausch sogar 67% (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004*).

Insgesamt lässt diese Studie den Schluss zu, dass in den letzten 30 Jahren die Zahl der jugendlichen Cannabiskonsumenten deutlich zugenommen hat. Hinzu kommt, dass bei diesen Konsumenten tendenziell das Einstiegsalter deutlich gesunken ist und als erste Droge Tabak und Alkohol konsumiert wird.

Die Hamburger „Schulbus-Studie“ (*Baumgärtner, T, 2004*), bei der Schüler und Lehrer zum Rauschmittelkonsum befragt wurden, ergab noch alarmierendere Zahlen zum Thema Rauschmittelkonsum von Jugendlichen. Nach dieser Studie hatten bereits 40% der 14-18-Jährigen schon mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert. Immerhin 22% der 14-Jährigen und sogar 51% der 18-Jährigen gaben einen mindestens einmaligen Konsum von Cannabisprodukten zu. Etwa 17,3% der Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren müssen demnach als aktuelle Cannabiskonsumenten eingestuft werden. Auch in dieser Studie ist das männliche Geschlecht mit 22% stärker betroffen als das weibliche Geschlecht mit 13%.

2.7. Cannabisbezogene Störungen

Nach dem Manual zur Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Kapitel V (F)) werden gewöhnlich die psychischen Störungen in Deutschland verschlüsselt (*Dilling, H et al., 1999*). Die suchtspezifischen Störungen finden sich im dortigen Kapitel F1x.

2.7.1. Akute Intoxikation (ICD-10 F12.0, -.03, -.04)

Cannabisprodukte werden in den meisten Fällen geraucht. Nach inhalativer Aufnahme tritt der Cannabisrausch innerhalb weniger Minuten auf (*Haney, M. et al., 1999b*). Bei Aufnahme über den Magen- und Darmtrakt kann die Wirkung mit einer Verzögerung von bis zu 5 Stunden auftreten (*Haney, M. et al., 1999a*).

Die Rauschwirkung ist von vielen Faktoren abhängig. Zunächst ist die Dosis und die Frequenz, sowie die Applikationsform von Bedeutung. Zudem spielt aber auch die persönliche Disposition und der situative Kontext eine wichtige Rolle. Konsumiert man z.B. in depressiv gefärbter Stimmung Cannabis, so kann diese Stimmung dadurch verstärkt werden.

Folgende Hauptwirkungen der Cannabisintoxikation werden beschrieben (*Johns, A., 2001, Hollister, L. E., 1986*):

- Euphorie („high“) mit konsekutiver Müdigkeit
- Entspannung und psychomotorische Verlangsamung
- motorische Störungen
- kognitive Störungen (Konzentration, Aufmerksamkeit, Reaktionszeit, Gedächtnis)
- formale Denkstörungen (v.a. assoziative Lockerung, Beschleunigung, Weitschweifigkeit, Ideenflucht)
- Wahrnehmungsstörungen (Dehnung des Zeiterlebens, Synästhesien, verändertes Erleben von Raum und Farben, Steigerung von Berührungsempfindung, selten Halluzinationen)
- Depersonalisations- und Derealisationserleben
- Appetitzunahme
- Übelkeit und Erbrechen
- situationsinadäquates Witzeln, Gleichgültigkeit bis akute Panikreaktion

- seltener akute psychotische Reaktion
- bei sehr hohen Dosen toxisches Delirium (Verwirrtheit, Amnesie, Halluzinationen)

2.7.2. Schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1)

Nach ICD-10 liegt dann ein schädlicher Gebrauch eines Suchtmittels vor, wenn nachweislich eine Störung der psychischen oder physischen Gesundheit durch den Substanzkonsum zu begründen ist, aber dennoch weiter konsumiert wird.

Epidemiologische Daten sind nach ICD-10 (*Dilling, H et al., 1999*) derzeit nicht vorhanden. Nach DSM-IV (*First, M. et al., 2004*) liegt die Lebenszeitprävalenz unter Cannabiskonsumenten bei 15% (*Perkonigg, A. et al., 1999*).

Offensichtlich unterscheidet sich das Konsummuster der Konsumenten mit schädlichem Gebrauch durch in der Regel häufigeren und regelmäßigeren Gebrauch in höheren Dosierungen von dem der Gelegenheitskonsumenten (*Grant, B. F. et al., 1998*).

Nach anderen Studien liegt in Deutschland die Life-Time-Prävalenz (LTP) für den Missbrauch von Cannabinoiden bei 5,5% für Jugendliche zwischen dem 14. und dem 24. Lebensjahr (*von Sydow, K. et al., 2001*) und 7,3% für Jugendliche zwischen dem 16. und 18. Lebensjahr (*Fergusson, D. M. et al., 1997*).

2.7.3. Substanzabhängigkeit (ICD-10 F12.25)

Im Folgenden werden die wichtigsten Kriterien im Zusammenhang mit der Diagnose einer Substanzabhängigkeit dargestellt. Werden drei oder mehr Kriterien erfüllt, so besteht nach ICD-10 eine Substanzabhängigkeit:

- Craving (engl.: Verlangen (nach der Droge))
- Kontrollverlust
- Entzugssymptome
- Toleranzentwicklung
- soziale und berufliche Einschränkungen
- Konsum trotz bekannter Schädigung

Dabei sollen Männer ein höheres genetisches Risiko zur Ausbildung einer Cannabisabhängigkeit besitzen als Frauen (*Lynskey, M. T. et al., 2002*).

Für eine Abhängigkeit von Cannabinoiden liegt die Life-Time-Prävalenz (LTP) zwischen dem 14. und dem 24. Lebensjahr bei 2,2% (von Sydow, K. et al., 2001). Ähnliche Studien aus Neuseeland (für 16-18-Jährige LTP: 4,3% (Fergusson, D. M. and Horwood, L. J., 1997)) und den USA (für 12-17-Jährige LTP: 2,6%; für 18-25-Jährige LTP: 3,5% (Dennis, M. et al., 2002)) zeigen nur unwesentlich andere Werte.

2.7.4. Entzugssyndrom (ICD-10 F12.30)

Nach einigen neueren Forschungsarbeiten (Haney et al., 1999a; Haney, M. et al., 1999b; Wiesbeck, G. A. et al., 1996; Budney, A. J. et al., 1999; Kouri, E. M. et al., 1999; Smith, N. T., 2002) zeigen sich bei regelmäßigem, anhaltendem Konsum von Cannabis ca. 10 Stunden nach der letzten Einnahme folgende Symptome, die für einen Zeitraum von 7-21 Tagen anhalten können (Bonnet, U. et al., 2004):

- Craving (engl.: Verlangen (nach der Droge))
- Appetitminderung
- Schlafstörungen
- Schwitzen
- Irritabilität (bisweilen Aggressivität)
- innere Unruhe
- Angst
- Hyperalgesie (v.a. Kopf-, Bauch- und Muskelschmerzen)
- Dysphorie

In der Regel sind diese Symptome nicht sehr schwer ausgeprägt.

2.7.5. Häufige unerwünschte Wirkungen

In der psychiatrischen Anamnese finden sich vor allem bei abhängigen Konsumenten folgende Symptome:

- unspezifische Befindlichkeitsstörungen
- kognitive Störungen
- psychotische Störungen
- affektive Symptome
- Angststörungen

- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Missbrauch oder Abhängigkeit von anderen Substanzen

Bei mehr als 70% der Cannabisabhängigen soll nach Schätzungen mindestens eine andere komorbide Störung vorliegen. (Perkonigg, A. et al., 1999; Troisi, A. et al., 1998, McGee, R. et al., 2000)

2.8. Komorbide Störungen: Ein Überblick über die Literatur

Bisher gibt es nur sehr wenige klinische Studien zu cannabisbezogenen komorbiden psychiatrischen Störungen bei behandelten jugendlichen Cannabiskonsumenten. Im folgenden wird der bisherige Stand zu diesen Störungen dargestellt.

Bei täglich konsumierenden Jugendlichen fanden Strike, Urbanoski und Rush (Strike, C. J. et al., 2003) über standardisierte psychiatrische Fragebögen Lebenszeitinzidenzen von 19% Angststörungen und 39% depressiven Störungen. Nach Simon et al. (Simon, R et al., 2004) stellt sich die Lage bei behandelten Cannabiskonsumenten wie folgt dar: 39% Affektstörungen, 37% Phobien, 15% sonstige Angststörungen, 11% psychotische Störungen.

An italienischen Armeeingehörigen finden Troisi et al. (Troisi et al., 1998) nach DSM-III-R 14% mit majoren Depressionen, 11% mit einer dysthymen Störung, 16% mit Anpassungsstörungen, 14% mit einer Persönlichkeitsstörung. Dabei wiesen 69% aller abhängig Konsumierenden, 41% aller missbräuchlich Konsumierenden und 24% aller gelegentlich Konsumierenden eine psychiatrisch komorbide Störung auf.

Nach Verdoux et al. (Verdoux, H. et al., 2003) triggert Cannabis im Freiwilligen-Experiment psychosenahes Erleben.

Auch Longitudinalstudien zu komorbiden Störungen bei Cannabissmissbrauch zeigen ähnliche Ergebnisse. So erhöht die Cannabisabhängigkeit die Inzidenz von majoren Depressionen bzw. von „psychotischen Symptomen“ in allgemeinen Populationen (Fergusson, D. M. et al.; 2003, Stefanis, N. C. et al., 2004). Auch gibt es in diesem Bereich bereits Zwillingsstudien, aus denen sich ergibt, dass bei dizygoten Zwillingen zu 49% eine majore Depression auftrat, wenn sie mit maximal 17 Jahren einen

Cannabiskonsum begannen und später eine Abhängigkeit entwickelten. Ihre nicht konsumierenden Zwillingsgeschwister erkrankten nur in 24% der Fälle an einer solchen Erkrankung (*Lynskey, M. T. et al., 2004*).

Bisher fehlten kontrollierte Studien mit Vergleichsgruppen bei komorbiden Störungen. Einen kontrollierten Vergleich zwischen polyvalent und nur Cannabis-Konsumierenden haben kürzlich Sack et al. (*Sack, PM et al., 2005*)* veröffentlicht. Eine Studie, welche Komorbidität, Belastung und Behandlungsergebnisse in Abhängigkeit vom Entwicklungsalter speziell bei Cannabis-Konsumierenden untersucht, wird erstmals mit dieser Arbeit vorgelegt.

* unter Mitarbeit des Autors der vorliegenden Arbeit

3. Material und Methoden

3.1. Datenerhebung in einer Drogenambulanz (DAA)

Die Daten der vorliegenden Untersuchung wurden in der ärztlich geleiteten Drogenambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien (DAA) erhoben. Diese ist seit 1999 fester Bestandteil der Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE). Hier finden Jugendliche und junge Erwachsene bis 25 Jahre sowie Rat suchende Angehörige von Suchterkrankten die Möglichkeit, sich mit ihren Problemen an ausgewähltes Fachpersonal zu wenden.

3.1.1. Entstehungsgeschichte

Im Frühjahr 2001 endete, nach insgesamt 6 Jahren, das Forschungsprojekt „Familientherapeutische Frühbehandlung Opiatabhängiger – eine vergleichende Querschnitts- und Verlaufsuntersuchung“. Es war 1993 beantragt und seine Förderung zum Herbst 1995 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunktes Sucht („Biologische und psychosoziale Faktoren von Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit“) unter der Fördernummer 01 EB 9412 bewilligt worden. Prof. Dr. Rainer Thomasius und seine Mitarbeiter führten das Projekt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie durch und evaluierten es (Thomasius, R (Hrsg.), 2004).

Vor dem Hintergrund von Ergebnissen aus diesem Forschungsprojekt konnte Prof. Thomasius gegenüber der zuständigen Hamburger Ärztekammer erstens den Bedarf für ein spezielles Behandlungsangebot für diese Zielgruppe und zweitens den Erfolg der speziellen (familientherapeutischen) Methode nachweisen. Er gründete die DAA, die als Institutsambulanz (§ 118 Abs. 2 SGB V) eine Einrichtung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im UKE ist.

3.1.2. Behandlungsangebot

In die DAA gelangen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die neben der Suchtdiagnose (Störungen durch Cannabinoide, Amphetamine, Ecstasy Methamphetaminderivate, Kokain, Opioide, biogene Drogen u.a.) auch das gesamte Spektrum psychischer Störungen (emotionale Störung des Kindesalters, Störung sozialer Funktionen mit Beginn in Kindheit und Jugend, affektive Störung, Angststörung, Persönlichkeits- und Verhaltensstörung, neurotische Störung, Störung des Sozialverhaltens, drogeninduzierte psychotische Störung, Schizophrenie u.a.) zeigen.

Nach einer gründlichen Eingangsdiagnostik werden in der Therapie indikationsgeleitete und individuell abgestimmte psychiatrische / kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische / kinder- und jugendpsychotherapeutische Methoden (Einzelpsychotherapie, Familientherapie, Gruppentherapie) angewandt. Aus den Ergebnissen der Eingangsdiagnostik, die (sucht-) psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische, psychologische (Persönlichkeit, Familie, Intelligenzniveau, psychosoziales Funktionsniveau) soziale und medizinische Untersuchungsmethoden beinhaltet, wird die differentielle und adaptative Behandlungsindikation abgeleitet.

Ziel der Behandlung ist eine abstinenzorientierte Reduktion des Drogenkonsums und eine Heilung bzw. Besserung der begleitenden psychischen Störungen. Zudem wird eine adäquate vor- oder nachstationäre Behandlung mit dem Ziel durchgeführt, die stationäre Therapie möglichst zu verkürzen.

Zur Behandlung gelangen die Klienten per Überweisung durch niedergelassene Ärzte, Drogenberatungs- und Behandlungsstellen, auf eigene Initiative und/oder über eine offene Sprechstunde (wochentags von 9:00 Uhr bis 12:00 Uhr).

Behandlungssettings aus Einzel- und Familientherapie und spezifischer Gruppentherapie sind in der DAA für Patienten mit folgenden Störungsmustern eingeführt:

- soziale Ängste
- Opiatabhängigkeit plus komorbide psychische Störung
- Cannabisabhängigkeit plus komorbide psychische Störung
- Abhängigkeit von sog. „Partydrogen“ plus komorbide Störung

Zusätzlich werden Entspannungsgruppen, familientherapeutische Eltern- bzw. Angehörigengruppen, soziales Kompetenztraining und psychoedukative Gruppen angeboten. Die DAA stellt neuropsychologische Diagnostik und Förderung für Drogenkonsumenten mit kognitiven Störungen infolge eines längerfristigen Drogenkonsums (in erster Linie Methamphetaminderivate) zur Verfügung. Das psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsangebot richtet sich an drogenmissbrauchende Patienten mit einer drogeninduzierten psychotischen Störung, Hirnleistungsstörung, schweren Angststörung, affektiven Störung und hyperkinetischen Störung. Neben der Behandlung mit Psychopharmaka werden sozialpsychiatrische Hilfestellungen gegeben.

In der DAA sind, außer dem Leiter, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, psychologische Psychotherapeuten mit Fachkunde-Nachweis, eine Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche, ein Diplom-Psychologe, eine Sozialarbeiterin und eine Verwaltungskraft tätig.

3.2. Material und Methoden

3.2.1. Datenerhebung; Ein- und Ausschlusskriterien

In einer sekundär-prospektiven, kontrollierten Totalerhebung (Beobachtungsdesign, unizentrisch) wurden Daten von behandelten Cannabiskonsumenten erhoben, wofür deren Patientenkarten (Anamnesebögen, Behandlungsprotokolle, Arztbriefe) verwendet wurden. Der Untersuchungszeitraum war das Kalenderjahr 2003. Die Datenerhebung fand im Sommer 2004 in der DAA am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf statt.

Einschlusskriterien für die Untersuchungsgruppe THC waren:

- ICD-10-Diagnose abhängiger oder schädlicher Cannabis-Gebrauch (F12.1; F12.2)
- Behandlungsbeginn 2003 (bei Wiedervorstellung „3–4 Monate zeitlicher Abstand zur vorangegangenen Behandlungsepisode“ bzw. „akute Krise“)
- Patientenalter 13–25 Jahre.

Ausschlusskriterium war die Nichtübereinstimmung mit einem der o.g. Kriterien. Klinische Diagnosestellung und indikationsgeleitete Behandlung erfolgten jeweils durch psychologische Psychotherapeuten und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

3.2.2. Stichprobe

Die Daten von $n = 185$ Hilfe suchenden Klienten der DAA konnten für diese Arbeit verwendet werden. Sämtlich erfüllten sie die Kriterien für einen schädlichen Gebrauch von Cannabis, bzw. die für eine Abhängigkeit nach dem Diagnosemanual ICD-10. Die in die Studie eingeschlossenen Klienten kamen aus der Freien und Hansestadt Hamburg und deren Umland. Von den $n = 185$ Klienten waren 18,5 % weiblich. Die Gesamtstichprobe bildete 41% der in 2003 in der DAA behandelten Patienten. Die genaue Geschlechterverteilung der einzelnen Gruppen kann aus der Abbildung 4 entnommen werden. Sie war bezüglich der vier Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. Der größte Teil der Patienten waren Deutschstämmige (92,9%) oder Nichtdeutschstämmige mit einem deutschen Pass.

In Bezug auf das Entwicklungsalter (*Kapfhammer, HP, 1995*) ergibt sich für die Stichprobe: 20% ($n = 37$) sind 13–16 Jahre alt (Mittelwert $M = 15,11$ Jahre, Standardabweichung $SD = 0,77$), 27% ($n = 50$) sind 17–18 Jahre alt ($M = 17,34$, $SD = 0,48$), 31% ($n = 57$) sind 19–21 Jahre alt ($M = 19,95$, $SD = 0,89$), 22% ($n = 41$) sind 22–25 Jahre alt ($M = 23,10$, $SD = 1,11$).

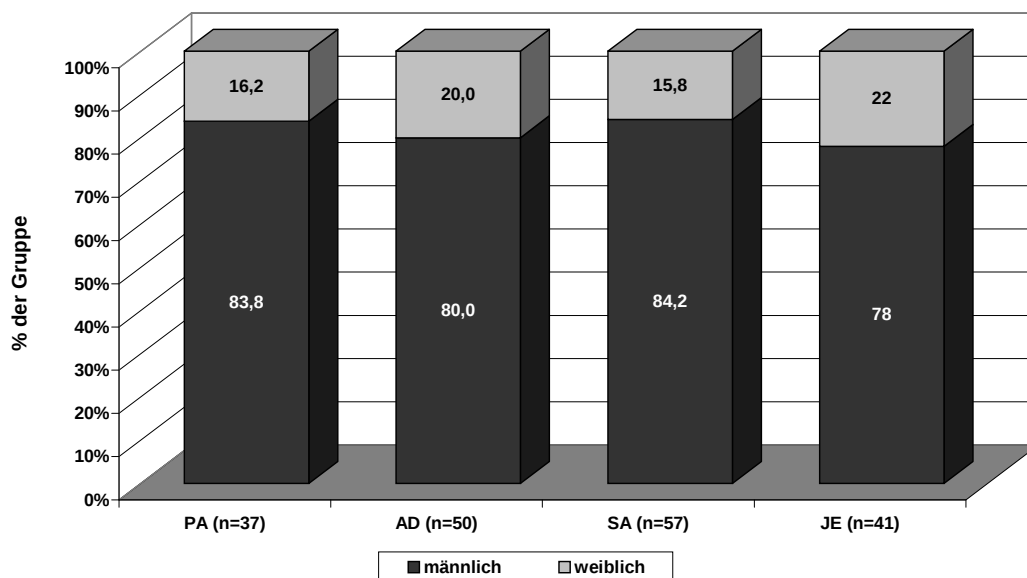
Die Gruppe der Präadoleszenten (PA) enthält die Klienten, die zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung zwischen 13 und 16 Jahre alt waren und sich demnach in der empfindlichen Phase der Pubertät befanden.

Die Gruppe der Adoleszenten (AD) zwischen 17 und 18 Jahren trennt sich von den restlichen Gruppen, da dieser Bereich den Übergang zwischen der Pubertät und dem Erwachsenenalter kennzeichnet, in dem vor allem die schulische Ausbildung in der Regel abgeschlossen und die weitere Ausbildung begonnen wird.

In der Gruppe der Spätadoleszenten (SA) zwischen 19 und 21 Jahren sind vor allem Menschen, deren Reifung in der Regel abgeschlossen ist. In dieser Phase findet normalerweise die Ablösung vom Elternhaus statt.

Als bereits ausgereifte und vom Elternhaus in der Regel unabhängige Gruppe ist die der jungen Erwachsenen (JE) zwischen 22 und 25 Jahren zu sehen (Einteilung nach Kapfhammer, HP, 1995).

Abb. 4: Geschlechterverteilung der Stichprobe



3.2.3. Inhaltsanalyse als Datenerhebungsverfahren

Gegenstand inhaltsanalytischer Untersuchungen ist die materialisierte Kommunikation (Geis, A, 1992), hier die auf den Polikarten des Patienten festgehaltenen Informationen (andere Informationsquellen wären etwa psychiatrische Zeitschriften oder Filmaufzeichnungen von Behandlungssitzungen). Den Polikarten wurden gezielt Informationen entnommen und in die Codierbögen übertragen; diese wurden dann statistisch ausgewertet. Beim Prozess des Codierens wurde von semantischen Aspekten abgesehen (etwa Konotierungen wie „richtig/falsch“) und eine syntaktisch-pragmatische Analyse betrieben (Häufigkeiten und Intensitäten wurden ausgewertet) (vgl. Merten, K, 1983).

Die Inhaltsanalyse wird hier als Technik zur Erhebung von Daten verwendet, nicht zur Auswertung wie in der qualitativen Inhaltsanalyse (Lamnek, S, 1995). Auswahlinheit

(sampling unit) ist die Polikarte eines Patienten, Analyseeinheiten (recording units) sind die Kategorien (Fragen, Items) des Codierbogens mit den darin angesprochenen Themen. Die quantitative Inhaltsanalyse hat den gleichen Kriterien zu genügen wie etwa Fragebogen- oder experimentelle Untersuchungen, nämlich der wissenschaftlichen Relevanz, der systematischen Methodik und der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit bzw. Überprüfbarkeit (Geis, A, 1992).

Die klinisch-diagnostischen Interviews, welche die Grundlage für die Polikarteneinträge bildeten, bleiben in der vorliegenden Untersuchung unbeleuchtet. Es handelt sich dabei um niedrig-strukturierte Gespräche entlang eines Leitfadens, welcher als zu behandelnde Themen folgende Punkte vorgab:

- Anlass des Gesprächs und aktuelle Problematik
- Suchtanamnese (Zeitraum, Menge, Einnahmeform)
- psychiatrische Anamnese (Vorbehandlungen, Suizidalität)
- Allgemein- und Sozialanamnese (Lebenssituation, Ausbildung, Konsumfinanzierung)
- Familienanamnese (Krankheiten in der Herkunftsfamilie)
- Kurzbiografie (Patient, Eltern).

3.2.4. Aufbau und Themen des Codierbogens

In einer Testphase wurde der Codierbogen im Hinblick auf sprachliche Eindeutigkeit verbessert und thematisch ergänzt. Zur Verbesserung der Handhabung des Bogens wurden einige Items auch mehrfach verschoben. So entstand der im Anhang als Faksimile wiedergegebene Codierbogen.

Die Kategorienbildung erfolgte nach der Literatur und aufgrund von Expertenbefragungen (Behandler der DAA sowie deren Leiter). Als Rahmen dienten entwicklungswissenschaftliche Modellvorstellungen (vgl. Bronfenbrenner, U et al., 1998; Lerner, RM, 2004), welche für den Bereich der Risiko- und Protektivfaktoren der Suchtentstehung und -behandlung bei Kindern und Jugendlichen konkretisiert wurden (vgl. Hawkins, JD et al., 1992; Scheithauer, H et al., 2003; Thomasius, R et al., 2003). Als die einzige publizierte empirische Studie mit ähnlicher Zielsetzung erwies sich die

von Strike et al. (Strike, C. J. et al., 2003) aus Kanada, weswegen mit ihr ein enger thematischer Abgleich vorgenommen wurde.

Der Codierbogen gliedert sich in die folgenden Themengebiete:

- Suchtanamnese: ICD-10-Suchtdiagnose (Kapitel F1x), psychiatrisch-komorbide Erkrankungen (Kapitel F und Kapitel Z („Belastungsdiagnosen“))
- Soziodemografie: Ausbildung, Einkommen und Wohnsituation
- soziales Umfeld: Bezugspersonen und Substanzgebrauch im sozialen Umfeld (Herkunftsfamilie, Partnerschaft, Peers)
- Probleme / Belastungen: schulische oder berufliche Integration (Abschluss, Abbruch), Legalverhalten, Dissozialität und psychosoziale Probleme oder Belastungen
- Behandlungsverlauf: Vorstellungsgründe (externe: Eltern, Justiz oder interne: Einsicht, Symptombelastung), Überweisung, Vorbehandlungen (suchtthematisch, ambulant/stationär, Behandlungssetting, -dauer und -intensität)
- Ergebnis / Stand / Beurteilung (Behandleratings)
- Substanzgebrauch „prä“: Lebenszeitprävalenz und 7-Tage-Inzidenz

Vor dem Hintergrund der untersuchten Altersgruppen der Patienten stellten sich einige besondere Anforderungen an den Codierbogen. Hierzu sollen nur einige Beispiele benannt werden. Bei dem Item „erreichter Schulabschluss“ z.B. musste berücksichtigt werden, dass besonders die sehr jungen Patienten in ihrem schulischen Werdegang noch keine abgeschlossene schulische Ausbildung haben konnten. Daher wurde auch das Item „derzeit in Ausbildung?“ mit hinzu genommen. Auf dieser Basis musste auch das Item „Einkommen“ an die besondere Situation junger Patienten angepaßt werden. Den Besonderheiten der verschiedenen Lebensabschnitte eines Heranwachsenden wurde auch mit dem Item „Wohnen“ Rechnung getragen. Wichtig erschienen ebenso auch die weiteren sozialen Beziehungen im Umfeld des Heranwachsenden und die möglichen Belastungen, die hieraus resultieren (z.B. Einfluss der Peer-Gruppe, Vorbelastung z.B. durch suchtkranke Eltern).

3.2.5. Bestimmung der Codiergüte

Zur Bestimmung der Codiergüte wurden nach dem Zufallsprinzip 30 Polikarten von solchen Patienten ausgewählt, die eine Behandlung aufgenommen hatten, die sich über

mehr als vier Termine erstreckte; Polikarten von Patienten, die nur an einer Beratung teilnahmen, wurden aus dieser Teilstichprobe ausgeschlossen, weil eine Reihe von Daten bei ihnen logischerweise nicht anfallen konnte (z.B. wegen nur eines Gesprächstermins keine ICD-10-Diagnosen, wegen keiner eigentlichen Behandlung auch keine Behandlungsergebnisse). Bei 30 Polikarten multipliziert mit (im Mittel) 50 Kategorien bildeten rund 1500 Codierungen die Grundlage zur Bestimmung der Codiergüte. Codierer waren neben dem Verfasser der vorliegenden Arbeit eine Studierende der Medizin im klinischen Studienabschnitt.

In die Bestimmung der Codiergüte gingen nur positiv codierte Kategorien ein; Übereinstimmungen in Nicht-Codierungen (z.B. „Patient kann Erstalter des Konsums von THC nicht benennen“) wurden demnach nicht einbezogen. Da die zu Grunde liegenden Kontingenztabellen (Codierer 1 $\times$ Codierer 2) in der Regel nicht quadratisch waren, hätte Cohens κ nur selten verwendet werden können. Zur besseren Vergleichbarkeit der Codiererübereinstimmungen über alle Teile des Codierbogens hinweg wurde deshalb einheitlich die einfache prozentuale Übereinstimmung $P\ddot{U}$ berechnet. Mittelwert und Standardabweichung sowie die Spanne der $P\ddot{U}$ -Koeffizienten wurden angegeben. $P\ddot{U}$ ist eher ein Maß der Auswertungsobjektivität, weswegen der Empfehlung von Wirtz und Caspar (Wirtz, M et al., 2002) folgend zusätzlich ein Assoziationsmaß im Sinne der inneren Konsistenz (sog. „Interraterreliabilität“) angegeben wird, nämlich für Nominaldaten Cramér's V , welches sich ähnlich zu Pearsons r (bei Intervalldaten) verhält.

Tabelle 2 fasst die Koeffizienten der Übereinstimmung und der Reliabilität für zwei Codierer über die Themenbereiche des Codierbogens zusammen. Da für die Berechnung von $P\ddot{U}$ Binärdaten anfallen, lässt sich die Codiererübereinstimmung gegen den Zufall testen. Die Annahme, dass 50 % der Codierungen nach bloßem Zufall übereinstimmen, ließ sich über den Binomialtest für $p=q=.50$ für die Themenbereiche 1–7 mindestens bei $p \leq .05$, für Themenbereich 8 (insgesamt) bei $p = .00$ zurückweisen. Im übrigen wurde auch bei einem sich rechnerisch ergebenden Wert von 1, die Reliabilität auf maximal .99 geschätzt, weil sie angesichts der Spannen für $P\ddot{U}$ eben doch nicht als „perfekt“ zu bezeichnen ist.

Im Gesamtdurchschnitt ergibt sich $P\ddot{U}=94\%$, was sich (wie oben bemerkt) im Binomialtest hochsignifikant gegen den Zufall absichern lässt. Die Codierer nahmen pro Patient im Mittel $M=51.4$ Codierungen vor (von theoretisch 89 möglichen). Ihre Codierungen sind hochkonsistent, indem sie im Mittel zu .99 korrelieren. Gemessen an $P\ddot{U}$ scheinen die Angaben zum sozialen Umfeld der Patienten am relativ schwierigsten, aber dennoch zufriedenstellend codierbar gewesen zu sein.

Tabelle 2. Koeffizienten der Übereinstimmung und der Reliabilität für 2 Codierer je nach Themenbereich des Codierbogens und insgesamt.

Themenbereich	$P\ddot{U}^a$		Kategorien			Reliabilität ^b
	$M (SD)$	Spanne	n	M	Spanne	
1. Suchtanamnese nach ICD-10	.99 (.01)	.97 – 1.0	10	4.8	2–6	.99
2. Soziodemografie	.90 (.06)	.83 – 1.0	6	6	6	.99
3. Soziales Umfeld	.88 (.10)	.77 – 1.0	4	4	4	.99
4. Probleme / Belastungen	.92 (.07)	.77 – 1.0	9	9	9	.99
5. Behandlungsverlauf	.90 (.07)	.77 – 1.0	15	15	15	.98
6. Ergebnis / Stand / Beurteilung	.89 (.13)	.67 – 1.0	7	7	7	.99
7. Substanzgebrauch („prä“)	.96 (.06)	.74 – 1.0	37	7.8	3–17	.99
8. Insgesamt	.94 (.08)	.67 – 1.0	89	51.4	46–60	.99 ^c

Anmerkung. ^aProzentuale Übereinstimmung. $P\ddot{U}$ ist im Binomialtest für $p=q=.50$ signifikant für alle Themenbereiche 1–7 bei $p \leq .05$ und für „Insgesamt“ bei $p=.00$.

^bPro Themenbereich gewichtet mit der durchschnittlich kodierten Kategoriengröße und über Fisher-Z-Werte gemittelt; für 1–6 Cramér's V , für 7 Pearson's r .

^cAus Fishers Z-Werten für 1–6 V und 7 r geschätzt.

3.2.6. Statistische Prüfungen

Dem Rationale der Studie entsprechend wurde zweiseitig und gegen die Alternativhypothese $H1$ getestet, da mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede zwischen den Untergruppen der Gruppe THC erwartet wurden. Das Signifikanzniveau für die Hauptfragestellungen wurde auf $\alpha=.05$ festgesetzt, die Power für die vorliegende Stichprobe reicht für $1-\beta=.80$ zum Entdecken von großen und mittleren Effekten (Buchner, A et al., 1996). Die Prüfungen erfolgten v.a. non-parametrisch bivariat mit $\alpha \leq .05$ via χ^2 -Tests bzw., wenn dessen Voraussetzungen nicht erfüllt waren, via Mann-Whitney-U-Test auf Basis aggregierter Häufigkeiten (Fassl, H, 1999; Siegel, S, 1956), hier jedoch mit einem liberalen $\alpha \leq .10$ zum Ausgleich des Power-Verlustes. Bei metrischen Daten wurden einfache Varianzanalysen mit *post-hoc*-Tests nach Scheffé eingesetzt (Bortz, J et al., 2003). Zur EDV wurde das Programmpaket SPSS 6 verwendet (SPSS Inc., 1995).

4. Ergebnisse

Die Zusammensetzung der Stichprobe und die Aufteilung in die vier Untergruppen der Präadoleszenten (PA), der Adoleszenten (AD), der Spätadoleszenten (SA) und der jungen Erwachsenen (JE) wurde bereits vorgestellt. Auf dieser Aufteilung basiert der nun folgende Teil, in dem die Ergebnisse der Auswertung der Fragebögen präsentiert werden. Hier werden die Unterschiede anhand des χ^2 (Chi-quadrat)-Wertes bei jeweiligen Freiheitsgraden (df), mit der Signifikanz (p) und den Effektstärken (w) sowie dem Kontingenzkoeffizienten (CC) verglichen.

Zu beachten ist in diesem Kapitel zudem, dass die Diagnosen nicht weiter differenziert werden als bis zur dritten Stelle der Diagnose-Verschlüsselung (Fxx) nach der Internationalen Klassifikation psychischer Erkrankungen (ICD-10, Kapitel V) (Dilling, H et al., 1999). Dadurch kann es bei einigen Störungen zu Mehrfachnennungen kommen und damit die Zahl der Gesamtstichprobe (n=185) überschritten werden.

Einige Abschnitte beziehen sich auf zwei unterschiedliche Untergruppen der Gesamtstichprobe. Abhängig vom Sinn der Fragen im Codierbogen konnten lediglich diejenigen Behandlungsfälle in diese Teilergebnisse mit einbezogen werden, die auch in 2003 beendet wurden. Sie bestanden aus n=129 (im Text als N129 abgekürzt) Patienten. Jedoch waren unter diesen auch einige Fälle, die lediglich zur Konsultation in die DAA kamen. In der zweiten Untergruppe wurden auch diese Patienten entfernt. Es entstand eine Gruppe mit n=98 (im Text als N98 abgekürzt) Patienten. Ziel dieser Maßnahme war, die Patienten, deren Behandlungserfolg aufgrund fehlender Weiterbehandlung nicht zu beurteilen war, auszusortieren. Die beiden Untergruppen teilen sich wie folgt auf:

Gruppe N129: PA n=27, AD n=34, SA n=40, JE n=28

Gruppe N98: PA n=20, AD n=27, SA n=30, JE n=21

Die DAA wurde von den Patienten unterschiedlich genutzt (siehe Tabelle 3). Zur reinen Konsultation, d.h. es wurde nur ein Termin in der DAA wahrgenommen, kam es je nachdem, ob man die Gesamtstichprobe, N98 oder N129 betrachtet (vgl. die Tabelle 3) in 20,6%-25,9% der Fälle. Eine Diagnostik (mindestens 3 Termine) ohne eine folgende Therapie fand in 7,1%-38,2% (N129), bzw. 9,5%-48,1% (N98) der Fälle statt. Dabei

gab es vor allem bei den jüngeren Patienten häufiger den Fall, dass auf eine Diagnostik keine Therapie folgte. Nur in Einzelfällen kam es zu einer Diagnostik und der Patient wurde dann zu einem niedergelassenen Kollegen überwiesen. Ab der Altersstufe SA ergab sich eine aufsteigende Häufigkeit für eine Diagnostik mit nachfolgender Klinikeinweisung.

Die Therapie wurde von zwischen 17,6% und 22,2% (N129), bzw. 22,2% und 30,0% (N98) regulär beendet. Einen irregulären Therapieabbruch gab es in 14,8% - 32,1% (N129), bzw. 20,0% - 42,9% (N98).

Mit ($\chi^2 = 22,29$ (Erwartungswert: 25,00), $df=15$, $p=.10$, $w=.42$ und $CC=.38$) gab es in der Untergruppe N129 keinen signifikanten Unterschied der einzelnen Gruppen. Dagegen war ein signifikanter Unterschied der Gruppen in der Untergruppe N98 mit ($\chi^2 = 22,00$ (Erwartungswert: 21,03), $df=12$, $p=.04$, $w=.47$ und $CC=.43$) (N98) festzustellen, wonach die Patienten der Gruppe JE am häufigsten die Therapie irregulär beendeten. Die gesamten Daten sind der Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3 : Art des Behandlungsendes

Untergruppe	N129^a	N98^b	N129	N98	N129	N98	N129	N98
Altersgruppen	PA	PA	AD	AD	SA	SA	JE	JE
Konsultation	25,9	-	20,6	-	25,0	-	25,0	-
Diag + no Th.	29,6	40,0	38,2	48,1	17,5	23,3	7,1	9,5
Diag + Niedergel	7,4	10,0	-	-	-	-	3,6	4,8
Diag + Stationär	-	-	-	-	10,0	13,3	14,3	19,0
Th regulär	22,2	30,0	17,6	22,2	20,0	26,7	17,9	23,8
Th irregulär	14,8	20,0	23,5	29,6	27,5	36,7	32,1	42,9

Angaben in % der Gruppe, ^aKonsultations- und Behandlungsfälle, die in 2003 begonnen und beendet wurden, ^bBehandlungsfälle ohne Konsultationen

4.1. Störungen durch Cannabinoide

In der Stichprobe wurde im Item 1 des Codierbogens insgesamt 197-mal die Diagnose einer psychischen und Verhaltensstörung durch Cannabinoide gestellt; 38-mal in der Gruppe PA, 53-mal in der Gruppe AD, 61-mal in der Gruppe SA und 45-mal in der Gruppe JE. Die Aufteilung der Gruppen für schädlichen Gebrauch oder Abhängigkeit ist der Abbildung 5 zu entnehmen.

In diesem Item zeigte sich ein signifikanter Unterschied (mit $\chi^2 = 14.02$ (Erwartungswert: 7,81), $df=3$, $p=.00$, $w=.28$ und $CC=.27$) der vier Gruppen. Der Verteilungsunterschied der Gruppen ist demnach nicht nur zufällig.

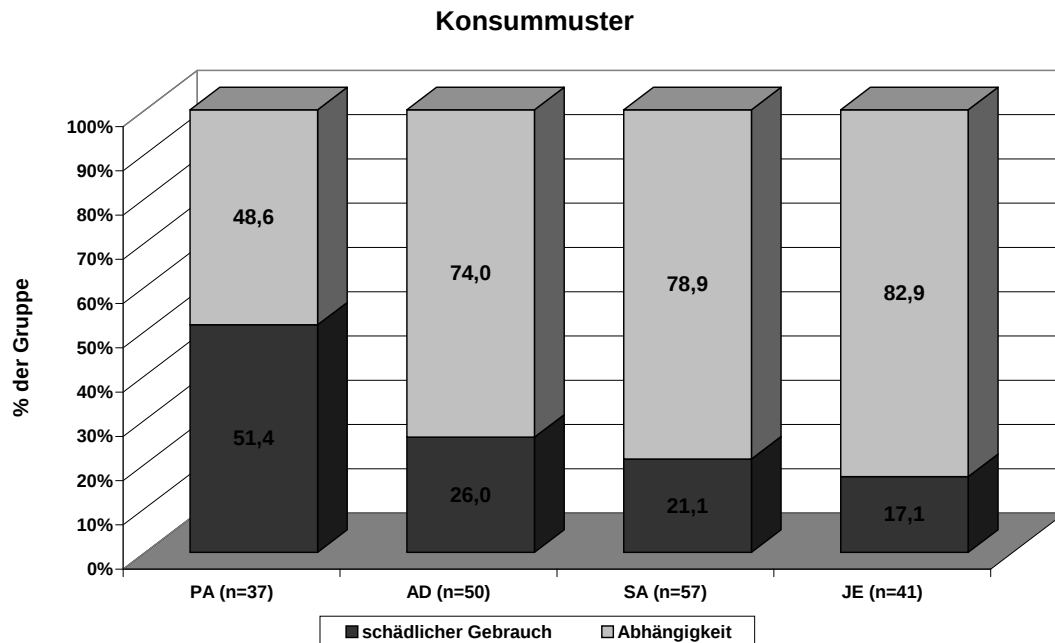


Abb. 5: Konsummuster (schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Cannabinoiden) und deren Verteilung in den vier Gruppen.

4.2. Komorbide Störungen

Dieser Abschnitt behandelt die komorbiden psychiatrischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen, die in der Stichprobe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer psychischen und Verhaltensstörung durch Cannabinoide diagnostiziert (Item 2 des Codierbogens) und in die Auswertung aufgenommen wurden. Natürlich haben nicht alle Diagnosen aus der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10, Kapitel V (F)) (Dilling, H et al., 1999) Einzug in die Untersuchung gefunden. Die nicht aufgeführten Diagnosen wurden in der Stichprobe nicht diagnostiziert.

Aufgrund der in diesem Kapitel zugelassenen Mehrfachnennungen der Diagnosen (wie z.B. F12.1 für schädlichen Cannabismissbrauch und F12.5 für akute vorübergehende psychotische Störung im Rahmen des Cannabismissbrauchs) stellt sich die Berechnung der Signifikanzen der Unterschiede deutlich schwerer dar, als bei den anderen Werten.

Die in der Tabelle 4 dargestellten Daten zur Verteilung der psychiatrisch-komorbiden Diagnosen wurden auf der Basis der dortigen Prozentangaben über die Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse ausgewertet, welche mit χ^2 (3, N=23)=0.36 mit $p=.95$ keine Signifikanz zeigten. Auch paarweise post-hoc-Testungen über den Mann-Whitney U-Test (z.B. *PA* verglichen mit *AD*, mit *SA*, mit *JE* usw.) ergaben nicht signifikante Resultate.

Keine komorbiden Störungen fanden sich lediglich bei 7,0% der gesamten Stichprobe. Bei 93,0% fand sich mindestens eine komorbide psychische Störung.

Tabelle 4 Verteilung von psychiatrisch-komorbiden Diagnosen (psychische und Verhaltensstörungen nach ICD-10) bei $n=185$ behandelten Cannabis konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Mehrfachantworten).

psychische Störungen (ICD10, Kapitel F)	<i>PA</i>		<i>AD</i>		<i>SA</i>		<i>JE</i>	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
– Keine komorbide Störung	13,5	5	4,0	2	5,3	3	7,3	3
20 Schizophrenie	-	-	-	-	7,0	4	17,1	7
31 Bipolare affektive Störung	2,7	1	-	-	-	-	-	-
32 Depressive Episode	5,4	2	14,0	7	40,4	23	22,0	9
33 Rezidiv. depressive Episode	5,4	2	18,0	9	22,8	13	7,3	3
34 Anhaltende affektive Störung	-	-	6,0	3	5,3	3	7,3	3
40 Phobische Störung	-	-	6,0	3	5,3	3	4,9	2
41 Sonstige Angststörung	2,7	1	2,0	1	3,5	2	4,9	2
42 Zwangsstörung	2,7	1	-	-	-	-	-	-
43 Anpassungsstörung	2,7	1	2,0	1	1,8	1	2,4	1
44 Dissoziative Störung	-	-	-	-	-	-	2,4	1
45 Somatoforme Störung	-	-	2,0	1	-	-	-	-
50 Essstörung	-	-	-	-	3,5	2	2,4	1
60 Persönlichkeitsstörung	2,7	1	6,0	3	17,5	10	29,3	12
61 Kombinierte Persönlichkeitsstörung	-	-	4,0	2	14,0	8	17,1	7
63 Störungen der Impulskontrolle	-	-	-	-	1,8	1	4,9	2
70 Leichte Intelligenzminderung	-	-	-	-	1,8	1	-	-
81 UES ^a schulischer Fähigkeiten	-	-	2,0	1	-	-	-	-
90 Hyperkinetische Störung	8,1	3	8,0	4	1,8	1	-	-
91 Störungen des Sozialverhaltens	27,0	10	20,0	10	-	-	-	-
92 Sozialverhalten / Emotionen	21,6	8	18,0	9	3,5	2	-	-
93 Emotionale Störung Kindesalter	18,9	7	26,0	13	14,0	8	-	-
98 Sonstige Beginn Kindheit / Jugend	5,4	2	-	-	-	-	-	-

(*PA* (13-16Jahre, $n=37$), *AD* (17-18 Jahre, $n=50$), *SA* (19-21 Jahre, $n=57$), *JE* (22-25 Jahre, $n=41$))

^aUES: Umschriebene Entwicklungsstörungen

4.2.1. Suchtstörungen (F1x.x)

Die komorbiden Suchtstörungen bestehen hier insgesamt vor allem aus einem schädlichen Gebrauch von, bzw. einer akuten Intoxikation durch andere Substanzen. Insgesamt finden sich bei 16,8% der Patienten komorbide Suchtstörungen. Dabei ist das weibliche Geschlecht prozentual mit 26,5% häufiger betroffen.

Vor allem Störungen durch Alkohol (5,4% der Stichprobe) und Störungen durch sonstige Stimulanzien einschließlich Koffein stehen im Vordergrund dieser Störungsgruppe. Beim Alkohol unterscheiden sich die einzelnen Gruppen nur wenig. Die Prozentwerte liegen zwischen 4,0% und 7,3%, wobei die Gruppe *JE* den höchsten Prozentwert erreicht. Ähnlich ist es bei den Störungen durch Stimulanzien einschließlich Koffein. Hier liegen die Werte zwischen 2,0% und 12,2%. Wiederum besetzt die Gruppe *JE* den höchsten Prozentsatz. Seltener sind Störungen durch Opioide (0,5% der Stichprobe), durch Halluzinogene (0,5% der Stichprobe) und durch schädlichen Gebrauch multipler Substanzen (2,2% der Stichprobe). Nur bei 2,7% der Stichprobe wurde eine Störung durch Tabak diagnostiziert.

4.2.2. Schizophrene Störungen (F20.x)

Insgesamt 11 Patienten (5,9%) der Stichprobe erfüllten die Kriterien für die Diagnose einer schizophrenen komorbiden Störung. Männliche und weibliche Patienten waren hier etwa gleich vertreten. Bei 9 männlichen (6,0%) und zwei weiblichen (5,9%) Patienten konnte eine schizophrene Störung diagnostiziert werden. Betroffen waren hier jeweils nur die älteren Gruppen *PA* und *JE*, wobei die Gruppe *JE* mit 17,1% deutlich häufiger betroffen war als *SA* mit 7,0%.

4.2.3. Affektive Störungen (F31.x-F34.x)

Insgesamt am häufigsten wurden affektive Störungen diagnostiziert. 42,2% der Stichprobe hatten eine affektive Störung als komorbide Erkrankung neben der Cannabisdiagnose. Selten waren hier die bipolaren affektiven Störungen, die lediglich bei einem Patienten diagnostiziert wurde. Am häufigsten waren hingegen depressive

Episoden (22,2% der Stichprobe) und rezidivierende depressive Störungen (14,6% der Stichprobe).

Depressive Episoden waren vor allem in der Gruppe SA (40,4%) vorhanden. Aber auch die ältere Gruppe JE zeigte mit 22,0% einen hohen Anteil. In der Gruppe zwischen 17 und 18 Jahren wurde die Diagnose nur in 14,0%, bei den 13-16-Jährigen nur in 5,4% der Fälle diagnostiziert. Insgesamt wurde die depressive Episode bei den männlichen Patienten mit 23,2% im Gegensatz zu den weiblichen (17,6%) häufiger diagnostiziert.

Rezidivierende depressive Störungen wurden ebenfalls am häufigsten in der Gruppe SA (22,8%) diagnostiziert. Gefolgt wurde diese Gruppe von den Patienten zwischen 17 und 18 Jahren (18,0%), den jungen Erwachsenen (JE mit 7,3%) und der Gruppe PA mit 5,4%. Diese Störung wurde mit 26,5% gegenüber 11,9% häufiger bei den weiblichen Patienten gestellt.

Anhaltende affektive Störungen fanden sich bei 4,9% der Stichprobe. Hier war mit 7,3% am häufigsten die älteste Gruppe (JE), gegenüber 6,0% der Gruppe AD und 5,3% der Gruppe SA, betroffen. Die Diagnose konnte ausschließlich bei männlichen Patienten gestellt werden.

4.2.4. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40.x-F45.x)

Die neurotischen Störungen stehen mit 11,4% auf dem fünften Platz bei den komorbiden Störungen der Stichprobe. Hier ist insgesamt das weibliche Geschlecht mit 20,6% häufiger betroffen als das männliche (9,3%).

Die häufigsten Diagnosen sind in diesem Bereich mit 4,3% die phobischen Störungen gefolgt von den sonstigen Angststörungen (3,2%) und den Belastungs- und Anpassungsstörungen (2,2%). Jeweils 0,5% der Stichprobe entfallen auf dissoziative Störungen, Zwangsstörungen und somatoforme Störungen.

Phobische Störungen kommen besonders häufig in der Gruppe AD (6,0%) vor, gefolgt von 5,3% der Gruppe SA und 4,9% der Gruppe JE. In der jüngsten Gruppe wurde diese Diagnose nicht gestellt. Weibliche Patienten sind mit 8,8% gegenüber 3,3% bei den männlichen Patienten häufiger betroffen.

Sonstige Angststörungen finden sich ebenfalls (mit 11,8%) bei den weiblichen Patienten häufiger. Die Gruppe der *JE* ist hier am häufigsten (4,9%) vertreten, gefolgt von 3,5% *SA*, 2,7% *PA* und 2,0% *AD*.

Die anderen Diagnosen dieser Gruppe wurden lediglich beim männlichen Geschlecht diagnostiziert. Wesentliche Unterschiede in den Gruppen ergeben sich hier nicht. Die genaueren Zahlen sind in Tabelle 4 aufgeführt.

4.2.5. Essstörungen (F50.x)

Komorbide Essstörungen fanden sich lediglich bei 3 weiblichen Patienten. Zwei von ihnen gehörten zu der Gruppe *SA* und eine zu der Gruppe *JE*. Alle drei bilden 8,8% der weiblichen Patienten.

4.2.6. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60.x-F63.x)

Komorbide Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bilden die dritthäufigste Diagnosegruppe bei den komorbiden Störungen. Insgesamt sind 24,9% der Patienten betroffen. Häufiger wurde auch diese Diagnosegruppe bei den weiblichen Patienten (35,3% vs. 22,5% der männlichen Patienten) gestellt. Von diesen Störungen sind vor allem die älteren Patientengruppen betroffen.

Spezifische Persönlichkeitsstörungen wurden mit 29,3% am häufigsten in der Gruppe *JE*, mit 17,5% und 6,0% sowie 2,7% gefolgt von den Gruppen *SA*, *AD* und *PA* diagnostiziert. In dieser Diagnoseeinheit war das weibliche Geschlecht mit 29,4% vs. 10,6% deutlich häufiger vertreten.

Kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen wurden ebenfalls vor allem in den älteren Gruppen diagnostiziert. Mit 17,1% ist auch hier die Gruppe *JE* am häufigsten betroffen. Ihr folgen mit 14,0% und 4,0% die Gruppen *SA* und *AD*. Diese Diagnosegruppe wurde mit 9,9% vs. 5,9% häufiger bei den männlichen Patienten gestellt.

Die Diagnosegruppe der abnormen Gewohnheiten und der Störung der Impulskontrolle wurden lediglich bei den männlichen Patienten diagnostiziert. Insgesamt waren es drei

Patienten (einer der Gruppe SA und zwei der Gruppe JE), bei denen diese Diagnose gestellt werden konnte.

4.2.7. Leichte Intelligenzminderung (F70.x)

Eine leichte Intelligenzminderung konnte lediglich bei einem männlichen Patienten der Gruppe SA diagnostiziert werden.

4.2.8. Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81.x)

Eine komorbide Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten wurde ebenfalls nur bei einem männlichen Patienten der Gruppe AD diagnostiziert.

4.2.9. Verhaltens- und emotionale Störungen in Kindheit und Jugend (F90.x-F98.x)

Die komorbiden Verhaltens- und emotionalen Störungen in Kindheit und Jugend bilden die zweithäufigste Diagnosegruppe in der Stichprobe. Mit 41,6% ist weit über ein Drittel der Gesamtstichprobe von diesen Störungen betroffen. Mit 37,1% vs. 32,4% bei den weiblichen Patienten ist die Störungsgruppe häufiger bei männlichen Patienten diagnostiziert worden.

Zu dieser Diagnosegruppe gehören hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, emotionale Störungen des Kindesalters und sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters.

Hyperkinetische Störungen wurden lediglich beim männlichen Geschlecht und am häufigsten in den jüngeren Altersgruppen diagnostiziert. Die 13-16-Jährigen waren mit 8,1% am häufigsten betroffen, gefolgt von der Gruppe AD mit 8,0% und der Gruppe SA mit 1,8%.

Störungen des Sozialverhaltens wurden mit 11,9% vs. 5,9% häufiger bei den männlichen Patienten diagnostiziert. Auch hier sind im wesentlichen die jüngeren Altersgruppen betroffen. Mit 27,0% ist diese Diagnose am häufigsten in der Gruppe PA,

während 20,0% der Gruppe *AD* betroffen sind und diese Störungen in den älteren Gruppen nicht auftreten.

Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen treten mit 11,3% vs. 5,9% ebenfalls häufiger bei den männlichen Patienten und ebenfalls vor allem in den jüngeren Altersgruppen auf. Auch hier wird die Störung mit 21,6% am häufigsten in der Gruppe *PA*, gefolgt von *AD* (18,0%) und *SA* (3,5%), diagnostiziert.

Emotionale Störungen des Kindesalters treten mit 20,6% vs. 13,9% häufiger bei den weiblichen Patienten auf. Auch hier sind die jüngeren Altersklassen häufiger betroffen. Am häufigsten mit 26,0% wurde die Diagnose in der Gruppe *AD*, gefolgt von 18,9% in der Gruppe *PA* und 14,0% in der Gruppe *SA* gestellt.

Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters wurden lediglich bei 2 männlichen Patienten der Gruppe *PA* diagnostiziert.

4.2.10. Z-Diagnosen

Die in Tabelle 5 dargestellten Daten zeigen die Verteilung der Problemfaktor-Diagnosen (Z-Diagnosen). Sie wurden auf der Basis der Prozentangaben ebenfalls über die Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse ausgewertet, was mit $\chi^2(3, N=8)=5.57$ mit $p=.13$ wieder keine Signifikanz aufwies. Jedoch erbrachten hier paarweise post-hoc-Testungen über den Mann-Whitney-U-Test, dass sich die Gruppe *JE* signifikant von *PA* unterscheidet ($Z=-2.32, p\leq .05$), sowie auch (mit $Z=-1.97, p=.05$) von *AD*.

Tabelle 5 Verteilung von nach ICD-10 diagnostizierten Problemfaktoren (sog. Belastungs- oder Z-Diagnosen) bei $n=185$ behandelten Cannabis- (*THC*) Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Mehrfachantworten).

Problemfaktor (Z-Diagnose)		<i>PA</i>		<i>AD</i>		<i>SA</i>		<i>JE</i>	
		%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
–	Keine oder Verdachtsdiagnose	83,8	31	86,0	43	89,5	51	100	41
55	Ausbildung und Bildung	2,7	1	2,0	1	-	-	-	-
60	Soziale Umgebung	2,7	1	4,0	2	3,5	2	-	-
61	Negative Kindheitserlebnisse	-	-	4,0	2	1,8	1	-	-
62	Erziehung	5,4	2	12,0	6	7,0	4	-	-
63	Primäre Bezugsgruppe inkl. Familie	13,5	5	8,0	4	14,0	8	-	-
64	Psychosoziale Umstände	2,7	1	-	-	-	-	-	-
72	Lebensführung	2,7	1	-	-	-	-	-	-

(*PA* (13-16Jahre, $n=37$), *AD* (17-18 Jahre, $n=50$), *SA* (19-21 Jahre, $n=57$), *JE* (22-25 Jahre, $n=41$))

4.3. Soziodemographie

In diesem Kapitel werden die Items 4-9 des Codierbogens behandelt. Sie beziehen sich vor allem auf den Ausbildungsgrad und den derzeitigen sozialen Status.

4.3.1. Erreichter Schulabschluss

In diesem Item unterschieden sich die vier Gruppen (mit $\chi^2 = 76,02$ (Erwartungswert: 25,00), $df=15$, $p=.00$, $w=.64$ und $CC=.54$) signifikant voneinander (siehe Tabelle 6). In der Gruppe *PA* haben 83,8% noch keinen Schulabschluss. In der Gruppe *AD* sind noch 50% und in der Gruppe *SA* immerhin noch mehr als ein Viertel ohne Schulabschlüsse. In der Gruppe *JE* sind hier nur 4,9% betroffen.

Tabelle 6 Schulabschlüsse

Altersgruppen	PA (n=37)	AD (n=50)	SA (n=57)	JE (n=41)	Ges.	%
ohne	83,8	50,0	28,1	4,9	74	40
Sonderschule	-	2,0	-	2,4	2	1,1
Hauptschule	8,1	16,0	22,8	19,5	32	17,3
Realschule	5,4	30,0	28,1	36,6	48	25,9
(Fach)-Abitur	-	-	12,3	31,7	20	10,8
ohne Angaben	2,7	2,0	8,8	4,9	9	4,9

Angaben in % der Gruppe, Gesamtstichprobe n=185

In der Gruppe *SA* der 19-21-Jährigen sind immer noch 28,1% ohne Abschluss. 22,8% haben einen Hauptschul-, 28,1% einen Realschulabschluss und 12,3% (Fach-)Abitur.

4.3.2. Abgebrochene Ausbildungen

Auch in Bezug auf die abgebrochenen Ausbildungen (siehe Tabelle 7) zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied (mit $\chi^2 = 46,77$ (Erwartungswert: 28,87), $df=18$, $p=.00$, $w=.50$ und $CC=.45$) zwischen den Gruppen. In den Gruppen *PA* (24,3%) und *AD* (18,3%) sind vergleichsweise nur wenige Patienten mit einer abgebrochenen (Schul-) Ausbildung vertreten, aber immer noch fast ein Viertel in *PA* bzw. fast ein Fünftel in *AD*. Deutlich ausgeprägt sind die Ergebnisse der Gruppen *SA* und *JE*. Hier haben 47,5% (*SA*) bzw. 51,2% (*JE*) bereits mindestens eine Ausbildung abgebrochen. Besonders hoch ist hier der Anteil der abgebrochenen Lehren mit mehr als einem

Fünftel in der Gruppe SA (21,1%) und fast einem Drittel (29,3%) in der Gruppe JE. Auch der Anteil der Abbrüche der gymnasialen Ausbildung liegt mit 15,8% (SA) bzw. 14,6% (JE) bei etwa einem Sechstel der jeweiligen Gruppe.

Tabelle 7 abgebrochene Ausbildungen

Altersgruppen	PA (n=37)	AD (n=50)	SA (n=57)	JE (n=41)	Ges.	%
keine	75,7	81,6	52,6	48,8	118	64,1
Lehre	-	6,1	21,1	29,3	27	14,7
Sonderschule	2,7	-	1,8	-	2	1,1
Hauptschule	8,1	2,0	5,3	-	7	3,8
Realschule	8,1	-	3,5	-	5	2,7
Gymnasium	5,4	10,2	15,8	14,6	22	12
Uni	-	-	-	7,3	3	1,6

Angaben in % der Gruppe, Gesamtstichprobe n=185

4.3.3. Derzeitiger Ausbildungsstand

Das Item 6 des Codierbogens stellt den Anteil der derzeit in Ausbildung befindlichen Patienten der einzelnen Gruppen dar (vgl. Tabelle 8). Auch hier ist der Unterschied der einzelnen Gruppen signifikant (mit $\chi^2 = 101,14$ (Erwartungswert: 28,87), $df=18$, $p=.00$, $w=.74$ und $CC=.60$). Auffallend ist hier, dass sowohl in der Gruppe der 13-16-Jährigen (PA), wie auch in der Gruppe der 17-18-Jährigen (AD) jeweils etwa ein Fünftel (21,6% bzw. 22,4%) nicht in Ausbildung ist. Augenfällig ist auch, dass unter den

17-18-Jährigen (Gruppe AD) noch 24,5% auf der Realschule und 12,2% auf der Hauptschule sind. Nur 10,2% haben in dieser Altersgruppe eine Lehre begonnen. In der Gruppe SA (19-21-Jährige) sind 56,1% nicht mehr in Ausbildung. Nur 14,0% sind in einem Lehrverhältnis und 3,5% im Studium.

Tabelle 8: Derzeit in Ausbildung

Altersgruppen	PA (n=37)	AD (n=50)	SA (n=57)	JE (n=41)	Ges.	%
nein	21,6	22,4	56,1	73,2	81	44
Lehre	-	10,2	14,0	7,3	16	8,7
Sonderschule	8,1	2,0	-	-	4	2,2
Hauptschule	29,7	12,2	-	-	17	9,2
Realschule	29,7	24,5	1,8	-	24	13
Gymnasium	10,8	28,6	24,6	7,3	35	19
Uni	-	-	3,5	12,2	7	3,8

Angaben in % der Gruppe, Gesamtstichprobe n=185

4.3.4. Einkommen

Auch im Item 7 des Codierbogens zum Thema Einkommen (siehe Tabelle 9) ist ein signifikanter Unterschied der Gruppen festzustellen (mit $\chi^2 = 63,07$ (Erwartungswert: 16,92), $df=9$, $p=.00$, $w=.59$ und $CC=.51$). Verständlich ist hier sicherlich der hohe Anteil der vom Einkommen der Eltern Abhängigen in den Gruppen *PA* und *AD* (89,2% bzw. 79,6%). In der Gruppe der 19-21-Jährigen ist aber immer noch die Hälfte (49,1%), bei den jungen Erwachsenen fast noch ein Drittel (29,3%), vom Einkommen der Eltern abhängig. In diesen beiden Gruppen haben nur 23,6% (*SA*) bzw. 7,3% (*JE*) ein festes eigenes Einkommen, während sich 27,3% in der Gruppe *SA* und 53,7% in der Gruppe *JE* von staatlichen Geldern (Renten, Arbeitslosengeld etc.) finanzieren.

Tabelle 9: Einkommen

Altersgruppen	PA (n=37)	AD (n=50)	SA (n=57)	JE (n=41)	Ges.	%
eigenes	-	12,2	23,6	7,3	22	12,1
eigenes sporadisch	-	-	-	9,8	4	2,2
Eltern	89,2	79,6	49,1	29,3	111	61
Arbeitslosengeld, Rente etc.	10,8	8,2	27,3	53,7	45	24,7

Angaben in % der Gruppe, Gesamtstichprobe n=185

4.3.5. Sonstige Einkünfte

Im Item 8 des Codierbogens, welches die sonstigen Einkünfte betrifft (vgl. Tabelle 10), gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier Gruppen (mit $\chi^2 = 3,73$ (Erwartungswert: 12,59), $df=6$, $p=.71$, $w=.14$ und $CC=.14$). In diesem Punkt zeigen alle Gruppen ähnliche Werte für die Einkünfte aus Straftaten, bzw. für bekannte sonstige Einkünfte ohne nähere Angaben, die zusammengenommen jeweils bei etwa 14% liegen. Ca. 86% geben in allen Gruppen keine weiteren Einkünfte an.

Tabelle 10: Sonstige Einkünfte

Altersgruppen	PA (n=37)	AD (n=50)	SA (n=57)	JE (n=41)	Ges.	%
keine	86,5	86,0	85,7	85,4	158	85,9
Straftaten	8,1	12,0	14,3	12,2	22	12
Ja, aber keine Angaben	5,4	2,0	-	2,4	4	2,2

Angaben in % der Gruppe, Gesamtstichprobe n=185

4.3.6. Wohnsituation

Das Item 9 des Codierbogens bildet die derzeitige Wohnsituation der Patienten ab (vgl. Tabelle 11). Hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied der vier Gruppen (mit $\chi^2 = 43,78$ (Erwartungswert: 16,92), $df=9$, $p=.00$, $w=.49$ und $CC=.44$). Hervorzuheben ist der hohe Anteil der Gruppe SA (63,2%) und der Gruppe JE (36,6%), die noch bei den Eltern wohnen. Nur 21,1% (SA) bzw. 43,9% (JE) haben eine eigene Wohnung. Zudem fällt ein relativ großer Anteil der jungen Patientengruppen PA (16,2%) und AD (22,0%) mit Wohnungen in einer WG mit Peers auf.

Tabelle 11: Wohnsituation

Altersgruppen	PA (n=37)	AD (n=50)	SA (n=57)	JE (n=41)	Ges.	%
bei Eltern	83,8	76,0	63,2	36,6	120	64,9
WG mit Peer	16,2	22,0	12,3	17,1	31	16,8
eigene Wohnung	-	2,0	21,1	43,9	31	16,8
ohne festen Wohnsitz	-	-	3,5	2,4	3	1,6

Angaben in % der Gruppe, Gesamtstichprobe n=185

4.4. Soziales Umfeld

Die Items 10-13 erfassen die derzeitige psychosoziale Situation des Patienten. Sie nehmen Bezug auf Partnerschaften bzw. Hauptbezugspersonen, eigene Kinder, bedeutsame Personen mit Suchtproblemen und deren hauptsächlich konsumierte Substanzen.

4.4.1. Partnerschaft / Bezugspersonen

Dieses Item bildet die derzeitigen Lebensumstände des Patienten ab. Beleuchtet werden hier die Hauptbezugspersonen im häuslichen Umfeld. Die vier Altersgruppen differieren auch hier signifikant (mit $\chi^2 = 35,35$ (Erwartungswert: 16,92), $df=9$, $p=.00$, $w=.44$ und $CC=.40$) (siehe Tabelle 12). Während in den unteren Altersstufen die Eltern die größte Bedeutung als Bezugspersonen haben, sinkt der Anteil bei höherem Alter deutlich ab. Dennoch sind auch für die höheren Altersgruppen SA und JE die Eltern von großer Bedeutung. In der Gruppe SA geben immer noch 57,9%, in der Gruppe JE immerhin noch 39,0% als hauptsächlich Bezugspersonen die Eltern an. Auch in den höheren Altersgruppen leben nur wenige Patienten mit ihrem Partner / ihrer Partnerin zusammen

und nennen diese als ihre hauptsächliche Bezugsperson. Ein ähnlich hoher Anteil an Patienten, deren hauptsächliche Bezugspersonen die Mitglieder der Peer-Gruppe in der Wohngemeinschaft sind, ist in allen vier Gruppen zu verzeichnen. Er schwankt zwischen 8,8% und 18,0%. Schon in der jungen Altersstufe (PA) gaben 16,2% als Hauptbezugsperson ihre Peer-Gruppe in einer Wohngemeinschaft an.

Tabelle 12: Bezugspersonen/Partner

Altersgruppen	PA (n=37)	AD (n=50)	SA (n=57)	JE (n=41)	Ges.	%
Elter(n)	83,8	74,0	57,9	39,0	117	63,2
allein lebend	-	6,0	24,6	34,1	31	16,8
mit PartnerIn	-	2,0	8,8	12,2	11	5,9
mit Peers	16,2	18,0	8,8	14,6	26	14,1

Angaben in % der Gruppe, Gesamtstichprobe n=185

4.4.2. Eigene Kinder

Eigene Kinder spielen in allen Altersklassen keine Rolle. Lediglich ein Patient aus der Gruppe SA gab an, ein eigenes Kind zu haben.

4.4.3. Personen mit Substanzgebrauch

Über Item 12 wurden die bedeutsamen Personen mit Substanzgebrauch ermittelt. Die dazugehörigen Daten sind der Tabelle 13 zu entnehmen. Hier ist der Unterschied der einzelnen Gruppen (mit $\chi^2 = 13,23$ (Erwartungswert: 28,87), $df=18$, $p=.78$, $w=.27$ und $CC=.26$) nicht signifikant, d.h. nur zufällig. Hervorzuheben ist, dass in allen Gruppen ein hoher Anteil an Patienten zu verzeichnen ist, der eine oder mehrere bedeutsame Personen mit Substanzgebrauch im näheren sozialen Umfeld angibt. Lediglich 21,6% (PA), 22,0% (AD), 31,6% (SA) und 36,6% (JE) geben keine Person mit Substanzgebrauch im sozialen Umfeld an. In den drei jüngeren Gruppen PA, AD und SA nimmt die Peer-Gruppe einen recht großen Stellenwert mit etwa 40% ein. Lediglich in der letzten Altersstufe geben nur noch 22,0% Konsumenten in der Peer-Gruppe an. Der Anteil der Eltern mit Substanzkonsum schwankt in den einzelnen Gruppen zwischen 7,0 und 12,0%, differiert also nicht wesentlich. Erstaunlich ist jedoch in der Gruppe PA der relativ hohe Anteil an Mehrfachnennungen von mehr als einem Fünftel. Geschwister spielen insgesamt eine eher untergeordnete Rolle, wobei diese auch Einzug in die

Mehrfachnennungen gehalten haben könnten. Gering ist auch der Anteil der Großeltern für die ähnliches gilt.

Tabelle 13: Personen mit Substanzgebrauch im Umfeld des Patienten

Altersgruppen	PA (n=37)	AD (n=50)	SA (n=57)	JE (n=41)	Ges.	%
keine	21,6	22,0	31,6	36,6	52	28,1
Elter(n)	8,1	12,0	7,0	9,8	17	9,2
Geschwister	2,7	8,0	3,5	9,8	11	5,9
PartnerIn	-	2,0	1,8	2,4	3	1,6
Peers	43,2	40,0	43,9	22,0	70	37,8
Großeltern	2,7	2,0	1,8	4,9	5	2,7
mehreres	21,6	14,0	10,5	14,6	27	14,6

Angaben in % der Gruppe, Gesamtstichprobe n=185

4.4.4. Substanzen der Personen mit Substanzgebrauch

Das Item 13 bezieht sich direkt auf das vorhergehende Item 12. Hier werden nun die Substanzarten der Personen mit Substanzgebrauch im sozialen Umfeld angegeben (vgl. auch Tabelle 14). Die Unterschiede der einzelnen Gruppen sind (mit $\chi^2 = 4,35$ (Erwartungswert: 12,59), $df=6$, $p=.63$, $w=.15$ und $CC=.15$) nicht signifikant, also nur zufällig. Deutlich ist hier der Anteil illegaler Drogen mit Werten zwischen 51,2% und 70,3%, wobei der Anteil der alkoholmissbrauchenden Personen in allen Gruppen nahezu gleich zwischen 8,8% und 12,2% liegt.

Tabelle 14: Verwendete Substanzen der Personen mit Substanzgebrauch im sozialen Umfeld der Patienten

Altersgruppen	PA (n=37)	AD (n=50)	SA (n=57)	JE (n=41)	Ges.	%
Alkohol	10,8	10,0	8,8	12,2	19	10,3
Illegale Drogen	70,3	66,0	59,6	51,2	114	61,6
nicht zutreffend	18,9	24,0	31,6	36,6	52	28,1

Angaben in % der Gruppe, Gesamtstichprobe n=185

4.5. Belastungsfaktoren

Die Items 14 bis 22 stellen die angegebenen Belastungsfaktoren im Leben der Patienten dar. Wichtig ist hier, dass während der Datenerhebung alle in den relevanten Unterlagen erwähnten Faktoren gezählt wurden, auch wenn z.B. lediglich erwähnt wurde, dass die Eltern geschieden sind. Dieser Punkt wurde dann unter dem Item „Elternhaus“ markiert.

Die vier Gruppen unterscheiden sich lediglich in den Belastungsfaktoren Partnerschaft (mit $\chi^2 = 12,82$ (Erwartungswert: 7,81), $df=3$, $p=.01$, $w=.26$ und $CC=.25$) und Schulden (mit $\chi^2 = 15,50$ (Erwartungswert: 7,81), $df=3$, $p=.00$, $w=.29$ und $CC=.28$) signifikant voneinander, wobei in beiden Items die Effektstärke nicht ausgeprägt ist. Dies ist sicherlich auch nicht unerwartet, da vor allem in den jüngeren Untersuchungsgruppen Schulden und eine Partnerschaft seltener eine Rolle spielen.

Die Unterschiede bezüglich der anderen Belastungsfaktoren sind mit hoher Wahrscheinlichkeit zufällig. Die Tabelle 15 stellt die gesamten Daten dar. Hier sind sicherlich die Belastungsfaktoren „Elternhaus“ und „Schule, Ausbildung, Beruf“, die in allen vier Gruppen die höchsten Werte erreichten, hervorzuheben. Dabei differieren die Werte unter den vier Gruppen zwischen 84,2% und 92,0% beim Belastungsfaktor „Elternhaus“ und zwischen 71,9% und 82,9% bei dem Belastungsfaktor „Schule, Ausbildung, Beruf“.

Arrest bzw. Vorstrafen spielen in allen vier Gruppen keine große Rolle. Lediglich jeweils 2 Patienten wurden einmalig belangt. In der Gruppe SA befindet sich ein Patient und in der Gruppe JE zwei mit mehrfachen Vorstrafen. Signifikant sind diese Unterschiede jedoch nicht.

Ein ähnlicher Belastungsfaktor ist auch das Item 20 (Illegalität). Hier ist jedoch zu beachten, dass auch Straftaten berücksichtigt wurden, die nicht strafrechtlich auffällig wurden, oder bei denen zwar Kontakt zur Justiz stattgefunden hat, jedoch keine Bestrafung erfolgte.

Tabelle 15: Belastungsfaktoren

Altersgruppen	PA (n=37)	AD (n=50)	SA (n=57)	JE (n=41)	Ges.	%
Elternhaus	91,9	92,0	84,2	90,2	165	89,2
Peers	37,8	30,0	29,8	43,9	64	34,6
Partnerschaft	2,7	20,0	28,1	34,1	41	22,2
Schule, Ausbildung, Beruf	75,7	82,0	71,9	82,9	144	77,8
Schulden	-	10,0	8,8	27,5	21	11,4
Wohnsituation	8,1	22,0	14,0	31,7	35	18,9
Illegalität	27,0	22,0	19,3	19,5	40	21,6
Sonstige	2,7	4,0	7,0	2,4	8	4,3

Angaben in % der Gruppe, Gesamtstichprobe n=185

4.6. Behandlungsverlauf

Das nun folgende Kapitel beschäftigt sich mit den umfassenden Daten zum Behandlungsverlauf. Zunächst werden die Vorstellungsgründe der Patienten und die Art der Überweisung in die DAA näher betrachtet. Es folgen die Daten zu den ambulanten und (teil-) stationären Vorbehandlungen.

4.6.1. Vorstellungsgrund

Die Items 23-26 beschäftigen sich mit der Frage, ob der Patient auf eigene Veranlassung, auf Drängen der Eltern oder der Justiz bzw. Polizei oder aufgrund einer belastenden Symptomatik zur Behandlung kommt. Die Daten hierzu sind in Tabelle 16 dargestellt.

Nur 27,0% bzw. 30,0% der Gruppen *PA* und *AD* gelangen auf eigenen Wunsch zur Behandlung. Dabei geben in diesen Gruppen 18,9% bzw. 26,0% an, unter Symptomen zu leiden. In den älteren Gruppen stellen sich dagegen 59,6% (*SA*) und 65,9% (*JE*) auf eigene Veranlassung in der DAA vor. Mit 36,8% (*SA*) und 34,1% (*JE*) klagen in diesen Gruppen jedoch (mit $\chi^2 = 4,17$ (Erwartungswert: 7,81), $df=3$, $p=.24$, $w=.15$ und $CC=.15$) nicht signifikant mehr über eine Symptombelastung, wobei der Unterschied zwischen der jüngsten Altersstufe und der Gruppe *SA* mit 17,9% Differenz schon bedeutend ist. Offenbar stellten sich die jüngeren Patienten im Vergleich zu den älteren Gruppen weniger auf eigenen Wunsch vor, da (mit $\chi^2 = 21,25$ (Erwartungswert: 7,81), $df=3$, $p=.00$, $w=.34$ und $CC=.32$) der Unterschied in diesem Item signifikant ist.

Auf Drängen Dritter (Betreuer bzw. Eltern) stellten sich 91,9% *PA*, 90,0% *AD*, 49,1% *SA* und 53,7% *JE* vor. Diese Unterschiede der einzelnen Gruppen sind (mit $\chi^2 = 34,83$ (Erwartungswert: 7,81), $df=3$, $p=.00$, $w=.43$ und $CC=.40$) hoch signifikant.

Auf Druck der Justiz stellten sich nur sehr wenige Patienten in der DAA vor. Während in der jüngsten Gruppe kein Patient dieses Kriterium erfüllt, sind es in den anderen Altersstufen lediglich 2,0% (*AD*), 3,5% (*SA*) und 2,4% (*JE*), entsprechend einem, zwei und einem Patienten.

Tabelle16: Vorstellungsgründe zur Therapie

Altersgruppen	PA (n=37)	AD (n=50)	SA (n=57)	JE (n=41)	Ges.	%
Eigenmotivation	27,0	30,0	59,6	65,9	86	46,5
symptom. Beschwerden	18,9	26,0	36,8	34,1	55	29,7
durch Eltern, Partner, Peers veranlasst	91,9	90,0	49,1	53,7	129	69,7
durch Justiz veranlasst	-	2,0	3,5	2,4	4	2,2

Angaben in % der Gruppe, Gesamtstichprobe n=185

4.6.2. Art der Vermittlung

Das Item 27 des Codierbogens fragt, über welche Kanäle die Patienten den Weg in die DAA gefunden haben. Die allermeisten Patienten wurden durch niedergelassene Ärzte überwiesen oder gelangten ohne formale Überweisung zur Therapie. Dabei werden vor allem die jüngeren Patienten zwischen 13 und 18 Jahren formal durch den niedergelassenen Arzt überwiesen (81,1% *PA* und 74,0% *AD*). In den höheren Altersstufen gelangen mehr Patienten ohne formale Überweisung in die DAA (35,1% *SA* und 41,5% *JE*). Durch die Schule bzw. den Ausbildungsplatz (2,4% der Gruppe *JE*) und durch niedergelassene Psychotherapeuten (2,0% der Gruppe *AD*) gelangt eine unbedeutend geringe Anzahl zur Therapie.

4.6.3. Ambulante und (teil-)stationäre Vorbehandlungen

In ambulanter Vorbehandlung befanden sich aus allen Gruppen jeweils ca. 40% ein- bis zweimal (vgl. auch Tabelle 17a+b). Mehrfache ambulante Vorbehandlungen gab es in der Gruppe *PA* nicht, wobei in den höheren Altersgruppen der Anteil ansteigend war. Dabei waren die Unterschiede der vier Gruppen marginal signifikant (mit $\chi^2 = 15,32$ (Erwartungswert: 12,59), $df=6$, $p=.02$, $w=.29$ und $CC=.28$).

Aufgrund des Substanzkonsums hatten sich im Vorfeld der Vorstellung in der DAA mit zunehmendem Alter signifikant mehr Patienten ambulant vorgestellt (mit $\chi^2 = 13,58$ (Erwartungswert: 7,81), $df=3$, $p=.00$, $w=.27$ und $CC=.26$). Während lediglich 13,5% von *PA* diesen Kriterien entsprachen, waren es in den älteren Altersstufen bis zu der Hälfte der Patienten.

Ein- bis zweimal teilstationär oder stationär vorbehandelt waren auch hier mit aufsteigender Häufigkeit und zunehmendem Alter zwischen 5,4% und 36,6% der Patienten. Lediglich in den höheren Altersgruppen gab es Patienten mit mehrfachen teil- oder stationären Behandlungen. Mit ($\chi^2 = 30,38$ (Erwartungswert: 12,59), $df=6$, $p=.00$, $w=.41$ und $CC=.38$) waren diese Unterschiede nicht zufällig.

Auf der Basis des Substanzkonsums wurden signifikant unterschiedlich viele Patienten (teil-)stationär behandelt (mit $\chi^2 = 21,17$ (Erwartungswert: 7,81), $df=3$, $p=.00$, $w=.34$ und $CC=.32$). Vor allem die älteren Gruppen SA und JE wurden häufiger aufgrund des Substanzmissbrauchs (teil-)stationär behandelt.

4.6.4. Behandlungstermine

In der jüngsten Gruppe PA wurden durchschnittlich 3,86 Behandlungstermine ($SD=3.48$) mit einer Spanne von 1-15 Terminen durchgeführt. Ähnlich stellte sich dies auch in den anderen drei Gruppen dar (AD: Mittelwert 4,40 ($SD=4.02$), SA: Mittelwert 5,11 ($SD=5.13$), JE: Mittelwert 4,76 ($SD=5.08$)). Die Spanne lag bei 1-15 (PA), 1-17 (AD), 1-25 (SA) und 1-25 (JE). Bezüglich der ausgefallenen Termine ergab sich in der Gruppe PA ein mittlerer Wert von 0,70 ($SD=1,00$). Auch hier stellten sich ähnliche Werte in den anderen Gruppen dar (AD: Mittelwert 1,20 ($SD=1.44$), SA: Mittelwert 0,79 ($SD=.98$), JE: Mittelwert 1,22 ($SD=1.46$)). Die Spanne lag bei 0-4 (PA), 0-7 (AD),

Tabelle 17 Ambulante (a) und (teil-) stationäre (b) Vorbehandlungen

Tabelle 17a						
Altersgruppen	PA (n=37)	AD (n=50)	SA (n=57)	JE (n=41)	Ges.	%
Nein	59,5	56,0	42,1	31,7	87	47
1 bis 2	40,5	40,0	47,4	48,8	82	44,3
Mehrere	-	4,0	10,5	19,5	16	8,6
wegen Drogen	13,5	30,0	40,4	51,2	64	34,6
Tabelle 17b						
Altersgruppen	PA (n=37)	AD (n=50)	SA (n=57)	JE (n=41)	Ges.	%
Nein	94,6	86,0	78,9	48,8	143	77,3
1 bis 2	5,4	14,0	15,8	36,6	33	17,8
Mehrere	-	-	5,3	14,6	9	4,9
wegen Drogen	2,7	8,0	14,0	36,6	28	15,1

Angaben in % der Gruppe, Gesamtstichprobe n=185

0-3 (SA) und 0-6 (JE). Die Unterschiede in den vier Gruppen waren in beiden Werten mit hoher Wahrscheinlichkeit zufällig.

Im Mittel wurden in der Gruppe PA 0,54 Drogenscreenings (Spanne 0-5, SD=1.04) durchgeführt. Auch hier gab es zu den anderen Gruppen keine signifikanten Unterschiede. (AD: Mittelwert 0,46, Spanne 0-6, SD=1.13, SA: Mittelwert 0,25, Spanne 0-3 SD=.63, JE: Mittelwert 0,10 Spanne 0-2, SD=.44)

Auch bezüglich der telefonischen Termine stellten sich die Werte in allen vier Gruppen ähnlich dar. Hier waren die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen ebenfalls zufällig (PA: Mittelwert 0,35, Spanne 0-3, SD=.79, AD: Mittelwert 0,24, Spanne 0-2, SD=.56, SA: Mittelwert 0,19, Spanne 0-3 SD=.55, JE: Mittelwert 0,20, Spanne 0-3, SD=.60).

4.6.5. Behandlungssetting

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen bezüglich des Behandlungssettings waren mit $\chi^2 = 22,64$ (Erwartungswert: 16,92), $df=9$, $p=.01$, $w=.42$ und $CC=.39$ (N129) und mit $\chi^2 = 24,22$ (Erwartungswert: 16,92), $df=9$, $p=.00$, $w=.50$ und $CC=.45$ (N98) signifikant (siehe Tabelle18). Besonders die jüngeren beiden Gruppen (PA und AD) fielen durch einen hohen Anteil an Vorstellungen ohne folgende Therapie auf. Dagegen wurden die älteren Gruppen häufiger in Einzeltherapie behandelt. Eine Kombination aus Einzel- und Familientherapie wurde häufiger bei den jüngeren Altersgruppen, eine aus Einzel und Gruppentherapie häufiger bei den älteren Gruppen durchgeführt. Zwischen den Teilgruppen N129 und N98 zeigten sich deutliche Unterschiede.

Tabelle 18 : Behandlungssetting

Untergruppe	N129^a	N98^b	N129	N98	N129	N98	N129	N98
Altersgruppen	PA	PA	AD	AD	SA	SA	JE	JE
Keine Therapie	63,0	50,0	58,8	48,1	47,5	30,0	46,4	28,6
Einzelth.	3,7	5,0	8,8	11,1	22,5	30,0	42,9	57,1
Einzel + Fam.	33,3	45,0	32,4	40,7	25,0	33,3	7,1	9,5
Einzel + Gruppe	-	-	-	-	5,0	6,7	3,6	4,8

Angaben in % der Gruppe, ^aKonsultations- und Behandlungsfälle, die in 2003 begonnen und beendet wurden, ^bBehandlungsfälle ohne Konsultationen

4.7. Ergebnis – Stand – Beurteilung

Die Items 33-35 bilden den Verlauf der Behandlung und ihr Ende ab und beantworten die folgenden Fragen:

- Wie hat der Patient die Behandlung beendet?
- Ist es zu einer Besserung der Symptomatik gekommen?
- Ist der Patient nur in 2003 behandelt worden?
- Wie viele Behandlungsepisoden hatte der Patient in 2003?

Diese Fragen sollen Hinweise auf die Motivation des Patienten zur Therapie geben und gleichzeitig die Effektivität der Behandlung darstellen.

4.7.1. Art des Behandlungsendes

Das Item 33 behandelt die Art des Behandlungsendes (siehe Tabelle 19). In diesem Item gab es (mit $\chi^2 = 22,29$ (Erwartungswert: 25,00), $df=15$, $p=.10$, $w=.42$ und $CC=.38$) (N129) keinen, bzw. (mit $\chi^2 = 22,00$ (Erwartungswert: 21,03), $df=12$, $p=.04$, $w=.47$ und $CC=.43$) (N98) nur einen marginalen Unterschied zwischen den vier Gruppen. Bei PA und AD kam es häufiger nach der Diagnostik zu keiner weiterführenden Therapie. SA und vor allem JE wurden deutlich häufiger nach der Diagnostik zunächst in eine stationäre Entzugsbehandlung weitergeleitet. Regulär beendete vor allem die jüngste Gruppe häufiger (zu einem Drittel) die Therapie, während aufsteigend von PA nach JE immer mehr Patienten die Therapie irregulär abbrachen.

Tabelle 19: Art des Behandlungsendes

Untergruppe	N129^a	N98^b	N129	N98	N129	N98	N129	N98
Altersgruppen	PA	PA	AD	AD	SA	SA	JE	JE
Konsultation	25,9		20,6		25,0		25,0	
Diag + no Th.	29,6	40,0	38,2	48,1	17,5	23,3	7,1	9,5
Diag + Niedergel	7,4	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	4,8
Diag + Stationär	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	13,3	14,3	19,0
Th regulär	22,2	30,0	17,6	22,2	20,0	26,7	17,9	23,8
Th irregulär	14,8	20,0	23,5	29,6	27,5	36,7	32,1	42,9

Angaben in % der Gruppe, ^aKonsultations- und Behandlungsfälle, die in 2003 begonnen und beendet wurden, ^bBehandlungsfälle ohne Konsultationen

4.7.1. Änderungen des Störungsbildes

Um die Änderungen des Störungsbildes durch die Therapie abbilden zu können, enthielt der Codierbogen ein weiteres Item. Die Veränderungen wurden hier aus den Zusammenhängen in der Akte nach den sogenannten EBIS-Kriterien (*Sonntag, D et al., 2004*) erschlossen (siehe Tabelle 20). Die vier Gruppen unterschieden sich auch in beiden Untergruppen nicht signifikant voneinander. Während vor allem in den niedrigeren Altersstufen mehr als die Hälfte der Störungsbilder nach Therapiebeendigung in der Untergruppe N129 weiter fortbestanden, waren es bei den älteren Altersgruppen weniger als die Hälfte. In der Untergruppe N98 hingegen lagen die Werte unter 40% bei den jüngeren und unter 30% bei den älteren Altersgruppen. Zwischen 22,2% und 42,5% (N129), bzw. zwischen 29,6% und 56,7% (N98) verließen die Therapie mit einer Besserung der Symptomatik. Behoben waren die Störungen in 5,0% bis 14,7% (N129), bzw. in 6,7% bis 18,5% (N98) der Fälle.

Tabelle 20: EBIS-Graduierung

Untergruppe	N129^a	N98^b	N129	N98	N129	N98	N129	N98
Altersgruppen	PA	PA	AD	AD	SA	SA	JE	JE
unverändert	55,6	40,0	50,0	37,0	45,0	26,7	46,4	28,6
gebessert	22,2	30,0	23,5	29,6	42,5	56,7	25,0	33,3
behoben	7,4	10,0	14,7	18,5	5,0	6,7	7,1	9,5
k.A. möglich	14,8	20,0	11,8	14,8	7,5	10,0	21,4	28,6

Angaben in % der Gruppe, ^aKonsultations- und Behandlungsfälle, die in 2003 begonnen und beendet wurden, ^bBehandlungsfälle ohne Konsultationen

4.7.2. Behandlungsstatus

Innerhalb des Jahres 2003 wurden zwischen 46,0% und 62,2% der Behandlungen begonnen und beendet (vgl. Tabelle 21). Am häufigsten geschah dies bei der jüngsten Gruppe. Hier wurden aus 2002 auch nur 10,8% im Gegensatz zu 22,0% AD, 26,3% SA und 36,6% JE der Behandlungen übernommen. In 2004 hinein erstreckten sich zwischen 27,0% und 32,0% der Behandlungen. Zu diesen Kriterien bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen, d.h. alle genannten Unterschiede waren rein zufällig.

Einige der Patienten wurden jedoch bereits in 2002 behandelt und die Behandlung lief bis in das Jahr 2004 weiter. Hier waren es vor allem die älteren Altersgruppen (3,5% *SA* und 14,6% *JE*), die diese Kriterien erfüllten. In diesem Item gab es dementsprechend auch einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen (mit $\chi^2 = 14,56$ (Erwartungswert: 7,81), $df=3$, $p=.00$, $w=.28$ und $CC=.27$).

Tabelle 21: Behandlungsstatus

Altersgruppen	PA (n=37)	AD (n=50)	SA (n=57)	JE (n=41)	Ges.	%
aus 2002 übernommen	10,8	22,0	26,3	36,6	45	24,3
in 2003 begonnen und beendet	62,2	46,0	49,1	48,8	94	50,8
in 2004 weiterbehandelt	27,0	32,0	29,8	31,7	56	30,3

Angaben in % der Gruppe, Gesamtstichprobe n=185

4.7.3. Behandlungsepisoden in 2003

Die Behandlungsepisoden wurden im Vorfeld der Erhebung definiert. Zwischen zwei Behandlungsepisoden sollten mindestens 4 Monate liegen. Mehr als eine Behandlungsepisode hatten 3,7% *PA*, 2,9% *AD*, 12,5% *SA* und 3,6% *JE* (N129) bzw. 5,0% *PA*, 3,7% *AD*, 13,3% *SA* und 4,8% *JE* (N98). Die Unterschiede waren zufällig. Keine zwei Gruppen waren bezüglich der Zahl der Behandlungsepisoden signifikant unterschiedlich.

Die Wochen der Behandlung der ersten Behandlungsepisode lagen zwischen 1-47 (*PA*), 1-42 (*AD*), 1-40 (*SA*) und 1-52 (*JE*) bei einer mittleren Anzahl von 8,49 (*PA*, mit $SD=10.13$), 8,60 (*AD*, mit $SD=10.10$), 9,00 (*SA*, mit $SD=10.64$) und 12,49 (*JE*, mit $SD=12,62$).

Die Wochen der Behandlung der zweiten Behandlungsepisode lagen bei 4 in der Gruppe *PA*, zwischen 1 und 14 in der Gruppe *AD*, zwischen 0 und 25 in der Gruppe *SA* und zwischen 1 und 8 in der Gruppe *JE* bei einer mittleren Anzahl von 4,00 (*PA*), 5,00 (*AD*, mit $SD=6.16$), 5,43 (*SA*, mit $SD=8.92$) und 4,50 (*JE*, mit $SD=6,90$).

Auch hier waren in beiden Episoden die Unterschiede mit hoher Wahrscheinlichkeit rein zufällig.

4.8. Substanzgebrauch

Aus den in den Ambulanzkarten der Stichprobe aufgeführten Daten zur Anamnese erschlossen sich die nachfolgenden Angaben zum Substanzgebrauch der einzelnen Konsumenten. Angegeben wurde der aktuelle Substanzgebrauch (zum Zeitpunkt der Erstvorstellung in der DAA). Auch wenn der Konsument nun seit kurzer Zeit (z.B. 1 Woche) nicht mehr konsumierte, konnten hier Eintragungen gemacht werden. Die Items 36-47 des Codierbogens geben Aufschluss über die Konsumstoffe Alkohol, Tabak, Opioide, Cannabinoide, Sedativa (z.B. Benzodiazepine), Kokain, Designerdrogen (Ecstasy, MDMA, MDE, MDA), Amphetamine (Pep, Speed etc.), Halluzinogene (Psylozybin, LSD), Inhalanzien (Benzin, Klebstoffe etc.) und Substitutionsmittel (Methadon, Subutex etc.). Außerdem wurden Angaben zu den durchschnittlichen Konsumtagen pro Woche, zu der konsumierten Substanzmenge und dem Alter des Erstkonsums gemacht.

Nicht aus allen Unterlagen waren diese Daten zu entnehmen, auch, weil natürlich nicht alle Patienten alle Substanzen konsumierten. So entstanden gewisse Abweichungen von den Gruppengröße von *PA*, *AD*, *SA* und *JE*.

4.8.1. Cannabis

An durchschnittlich 5,42 bis 6,41 Tagen der Woche konsumierten die Patienten durchschnittlich 1,62 bis 2,33g Cannabis (vgl. Tabelle 22a-c). Dabei fällt auf, dass es mit steigendem Alter zumindest eine leichte, wenn auch (mit $F=1,91$, $df=3$ und $p=.13$) nicht signifikante Zunahme der konsumierten Menge zu verzeichnen gibt. Zudem weist die Gruppe *PA* auch in Bezug auf die Anzahl der Konsumtage pro Woche einen leicht geringeren Wert auf. Diese Werte sind jedoch ebenfalls (mit $F=2,21$, $df=3$ und $p=.09$) nicht signifikant.

Signifikant waren (mit $F=13,62$, $df=3$ und $p=.00$) dagegen die Unterschiede des Alters des Erstkonsums. Während die älteren Gruppen durchschnittlich später (14,36 (*SA*) bzw. 15,40 (*JE*) Jahre) mit dem Konsum begonnen hatten, kam es in den jüngeren Gruppen *PA* und *AD* schon mit durchschnittlich 13,29 (*PA*) bzw. 13,60 (*AD*) Jahren

zum Erstkonsum. So waren die Unterschiede zwischen *JE* und allen anderen Gruppen ebenso signifikant, wie die Unterschiede zwischen *SA* und *PA*. Die jüngsten Cannabiskonsumenten waren bei ihrem ersten Konsum lediglich 11 Jahre alt.

Tabelle 22a Cannabis: Konsumtage pro Woche					
	Gültig	M	min	max	SD
PA (n=37)	31	5,42	1	7	2,29
AD (n=50)	47	6,27	1	7	1,71
SA (n=57)	49	6,41	1	7	1,57
JE (n=41)	36	6,28	2	7	1,65

Tabelle 22b Cannabis: Konsummenge in g an den Konsumtagen					
	Gültig	M	min	max	SD
PA (n=37)	31	1,78	0,3	5,0	1,46
AD (n=50)	47	1,62	0,3	5,0	1,08
SA (n=57)	49	1,89	0,3	7,5	1,34
JE (n=41)	36	2,33	0,3	6,5	1,66

Tabelle 22c Cannabis: Alter des Erstkonsums					
	Gültig	M	min	max	SD
PA (n=37)	35	13,29	11	16	1,30
AD (n=50)	50	13,60	11	16	1,25
SA (n=57)	55	14,36	11	19	1,70
JE (n=41)	40	15,40	12	20	2,07

Tabellen 22a-c: Anmerkung: „Gültig“ sind diejenigen Fälle, die einen Konsum der Substanz angaben M: Mittelwert des Kriteriums, SD: Standardabweichung

4.8.2. Tabak

Während das Alter des Erstkonsums bei Cannabis, wie schon im vorigen Kapitel erwähnt, im Durchschnitt zwischen 13,29 und 15,40 Jahren lag, begann der Tabakkonsum im Durchschnitt zwischen 11,27 und 13,76 Jahren. Die Varianzanalyse wurde signifikant mit $F=5,71$, $df=3$, $p=.00$; nach dem Scheffe-Test unterschieden sich *JE* und *SA* signifikant von *PA*, d.h. *JE* und *SA* haben etwas später mit dem Konsum begonnen. Dabei waren die jüngsten Patienten bei ihrem ersten Tabakkonsum 6 Jahre alt. In nahezu allen Gruppen findet ein täglicher Tabakkonsum statt. Dabei schwanken die Konsummengen zwischen durchschnittlich 10,46 und 20,81 Zigaretten pro Tag.

Signifikant unterschiedlich war lediglich die Konsummenge der Gruppe *JE* im Vergleich zu allen anderen Gruppen. Die Varianzanalyse zwischen den Gruppen wurde signifikant bei $F=16,42$, $df=3$, $p=.00$.

Tabelle 23a Tabak: Konsumtage pro Woche					
	Gültig	M	min	max	SD
PA (n=37)	27	6,78	1	7	1,15
AD (n=50)	34	7,00	7	7	,00
SA (n=57)	39	7,00	7	7	,00
JE (n=41)	27	7,00	7	7	,00
Tabelle 23b Tabak: Konsummenge in Stück/die an den Konsumtagen					
	Gültig	M	min	max	SD
PA (n=37)	27	11,37	1	30	7,66
AD (n=50)	34	10,46	1,5	20	5,23
SA (n=57)	39	13,45	1	22	6,03
JE (n=41)	27	20,81	4	40	7,45
Tabelle 23c Tabak: Alter des Erstkonsums					
	Gültig	M	min	max	SD
PA (n=37)	28	11,29	6	14	2,23
AD (n=50)	36	12,19	7	15	1,79
SA (n=57)	41	13,24	7	18	2,83
JE (n=41)	29	13,76	7	20	3,09

Tabellen 23a-c: Anmerkung: „Gültig“ sind diejenigen Fälle, die einen Konsum der Substanz angaben M: Mittelwert des Kriteriums, SD: Standardabweichung

4.8.3. Alkohol

Im Durchschnitt konsumierten die Patienten an 2,10 bis 3,20 Tagen pro Woche zwischen 47,85 und 83,33 Gramm reinen Alkohols (vgl. Tabelle 24a-c, S. 52). Dabei fällt die deutlich höhere Menge reinen Alkohols in der Gruppe *PA*, trotz fehlender Signifikanz, besonders auf. Hier war wohl die geringe Fallzahl für die fehlende Signifikanz ausschlaggebend. Signifikant war jedoch der Unterschied der Gruppen *JE* und *PA* bezüglich des Alters des ersten Konsums, was die Varianzanalyse mit $F=4,60$, $df=3$ und $p=.00$ untermauerte. Konsumierte die Gruppe *PA* schon mit durchschnittlich 12,79 Jahren Alkohol, tat dies die Gruppe *JE* erst mit durchschnittlich 14,43 Jahren. Die jüngsten Patienten waren bei ihrem ersten Alkoholkonsum 8 Jahre alt. Auch hier ergab sich im Vergleich zu den Daten zu Cannabis ein früheres Einstiegsalter.

4.8.4. Andere Substanzen

Auch unter den vorwiegend Cannabis konsumierenden Patienten dieser Studie gab es solche, die andere Substanzen zumindest einmal in ihrem Leben probiert haben. Dabei waren die Angaben zum derzeitigen Konsum, der Menge und den Konsumtagen pro

Woche nicht relevant, da es sich in allen Fällen lediglich um einen Probierkonsum oder einen sporadischen Konsum ohne Suchtkriterien handelte. Angegeben wird daher lediglich das Alter beim ersten Konsum der Substanz. Die Daten dieses Abschnitts werden deskriptiv berichtet, da entweder die Fallzahlen zu gering oder zu

Tabelle 24a Alkohol: Konsumtage pro Woche

	Gültig	M	min	max	SD
PA (n=37)	10	2,10	1	5	1,20
AD (n=50)	15	2,43	1	7	1,94
SA (n=57)	15	3,20	1	7	2,28
JE (n=41)	15	2,60	1	7	1,88

Tabelle 24b Alkohol: Konsummenge in g reinen Alkohols umgerechnet nach (Parnefjord, R., 2001, Tretter, F. et al., 2001) an den Konsumtagen

	Gültig	M	min	max	SD
PA (n=37)	6	83,33	40	140	37,24
AD (n=50)	13	47,85	20	100	25,97
SA (n=57)	15	60,07	10	220	58,38
JE (n=41)	14	68,43	5	230	68,99

Tabelle 24c Alkohol: Alter des Erstkonsums

	Gültig	M	min	max	SD
PA (n=37)	28	12,79	11	14	1,13
AD (n=50)	39	13,56	11	17	1,41
SA (n=57)	38	13,71	8	18	2,19
JE (n=41)	28	14,43	11	17	1,60

Tabellen 24a-c Anmerkung: „Gültig“ sind diejenigen Fälle, die einen Konsum der Substanz angaben, M: Mittelwert des Kriteriums, SD: Standardabweichung

ungleichmäßig über die Gruppenhäufigkeiten verteilt waren. Im Grunde belegen die hier aufgeführten Tabellen, dass Cannabis die illegale Hauptdroge der Stichprobe ist.

Opiate wurden von 10 Patienten der Stichprobe mindestens einmal im bisherigen Leben konsumiert (siehe Tabelle 25). Dabei lag das Alter des Erstkonsums im Durchschnitt zwischen 16,00 und 19,00 Jahren.

Tabelle 25 Opiate: Alter des Erstkonsums

	Gültig	M	min	max	SD
PA (n=37)	1	16,00	-	-	-
AD (n=50)	1	18,00	-	-	-
SA (n=57)	3	19,00	18	21	1,73
JE (n=41)	5	18,20	16	21	1,79

Anmerkung: „Gültig“ sind diejenigen Fälle, die einen Konsum der Substanz angaben, M: Mittelwert des Kriteriums, SD: Standardabweichung

Ähnlich verhielt es sich mit den Sedativa (siehe Tabelle 26). Hier gaben 12 Patienten einen zumindest einmaligen Kontakt mit den Substanzen an. Das Alter lag zwischen durchschnittlich 14,50 und 16,00 Jahren.

Tabelle 26 Sedativa: Alter des Erstkonsums

	Gültig	M	min	max	SD
PA (n=37)	1	16,00	-	-	-
AD (n=50)	2	14,50	13	16	2,12
SA (n=57)	3	16,00	13	18	2,65
JE (n=41)	6	15,50	13	18	2,07

Anmerkung: „Gültig“ sind diejenigen Fälle, die einen Konsum der Substanz angaben, M: Mittelwert des Kriteriums, SD: Standardabweichung

Ein zumindest einmaliger Kokainkonsum wurde von insgesamt 41 Patienten angegeben (siehe Tabelle 27). Hier lag das durchschnittliche Alter des ersten Konsums zwischen 14,00 und 18,00 Jahren. Der jüngste Konsument war zum Zeitpunkt seines ersten Konsums 12 Jahre alt. Deutlich ist hier der Unterschied zwischen *PA* und *JE*, nach dem der erste Kokainkonsum in *PA* eher stattfand als der von *JE*.

Tabelle 27 Kokain: Alter des Erstkonsums

	Gültig	M	min	max	SD
PA (n=37)	4	14,00	14	14	,00
AD (n=50)	10	16,30	15	18	,95
SA (n=57)	10	16,60	14	19	1,65
JE (n=41)	17	18,00	12	23	2,60

Anmerkung: „Gültig“ sind diejenigen Fälle, die einen Konsum der Substanz angaben, M: Mittelwert des Kriteriums, SD: Standardabweichung

Unter die Designerdrogen wurde vor allem Ecstasy (MDMA, MDE, MDA) subsumiert. Ein Konsum dieser Substanzklasse wurde von 44 Patienten angegeben (siehe Tabelle 28). Das Durchschnittsalter des Erstkonsums lag hier zwischen 14,40 und 18,46 Jahren. Die jüngsten Konsumenten waren beim Erstkonsum 13 Jahre alt.

Tabelle 28 Designerdrogen: Alter des Erstkonsums

	Gültig	M	min	max	SD
PA (n=37)	5	14,40	14	15	,55
AD (n=50)	11	15,91	14	17	1,04
SA (n=57)	15	16,67	13	20	1,95
JE (n=41)	13	18,46	15	23	1,98

Anmerkung: „Gültig“ sind diejenigen Fälle, die einen Konsum der Substanz angaben, M: Mittelwert des Kriteriums, SD: Standardabweichung

Der Konsum von Amphetaminen (Pep, Speed etc.) wurde noch von 28 Patienten angegeben (siehe Tabelle 29). Das Alter des ersten Konsums lag hier zwischen 14,67 und 18,33 Jahren.

Tabelle 29 Amphetamine: Alter des Erstkonsums

	Gültig	M	min	max	SD
PA (n=37)	3	14,67	14	16	1,15
AD (n=50)	3	16,00	16	16	,00
SA (n=57)	13	16,85	13	20	2,34
JE (n=41)	9	18,33	15	23	2,24

Anmerkung: „Gültig“ sind diejenigen Fälle, die einen Konsum der Substanz angaben, M: Mittelwert des Kriteriums, SD: Standardabweichung

Unter Halluzinogene wurden vor allem LSD und Psilocybin („Pilze“) subsumiert. 43 Patienten gaben hier einen mindestens einmaligen Konsum an (siehe Tabelle 30). Dabei fällt auf, dass in den älteren Gruppen tendenziell mehr Patienten mit den Stoffen in Berührung kamen als in den jüngeren Gruppen. Das Alter des ersten Konsums lag zwischen 15,00 und 18,50 Jahren.

Tabelle 30 Halluzinogene: Alter des Erstkonsums

	Gültig	M	min	max	SD
PA (n=37)	1	15,00	-	-	-
AD (n=50)	6	16,33	15	17	,82
SA (n=57)	20	16,75	13	20	1,89
JE (n=41)	16	18,50	15	22	2,13

Anmerkung: „Gültig“ sind diejenigen Fälle, die einen Konsum der Substanz angaben, M: Mittelwert des Kriteriums, SD: Standardabweichung

Inhalantien wurden nur noch von einer sehr geringen Anzahl Patienten ausprobiert (siehe Tabelle 31). Lediglich 4 gaben hier einen mindestens einmaligen Konsum an. Das Alter lag beim ersten Konsum zwischen durchschnittlich 10 und 16 Jahren. Signifikante Unterschiede konnten aufgrund der geringen Anzahl der Nennungen nicht festgestellt werden.

Tabelle 31 Inhalantien: Alter des Erstkonsums

	Gültig	M	min	max	SD
PA (n=37)	1	14	-	-	-
AD (n=50)	1	16	-	-	-
SA (n=57)	2	10	8	12	2,83
JE (n=41)	-	-	-	-	-

Anmerkung: „Gültig“ sind diejenigen Fälle, die einen Konsum der Substanz angaben, M: Mittelwert des Kriteriums, SD: Standardabweichung

5. Diskussion

Im folgenden werden die erhobenen Befunde zu den einzelnen Altersgruppen nochmals zusammengefasst und zu einem „Patientenprofil“ der jeweiligen Altersgruppe verdichtet. Danach werden die Hauptbefunde themenspezifisch dargestellt. Im Weiteren folgt die Interpretation der Befunde und Erklärungshypothesen werden aufgestellt. Wo es die Datenlage gestattet, wird auf gesundheitspolitische Implikationen hingewiesen.

5.1. Zusammenfassende Darstellung von Patientenprofilen

5.1.1. Profil der Gruppe PA

PA war im Durchschnitt 15,11 Jahre alt und setzte sich aus 83,8% männlichen (durchschnittlich 15,19 Jahre alt) und 16,2% weiblichen (durchschnittlich 14,67 Jahre alt) Patienten zusammen. PA bildete 20% der Gesamtstichprobe.

Das mittlere Erstkonsumalter für Cannabis ist in den vier Gruppen nicht nur zufällig unterschiedlich. Die jüngste Gruppe PA war mit durchschnittlich 13,29 Jahren beim ersten Konsum von Cannabis am jüngsten. Sie konsumierte im Durchschnitt an weniger Tagen pro Woche (5,42) die durchschnittlich zweitgeringste Menge. Bei Alkohol waren die konsumierten Mengen am höchsten von allen Gruppen und bei Nikotin mit nur durchschnittlich 11,37 Stck/die im unteren Bereich. Tabak wurde durchschnittlich 2 Jahre, Alkohol durchschnittlich 0,5 Jahre vor dem ersten Cannabiskonsum erstmals konsumiert. Komorbide Suchtstörungen wurden in dieser Gruppe bei 13,5% der Patienten festgestellt. Zwei Drittel davon entfielen auf Tabak und Alkohol.

Anders als in den anderen Gruppen erfüllte nur etwa die Hälfte der Patienten die Kriterien für eine Abhängigkeit, die andere Hälfte lediglich die Kriterien für einen schädlichen Gebrauch.

An komorbiden Störungen fanden sich in dieser Gruppe mit 81,1% vor allem Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F-Diagnosen 90-98). Außerdem waren affektive Störungen mit 13,5%, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen mit 8,1% und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen mit 2,7% vertreten. In PA wurde auch der mit 13,5% größte Anteil

ohne komorbide Störung gefunden. Schizophrene Störungen traten in dieser Gruppe nicht auf.

Ohne Schulabschluss waren in dieser Gruppe 83,8%, während 24,3% bereits eine Ausbildung abgebrochen hatten und 21,6% zum Untersuchungszeitpunkt nicht in Ausbildung waren.

Die hauptsächlichen Bezugspersonen waren im familiären Bereich zu finden, wo auch bei den allermeisten Patienten der Lebensmittelpunkt verankert war. Wichtige Personen mit Substanzgebrauch kamen aus der Peer-Gruppe. Außerdem gab es in dieser Gruppe den höchsten Anteil der Mehrfachnennungen (21,6%) bezüglich der Personen mit Substanzgebrauch. Die Substanzen dieser Personen waren hier zu fast drei Vierteln illegale Drogen.

Als Belastungsfaktoren wurden besonders das Elternhaus, Schule, Ausbildung und Beruf und die Peer-Gruppe genannt. In PA gab es zudem mit 27,0% die höchsten Werte für den Belastungsfaktor der Illegalität, während nur 8,1% angaben, zusätzliche Einkünfte über Straftaten zu erhalten. Hier machte aber auch mit 5,4% der größte Anteil keine Angaben zur Herkunft sonstiger Einnahmen.

PA wurde zu mehr als 90% von Dritten zum Aufsuchen der DAA motiviert, während nur etwas mehr als ein Drittel der Gruppe zusätzlich eine Eigenmotivation als Vorstellungsgrund angab. Die Hälfte der Patienten kam nicht mehr als 3-mal in die Ambulanz und es kam zu keiner weiterführenden Therapie. Dementsprechend zeigten auch 40,0% keine Besserung der Symptomatik.

5.1.2. Profil der Gruppe AD

AD war im Durchschnitt 17,34 Jahre alt und setzte sich aus 80,0% männlichen (durchschnittlich 17,35 Jahre alt) und 20,0% weiblichen (durchschnittlich 17,30 Jahre alt) Patienten zusammen. AD bildete 27% der Gesamtstichprobe.

Die zweite Altersstufe der 17-18-Jährigen war mit durchschnittlich 13,60 Jahren beim ersten Konsum von Cannabis ebenfalls sehr jung. Sie konsumierte im Durchschnitt an ebensovielen Tagen pro Woche (6,27) wie die älteren Altersklassen. Dabei ergab sich in dieser Gruppe im Durchschnitt die geringste Konsummenge. Nikotin wurde, wie auch

in den weiteren Gruppen, täglich, aber in geringerer Menge konsumiert. Bei Alkohol waren die konsumierten Mengen die geringsten von allen. Tabak wurde durchschnittlich 1,4 Jahre, Alkohol 0,04 Jahre vor dem ersten Cannabiskonsum erstmals konsumiert. Komorbide Suchtstörungen wurden in AD bei 8% der Patienten festgestellt. Die Hälfte davon entfielen auf Alkohol.

In dieser, wie in allen weiteren Gruppen erfüllten weit über 70% die Kriterien einer Abhängigkeit von Cannabinoiden.

Als komorbide Störungen kamen neben den Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (72%) (F-Diagnosen 90-98) schon vermehrt (38%) affektive Störungen (F31-34) vor, aber nur noch 4,0% blieben ohne komorbide Störung. Schizophrene Störungen traten in dieser Gruppe ebenfalls nicht auf. Außerdem wurden in 12% neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, in 10% Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und in 2% Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten beobachtet.

Ohne Schulabschluss verblieben nur noch 50,0%, während ein geringer Anteil (18,4%) bereits eine Ausbildung abgebrochen hatte und 22,4% zum Untersuchungszeitpunkt nicht in Ausbildung waren.

Die hauptsächlichen Bezugspersonen waren auch in der Gruppe AD im familiären Bereich zu finden, wo bei den allermeisten Patienten der Lebensmittelpunkt verankert war. Während hier zwar immer noch der Hauptanteil über die Eltern finanziert wurde, gaben immerhin 12,2% bereits ein eigenes festes Einkommen und 8,2% eine Finanzierung durch den Staat (Rente, Arbeitslosengeld etc.) an.

Wichtige Personen mit Substanzgebrauch kamen auch in AD aus der Peer-Gruppe. Mit 12,0% war hier der höchste Anteil an substanzgebrauchenden Eltern zu verzeichnen, wobei 66% der gesamten Personen mit Substanzgebrauch im sozialen Umfeld der Patienten illegale Drogen und nur 10,0% Alkohol konsumierten.

Weiterhin kamen die Belastungsfaktoren vor allem aus dem Elternhaus, der Schule, der Ausbildung und dem Beruf, während in AD die Wohnsituation im Vergleich zu PA an Bedeutung zunahm und die Peer-Gruppe etwas an Bedeutung verlor. 22,0% gaben an, Probleme mit der Illegalität zu haben, während schon 12,0% Einkünfte aus Straftaten

bezogen, wobei nur 2,0% keine Angaben über die Herkunft ihrer sonstigen Einkünfte machten.

Auch *AD* wurde zu 90% durch Dritte zur Therapie motiviert, während der Anteil der auch selbst motivierten Patienten mit 30,0% im Vergleich zu *PA* leicht anstieg.

Waren es in *PA* noch 13,5% wurden in *AD* bereits 30,0% der Patienten wegen Drogen ambulant vorbehandelt und 8,0% (*PA* 2,7%) waren aufgrund der Drogenproblematik schon stationär vorbehandelt worden. Ähnlich wie bei *PA* wurde etwa die Hälfte keiner weiteren Therapie zugeführt, während der große Teil derer, die therapiert wurden, einzel- und/oder familientherapeutisch behandelt wurde.

Etwa ein Drittel der Störungen blieb unverändert, ein Drittel besserte sich und ein Fünftel konnte behoben werden. Zum Rest konnte keine Angabe gemacht werden.

5.1.3. Profil der Gruppe SA

SA war im Durchschnitt 19,95 Jahre alt und setzte sich aus 84,2% männlichen (durchschnittlich 19,92 Jahre alt) und 15,8% weiblichen (durchschnittlich 20,11 Jahre alt) Patienten zusammen. *SA* bildete 30,8% der Gesamtstichprobe.

Die Gruppe der 19-21-Jährigen war mit durchschnittlich 14,36 Jahren beim ersten Konsum von Cannabis signifikant älter als die beiden jüngeren Gruppen. Sie konsumierten an ebenso vielen Tagen wie *AD* und *JE*. Dabei nahm sie eine größere Menge der Droge als die jüngeren Gruppen, aber noch deutlich weniger als *JE*. Nikotin wurde ebenfalls täglich und in schon größerer Menge konsumiert. Bei Alkohol waren die Mengen etwas niedriger als die bei *JE*. Dabei war die Häufigkeit des Konsums mit durchschnittlich 3,20 Tagen/Woche am höchsten von allen Gruppen. Tabak wurde durchschnittlich 1,1 Jahre, Alkohol 0,7 Jahre vor dem ersten Cannabisgebrauch erstmals konsumiert. Komorbide Suchtstörungen wurden in dieser Gruppe bei 21,2% der Patienten festgestellt. Die Hälfte davon entfielen auf Tabak und Alkohol.

In *SA* erfüllten fast 80% die Kriterien einer Abhängigkeit von Cannabinoiden, während nur noch ein Fünftel die Kriterien für einen schädlichen Gebrauch erfüllte.

Der mit 68,4% mit Abstand größte Teil der Patienten wies eine affektive Störung (ICD-10 F31-34) auf. Zudem waren in dieser Gruppe spezifische und kombinierte

Persönlichkeitsstörungen mit 33,3% sehr häufig anzutreffen. Im Gegensatz zu *PA* und *AD* waren schizophrene Störungen bei 7,0% der Patienten zu verzeichnen. Außerdem fanden sich in 10,5% neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, in 3,5% Essstörungen und bei einem Patienten eine Intelligenzminderung. Noch 19,3% der Patienten erhielten eine Diagnose aus dem Bereich Verhaltens- und emotionale Störungen in Kindheit und Jugend.

Immer noch knapp ein Drittel blieb ohne Schulabschluss, während bereits 64,1% einen Haupt-, Real-, oder sogar Gymnasialabschluss (12,3%) hatten. Nur noch gut die Hälfte der Patienten hatten noch keine Ausbildung abgebrochen, während ein Sechstel das Gymnasium vorzeitig verlassen hatte. In Ausbildung waren nur noch 43,9%, davon aber noch mehr als die Hälfte im Gymnasium und schon ein Zehntel auf einer Universität.

Ein eigenes Einkommen bezog schon die Hälfte der Patienten, wobei 27,3% Zuwendungen vom Staat bekamen. Weiterhin befand sich der Lebensmittelpunkt der meisten Patienten im Elternhaus, wobei inzwischen 21,1% eine eigene Wohnung bewohnten.

Als Kontaktpersonen mit Substanzgebrauch wurde erneut die Peer-Gruppe am häufigsten genannt. Erneut wurden illegale Drogen als Hauptkonsumgut dieser Personen angegeben. Dabei war es jetzt schon etwa ein Drittel der Patienten, das keine Person mit Substanzgebrauch im näheren sozialen Umfeld angab.

An Belastungsfaktoren wurden wieder am häufigsten Elternhaus, Schule, Ausbildung und Beruf sowie Illegalität benannt, wobei in *SA* der größte Anteil mit Einkünften aus Straftaten zu finden war (14,3%).

Fast 60% kamen in *SA* auf eigenen Wunsch zur Therapie, und nur noch knapp die Hälfte war (zusätzlich) fremdmotiviert. Über ein Drittel klagte über subjektive Beschwerden durch die Suchterkrankung.

Deutlich mehr als ein Drittel war bereits ambulant und etwa ein Sechstel (teil-) stationär vorbehandelt worden.

Entsprechend der Motivation kam es bei knapp einem Drittel der Patienten zu keiner weiterführenden Therapie, während ein Drittel nur einzel- und ein weiteres Drittel einzel- und familientherapeutisch behandelt wurde. Entsprechend waren die Symptome

bei über der Hälfte der Patienten durch die Therapie gebessert und bei nur noch etwas mehr als einem Viertel der Patienten unverändert.

5.1.4. Profil der Gruppe JE

JE war im Durchschnitt 23,10 Jahre alt und setzte sich aus 78,0% männlichen (durchschnittlich 23,09 Jahre alt) und 22,0% weiblichen (durchschnittlich 23,11 Jahre alt) Patienten zusammen. AD bildete 22,2% der Gesamtstichprobe.

Die Gruppe der 22-25-Jährigen war mit durchschnittlich 15,40 Jahren die Älteste beim ersten Konsum von Cannabis. Ebenso waren diese Patienten die Ältesten beim ersten Konsum von Tabak und Alkohol. Sie konsumierten an ebenso vielen Tagen wie AD und SA. Zudem zeigten sie die höchsten Konsummengen der Droge. Nikotin wurde ebenfalls täglich und in den höchsten Menge konsumiert. Bei Alkohol waren die Mengen etwas höher als bei SA. Tabak wurde durchschnittlich 1,6 Jahre, Alkohol 1 Jahr vor dem ersten Cannabiskonsum erstmals konsumiert. Komorbide Suchtstörungen wurden in dieser Gruppe bei 24% der Patienten festgestellt. Etwas weniger als die Hälfte davon fielen auf Tabak und Alkohol.

Nur noch 17,1% der Patienten von JE erfüllten lediglich die Kriterien für einen schädlichen Gebrauch von Cannabinoiden.

An komorbiden Störungen sind vor allem die Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis hervorzuheben, die hier mit 17,1% am häufigsten im Vergleich zu den anderen Gruppen diagnostiziert wurden. Weiterhin wurden in der Gruppe bezogen auf die Gesamtstichprobe am häufigsten affektive Störungen (36,6%) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (51,2%) diagnostiziert, wobei die affektiven Störungen im Vergleich zu SA deutlich seltener auftraten. Zudem kamen in 14,6% neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen und in 2,4% Essstörungen vor.

73,2% von JE waren nicht mehr in Ausbildung und jeweils etwa ein Drittel hatte die Schule mit dem (Fach-)Abitur und dem Realschuleabschluss beendet. Über 50% hatten eine Lehre oder die gymnasiale Ausbildung abgebrochen.

Hervorstechend ist der vergleichsweise hohe Anteil an (Fach-)Abiturienten in der Gruppe JE (vergleiche mit *Statistisches Bundesamt Deutschland, 2004*). Dabei ist zu

beachten, dass sich die Werte des Statistischen Bundesamtes auf alle Schulabgänger beziehen.

Nach diesen Daten liegt insgesamt in Deutschland der Anteil an Absolventen mit (Fach-)Abitur derzeit bei 24,7%, also deutlich niedriger, als der Anteil der Gruppe *JE*. Im Vergleich mit den bundesdeutschen Werten ist dagegen der Anteil der Realschul- (36,6% vs. 40,5%) und Hauptschulabsolventen (19,5% vs. 26,0%), bei einer relativ geringen Anzahl von Patienten ohne Angaben des Schulabschlusses in der untersuchten Stichprobe niedriger.

Nur noch 7,3% gaben ein regelmäßiges eigenes Einkommen an und 53,7% wurden aus den Staatskassen unterstützt. Immer noch etwa ein Drittel wurde durch die Eltern unterhalten, wobei inzwischen nur noch etwas über ein Drittel ihren Lebensmittelpunkt bei den Eltern hatte. Ein weiteres Drittel lebte allein und nur 12,2% waren in einer Partnerschaft.

JE hatte in etwa einem Drittel der Fälle keine Personen mit Substanzgebrauch im näheren Umfeld, in etwa 10% die Eltern und in weiteren 10% im Bereich der Geschwister. Nur noch 22% hatten in der Peer-Gruppe Personen mit Substanzkonsum. Der größte Teil dieser Personen konsumierte illegale Substanzen.

Ohne Unterschied zu den vorherigen Gruppen stand bei den Belastungsfaktoren das „Elternhaus“ und „Schule, Ausbildung und Beruf“ an erster Stelle. Zudem schlugen die Belastungsfaktoren „Schulden“ und „Wohnsituation“ mit jeweils einem Drittel der Fälle ins Gewicht. Die Illegalität wurde als Belastungsfaktor ähnlich wie bei *SA* angegeben.

In *JE* waren zwei Drittel der Patienten auch eigenmotiviert zur Therapie erschienen, während immer noch über die Hälfte ebenso fremdmotiviert war. Symptome führten wie bei *SA* in etwa einem Drittel der Fälle zur Vorstellung.

Schon über die Hälfte der Patienten war ambulant und über ein Drittel (teil-)stationär wegen Drogen vorbehandelt worden. Fast zwei Drittel erhielten in *JE* Einzeltherapie und nur noch 28,6% wurden keiner Therapie zugeführt.

Jeweils ein Drittel zeigte ein gebessertes und unverändertes Symptombild, wobei bei einem weiteren Drittel keine Angaben möglich waren.

5.2. Themenspezifische Darstellung der Hauptbefunde

5.2.1. Konsummuster

Zwischen den vier unterschiedlichen Altersstufen *PA* (13-16 Jahre), *AD* (17-18 Jahre), *SA* (19-21 Jahre) und *JE* (22-25 Jahre) fand sich bezüglich der Konsummuster ein deutlicher Unterschied. Die jüngste Gruppe unterschied sich signifikant von den anderen Gruppen, da hier lediglich 48,6%, im Vergleich zu weit über 70% in den anderen drei Gruppen, die Kriterien für einen abhängigen Cannabisgebrauch erfüllten.

JE war beim ersten Cannabiskonsum signifikant älter als alle anderen drei Gruppen, *SA* signifikant älter als *PA*. In allen Gruppen fand der erste Konsum von Tabak und Alkohol vor dem ersten Konsum von Cannabis statt.

5.2.2. Komorbide Störungen

Im Gegensatz zu bisherigen Schätzungen zu komorbiden Störungen bei Cannabismisbrauch, die von einer Komorbiditätsrate von etwa 70% ausgingen (*Bonnet, U. et al., 2004*), zeigt die vorliegende Arbeit ein weit höheres Ausmaß von insgesamt 93% komorbider Störungen. Dabei ist die jüngste Gruppe mit 86,5% am wenigsten von komorbiden Störungen betroffen.

Auch wenn die statistische Auswertung der Daten keine signifikanten Unterschiede unter den einzelnen Gruppen zeigte, gab es doch einige nennenswerte Differenzen. Im einzelnen liegt der Fokus der komorbiden Störungen in *PA* und *AD* z.B. besonders in den Störungen des Sozialverhaltens und den emotionalen Störungen des Kindesalters, während sich der Fokus in den älteren beiden Gruppen besonders auf die affektiven Störungen und die Persönlichkeitsstörungen richtet.

Kritisch ist zu sehen, dass in den jüngeren beiden Gruppen bereits 6-mal die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt wurde, obwohl diese Diagnose vor dem vollendeten 18. Lebensjahr nicht zulässig ist.

Schizophrene Psychosen tauchen lediglich in den älteren beiden Gruppen *SA* und *JE* auf, während diese Diagnose in den jüngeren Altersstufen nicht zu finden ist. Ebenso

wie die vorliegende Studie es zeigt, gehen Bonnet et al. (Bonnet, U. et al., 2004) mehrheitlich von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Depressionen und (seltener) schizophrenen Psychosen als komorbide Störungen bei Cannabismisbrauch aus. Zusätzlich beschreiben diese jedoch ein relativ häufiges Auftreten von Angststörungen, die in der vorliegenden Arbeit lediglich in insgesamt 7,6% der Fälle auftraten.

Komorbide Suchtstörungen wurden in der vorliegenden Arbeit nur in 16,8% der Fälle diagnostiziert. Dennoch war hier eine Steigerung der Prozentwerte von 13,5% in der Gruppe *PA* auf 24% in der Gruppe *JE* zu verzeichnen. Nur bei 2,7% der Stichprobe wurde eine Störung durch Tabak diagnostiziert, obwohl das regelmäßige Rauchen in der Gesamtstichprobe weit verbreitet war, denn 68,7% gaben einen regelmäßigen, nicht unerheblichen Tabakkonsum an.

5.2.3. Soziodemographie

Im Hinblick auf die weitere gesellschaftliche und soziale Entwicklung der Stichprobe ist wohl das Bildungsniveau bzw. der Ausbildungsstand von größter Bedeutung.

40% der Gesamtstichprobe ist bisher ohne Schulabschluss. Zwar ist dies sicherlich durch das Alter besonders der jüngeren beiden Gruppen zu begründen, aber auch in den älteren Altersgruppen sind immerhin noch 28,1% in *SA* bzw. 4,9% in *JE* ohne Schulabschluss.

7,3% in *JE* beenden die Schule ohne Hauptschulabschluss. 19,5% haben in *JE* einen Hauptschulabschluss, 36,6% einen Realschulabschluss und 31,7% der Gruppe haben (Fach-)Abitur. Allein diese Gruppe ist mit den Statistiken des Statistischen Bundesamtes Deutschland zu vergleichen. Hier haben im Schuljahr 2002/2003 7,9% keinen Hauptschulabschluss, 24,5% einen Hauptschulabschluss, 41,6% einen Realschulabschluss und 26,0% (Fach-)Abitur (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2005). Durchschnittlich erreicht somit die Gruppe *JE* einen höheren Schulabschluss als der Durchschnitt der Bevölkerung. Hier könnte auf der einen Seite eine Rolle spielen, dass vor allem im Umfeld höherer Schulen Cannabisprodukte verkauft werden und somit diese Gruppe gefährdeter ist, eine cannabisbezogene Störung zu entwickeln.

Andererseits könnte auch der höhere Bildungsstand dazu führen, dass sich mehr Patienten dieser Gruppe in der DAA zur Behandlung gemeldet haben.

Abgebrochene Ausbildungen sind vor allem in den beiden Gruppen *SA* und *JE* zu finden. Hier hat etwa die Hälfte der Patienten schon mindestens eine Ausbildung abgebrochen. Vor allem Lehren und gymnasiale Weiterbildung wurden hier vorzeitig beendet. Schon in *PA* finden sich 14,3% Schulabbrüche, in *AD* 12,2% Schulabbrüche und 6,1% Lehrabbrüche.

Die jüngeren beiden Gruppen *PA* und *AD* bestreiten ihren Lebensunterhalt vor allem über die Unterstützung durch die Eltern. Schon *SA* finanziert sich zu fast einem Drittel aus Mitteln vom Staat (Renten, Arbeitslosengeld etc.). In *JE* ist dies bereits jeder Zweite. Insgesamt bezieht auch jeder Achte Einkünfte aus illegalen Quellen. Die am stärksten vertretene Wohnform ist das Leben im Elternhaus, wobei auffällig ist, dass *JE* noch zu einem Drittel bei den Eltern wohnt und zwei Drittel eine eigene Wohnung oder eine WG bewohnen.

5.2.4. Soziales Umfeld und Belastungsfaktoren

Die Hauptbezugspersonen sind in 63,2% der Gesamtstichprobe die Eltern. Noch in *JE* geben dies 39% an. In einer Partnerschaft leben lediglich 5,9% der Gesamtstichprobe. Eigene Kinder spielen so gut wie keine Rolle.

Im Umfeld der behandelten Cannabiskonsumenten kommt ein Substanzgebrauch vor allem in der Peer-Gruppe vor. Über ein Drittel gibt hier Substanzkonsum an. Ein weiteres Drittel findet keine konsumierenden Personen im Umfeld, während sich das letzte Drittel auf mehrere Antwortmöglichkeiten, Eltern, Geschwister, Großeltern und Partner verteilt. Zwei Drittel der konsumierten Substanzen dieser Personen sind illegal. Nur jeder Zehnte gibt Alkohol als Hauptsubstanz der Personen im sozialen Umfeld an.

Die überwiegende Mehrheit (fast 90%) der Gesamtstichprobe fühlt sich durch das Elternhaus belastet. Ein weiterer starker Belastungsfaktor bildet „Schule, Arbeit und Beruf“. Ein Drittel der Patienten gibt Belastung durch die Peer-Gruppe, knapp ein Viertel durch Partnerschaft, ein Fünftel durch Illegalität, ein knappes weiteres Fünftel durch die Wohnsituation und ein Zehntel durch Schulden an. Dabei gibt es nur bei den

Belastungsfaktoren Schulden und Partnerschaft signifikante Unterschiede der vier Gruppen, welche als hauptsächlich altersbedingt gesehen werden können.

5.2.5. Behandlungsdauer, -intensität und -ergebnis

Die Motivation der Patienten ist für eine erfolgreiche Therapie einer Suchterkrankung wesentliche Bedingung. Besonders die jungen Patientengruppen *PA* und *AD* zeigten nur in geringem Maße Eigenmotivation. Mehr als 90% wurden durch Dritte (Eltern, Partner, Peers etc.) zur Vorstellung in der Drogenambulanz motiviert. Symptomatische Beschwerden traten in diesen beiden Gruppen und besonders in *PA* nur selten (18,9%) auf. *SA* und *JE* dagegen waren hauptsächlich selbst motiviert, eine Therapie ihrer Suchterkrankung zu beginnen. Zwar waren in beiden Gruppen immer noch die Hälfte auch durch Eltern, Peers oder Partner motiviert, jedoch war dieser Anteil deutlich geringer als in den jüngeren beiden Gruppen. Zwar nicht signifikant unterschiedlich zu den anderen Gruppen, aber dennoch über ein Drittel der Patienten von *SA* und *JE* stellte sich aufgrund von Symptombelastung vor.

Ambulante und auch (teil-) stationäre Vorbehandlungen wegen der Suchtproblematik finden sich vor allem in *JE*, während von *SA* zu *PA* der Anteil stetig sinkt. Keiner Therapie in der DAA zugeführt wurden vor allem *PA* und *AD*, beide etwa zur Hälfte, während in *SA* und *JE* nur noch jeweils ein Drittel keiner weiteren Therapie zugeführt wurde. Vor allem die jüngeren Altersgruppen wurden mit einer Kombination aus Einzel- und Familientherapie behandelt, während die älteren Gruppen besonders einzeltherapeutisch begleitet wurden.

Entsprechend der hohen Anzahl derer, die in den unteren Altersgruppen keiner weiteren Therapie zugeführt wurden, war hier auch der Anteil derer, die eine unveränderte Symptomatik aufwiesen, entsprechend hoch. Jeweils ein Drittel von *PA* und *AD* zeigte eine deutliche Besserung. Behoben war die Symptomatik nur in 10% (*PA*) bzw. 18,5% (*AD*) der Fälle. *SA* zeigte in über der Hälfte der Fälle eine deutliche Besserung der Symptomatik, während *JE* dies nur zu einem Drittel aufwies. Beide Gruppen zeigten nur eine geringe Rate unter 10%, bei denen die Symptomatik behoben war.

Die Anzahl der Behandlungstermine und der Behandlungsepisoden in 2003 war unter den vier Altersgruppen nicht signifikant unterschiedlich.

5.3. Interpretation und Erklärungshypothesen

5.3.1. Grundlage der Überlegungen

Sowohl im nationalen als auch im internationalen Vergleich scheint es insgesamt seit den 60er und 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts zu einer Steigerung der Potenz der Cannabiszubereitungen gekommen zu sein (*ElSohly, M. A. et al., 2000; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2005a; Bundeskriminalamt, 2002*). Die Cannabiskonsumtanten gehen also von ganz anderen Voraussetzungen aus als noch in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts, in denen die Elterngeneration der heutigen Konsumenten Cannabis konsumierte.

Die Forschungen der letzten 10 Jahre zeigen außerdem, dass es im menschlichen Körper ein Transmittersystem gibt, welches auf Cannabinoiden basiert und möglicherweise regulierend auf viele andere Transmittersysteme des Gehirns einwirkt (*Wallmichrath, I et al., 2004*). Zudem wurde zumindest am Rattenmodell beschrieben, dass möglicherweise gerade in der Adoleszenz vermehrt Rezeptoren dieses endogenen Cannabnoidsystems exprimiert werden (*Rodriguez, de Fonseca et al., 1993*) und es so zu einer Vergrößerung der Angriffsfläche für das exogene Cannabinoid Δ^9 -Tetrahydrocannabinol, welches eben an diese Rezeptoren bindet, kommt.

Hinzu tritt, dass seit 1993 eine deutliche Abnahme des Alters des ersten Konsums von Cannabis von 17,5 Jahren auf 16,4 Jahre (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004*) zu verzeichnen ist. Dies bedeutet, dass die Jugendlichen immer häufiger in einem Alter konsumieren, in dem zudem auch die Angriffsfläche für den Wirkstoff besonders groß ist und sie durch den Anstieg der Potenz der Pflanzen mit einer Inhalation deutlich mehr Wirkstoff in sich aufnehmen, als dies ihre Eltern in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts kannten.

Nicht außer acht zu lassen ist, dass der Zugang zu Drogen heute leichter geworden ist denn je. Zunehmende Legalisierungsdiskussionen in Presse und Öffentlichkeit haben nicht zuletzt dazu beigetragen, die empfundene Kriminalisierung auf ein Minimum zu reduzieren, so dass heute Jugendliche problemlos auf dem Schulgelände oder in der Diskothek Zugang zu Cannabisprodukten haben (vgl. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004*).

Offenbar nimmt auch die Zahl der Konsumenten von Cannabisprodukten stetig zu, wie z.B. der Drogen- und Suchtbericht der deutschen Bundesregierung zeigt (*Caspers-Merk, M., 2004*). Vor diesem Hintergrund scheint dann auch der massive Anstieg krimineller Taten im Zusammenhang mit Cannabisprodukten nicht verwunderlich (*Bundeskriminalamt, 2004*), da hier zum großen Teil (74%) Konsumentendelikte erfasst wurden.

Dem Cannabiskonsum vorgeschaltet sind oft legale Drogen wie Tabak und Alkohol, die weitaus früher konsumiert werden als Cannabis und als eigentlicher Einstieg in die Welt der Sucht gesehen werden können. Die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004*) zeigt, dass unter Rauchern die Bereitschaft für den Konsum von Cannabis zudem deutlich höher ist als unter Nichtrauchern.

Ein Abbild der Entwicklung der letzten Jahre zeigt auch der Zuwachs der Klienten mit primärer cannabisbezogener Störung in den Zentren der ambulanten Suchthilfe in Deutschland. Hier war innerhalb von 2 Jahren (zwischen 2001 und 2003) ein Anstieg von 7% auf 9,5% der gesamten Suchtklienten zu verzeichnen (*Welsch, K, 2002; Welsch, K et al., 2003; Sonntag, D et al., 2004*).

Vor diesem Hintergrund werden im folgenden Teil die vorherigen Hauptbefunde interpretiert und bewertet.

5.3.2. Konsummuster

Die Gruppe PA ist die einzige, in der noch über 50% „nur“ die Kriterien für einen schädlichen Gebrauch erfüllen und setzt sich damit signifikant von den anderen Gruppen ab. Legt man das Durchschnittsalter der Gruppe und das durchschnittliche Alter beim ersten Konsum zugrunde und zieht diese beiden Werte voneinander ab, so kommt man zu Beginn der Therapie in der DAA bei PA auf eine Konsumdauer von im Durchschnitt 1,8 Jahren, während die älteren Gruppen zwischen durchschnittlich 3,7 und 7,7 Jahren konsumieren. Vor dem Hintergrund der oben zusammengefassten Konsumentenlandschaft besteht also möglicherweise ein positiver Zusammenhang zwischen der Konsumdauer und der Entwicklung einer Abhängigkeit, was jedoch im Gegensatz zu den Aussagen von Kleiber und Soellner (*Kleiber, D. et al., 1998b*) steht,

die hier keinen Zusammenhang sehen. In der genannten Studie wurde jedoch zusätzlich bemerkt, dass der Konsum anderer Substanzen das Abhängigkeitsrisiko deutlich steigen lässt. Vor allem Alkohol- und Tabakkonsum vor dem 14. Lebensjahr und der erste Alkoholrausch vor dem 14. Lebensjahr spielen eine prädiktive Rolle bei der Entwicklung eines problematischen Cannabiskonsums einige Zeit nach dem Erstkontakt (Duwe, A et al., 2001). Auch Höfler et al. (Höfler, M. et al., 1999) stellten zumindest die Nikotinabhängigkeit als Risikofaktor für die Entwicklung einer Cannabissucht dar.

In allen vier Gruppen der vorliegenden Arbeit lag das Alter des ersten Konsums von Alkohol und Tabak deutlich vor dem 14. Lebensjahr (einzige Ausnahme bildet hier die Gruppe *JE*, in der das Durchschnittsalter für den ersten Konsum von Alkohol bei 14,43 Jahren lag). Zudem ist bei nahezu allen Patienten bei einem täglichen Durchschnittskonsum zwischen 10,46 und 20,81 Stck von einer Nikotinabhängigkeit auszugehen. All diese Daten zeigen, dass die vier Gruppen die genannten prädiktiven Kriterien für die Entwicklung einer Suchtstörung bieten.

Zusätzlich ist zu bemerken, dass sowohl Konsummenge als auch Konsumfrequenz bei *PA* nicht signifikant anders war als in den anderen Gruppen, während das Alter des ersten Konsums in *PA* und *AD* signifikant niedriger war als in den älteren Gruppen.

Obwohl also in *PA* der Anteil an Cannabisabhängigkeit der Patienten signifikant geringer war als in den anderen Gruppen, stand *PA* diesen bezüglich des Konsums in nichts nach. Noch traten hier also weniger Entzugssymptome, Kontrollverlust, Craving und Toleranz auf. Bezieht man nun die soziodemographischen Daten dieser Arbeit mit ein, so kann man insgesamt aber auch schon in *PA* von einer Einschränkung im sozialen und beruflichen Bereich sprechen und dies trotz geringerer Suchtausprägung.

5.3.3. Komorbide Störungen

In dieser Arbeit werden Zahlen zu cannabisbezogenen komorbiden Störungen dargestellt. 93% der behandelten Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben neben ihrer cannabisbezogenen Störung auch eine komorbide Störung entwickelt. Dies ist im Gegensatz zu den geschätzten 70% der Cannabiskonsumern aus der Studie von Bonnet et al. (Bonnet, U. et al., 2004) ein deutlich höherer Anteil.

Die geringste Komorbiditätsrate war bei den Patienten der Gruppe *PA* zu finden. Möglicherweise ist dies ein Effekt, der einerseits durch die Vorstellungsgründe – in dieser Gruppe wurden die allermeisten auf Druck von Dritten zur Vorstellung in die DAA gebracht – andererseits auch durch die im Vergleich zu den anderen Gruppen deutlich kürzere Expositionszeit gegenüber der Droge zu begründen ist.

Insgesamt ist jedoch zu bedenken, dass die untersuchte Stichprobe aus einer hochselektierten Gruppe von Cannabiskonsumenten besteht und die Patienten in den allermeisten Fällen aufgrund von Symptombelastung oder auf eigene Motivation zur Behandlung in die DAA kamen und sich zumeist krankheitseinsichtig zeigten. Hier kann eine Ursache für den hohen Anteil komorbider Störungen begründet sein.

Besonders in der jüngsten Gruppe *PA*, aber auch in der Altersgruppe zwischen 17 und 18 Jahren stehen die Verhaltens- und emotionalen Störungen in Kindheit und Jugend an allererster Stelle der komorbiden Störungen und wurden etwas häufiger beim männlichen Geschlecht gefunden. Hierunter waren vor allen Dingen die Störungen des Sozialverhaltens und die kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen sowie emotionale Störungen des Kindesalters diagnostiziert worden. Im Kindes- und Jugendalter werden alle Störungen, die mit Angst, Phobien, depressiven Symptomen sowie Störungen des Sozialverhaltens einhergehen, unter diese Störungen subsumiert (*Dilling, H et al., 1999*). Da sowohl affektive wie auch neurotische Störungen des Erwachsenenalters in der Kindheit und Jugend nicht diagnostiziert werden dürfen, sind die Diagnosen im Bereich der affektiven Störungen und der neurotischen Störungen vor allem in *PA* äußerst kritisch zu betrachten.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass in *PA* nahezu ausschließlich Diagnosen aus dem Bereich ICD-10 F91-98 gestellt wurden. Dies geht konform mit den Ergebnissen einer Studie von Shedler und Block (*Shedler, J. et al., 1990*), die einen intensiven problematischen Gebrauch von Cannabis besonders bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens und der Persönlichkeit fanden. Dabei zeigte eine weitere Studie von Kessler et al. (*Kessler, R. C. et al., 2001*), dass dabei häufig psychopathologische Erscheinungen schon vor dem ersten Konsum auftraten.

Wahrscheinlich ist also für *PA* und *AD* die Hypothese anzunehmen, dass der Cannabiskonsum eher eine Art „Selbstmedikation“ der Symptome beinhaltet, die aber

bei fortgesetztem Konsum möglicherweise zu differenzierten Symptomatiken im höheren Alter wie z.B. Depressionen führen könnten. Zwar sind emotionale Störungen ähnlich den affektiven Störungen bei Erwachsenen auch bei Kindern und Jugendlichen bekannt. Sie halten Einzug in die Diagnosegruppe der emotionalen Störungen des Kindes und Jugendalters, sind aber nicht mit den affektiven Störungen bei Erwachsenen vergleichbar, da sie in den allermeisten Fällen im Erwachsenenalter nicht mehr vorhanden sind (*Dilling, H et al., 1999*).

Hyperkinetische Störungen waren insgesamt nur in 4,3% der Fälle diagnostiziert worden, wobei sowohl *PA* als auch *AD* jeweils einen Anteil von 8% aufwiesen. Diese Störungen scheinen einen späteren Cannabiskonsum zu begünstigen (*Hofler, M. et al., 1999; White, H. R. et al., 2001*). Auch hier ist eine „Selbstmedikationshypothese“ nicht von der Hand zu weisen. Dass die Störungen dieser Gruppe etwas häufiger beim männlichen Geschlecht diagnostiziert wurden, entspricht den Beobachtungen der Praxis.

In den älteren Gruppen *SA* und *JE* (wobei hier *JE* stärker betroffen ist) wurden häufig Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. Bei *SA* war ein Drittel der Patienten von einer solchen Störung betroffen, in *JE* sogar über 50%. Hier war das weibliche Geschlecht etwas häufiger betroffen. Möglich wäre auch bei dieser Störungsgruppe, dass es sich bei der Suchterkrankung um eine aufgelagerte Erkrankung handelt und somit auch hier die „Selbstmedikationshypothese“ zutreffen könnte.

In *AD* zeigten sich neben den genannten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen in Kindheit und Jugend aber zunehmend auch affektive Störungen vor allem aus dem depressiven Formenkreis. In den weiteren Alterstufen bilden diese Störungen die Hauptgruppe (*SA*) bzw. die zweithäufigste Gruppe (*JE*) von Störungen. Dieser Befund lässt vermuten, dass affektive Störungen, in diesem Fall besonders depressive Störungen, sich erst im Verlauf des regelmäßigen Konsums ausbilden.

Für diese These sprächen ebenfalls die Befunde von Patton et al. (*Patton, G. C. et al., 2002*) nach denen der Konsum von Cannabis mindestens 1x/Wo. das Risiko für eine Depression oder Angststörung nach 6 Jahren doppelt so hoch werden lässt, wie bei einer nicht regelmäßig konsumierenden Vergleichsgruppe. Bovasso (*Bovasso, G. B., 2001*) fand sogar ein viermal höheres Risiko für Depressionen nach regelmäßigem

Cannabiskonsum und stellte gleichzeitig keinen signifikanten Effekt früherer depressiver Zustände auf den Cannabiskonsum fest. Es könnte sich bei den depressiven Erkrankungen also um die „eigentlichen“ komorbiden Störungen handeln, die erst durch längeren Cannabiskonsum besonders bei vulnerablen Patienten entstehen.

Die schizophrenen Störungen sind sicherlich die gravierendsten der komorbiden Störungen bei Cannabismisbrauch. In der vorliegenden Arbeit ist eine ansteigende Häufigkeit solcher Störungen in den Gruppen SA und JE zu verzeichnen. Dies bedeutet, dass lediglich die älteren Gruppen, die einen längeren regelmäßigen Konsum aufweisen, von diesen Erkrankungen betroffen sind. Dies geht konform mit den Befunden der Studie von Arseneault et al. (Arseneault, L. et al., 2002), die eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer schizophrenen Psychose im Alter von 26 Jahren feststellte, wenn ein regelmäßiger Konsum im Alter von 15 bis 18 Jahren stattgefunden hat. Dieser Effekt ist um so deutlicher, je jünger die Erstkonsumenten sind. Nach Hall und Room (Hall, W et al., 1995) ist der Cannabiskonsum als Stressfaktor bei vorhandener Vulnerabilität zu sehen, der auch den Verlauf der Psychose prognostisch ungünstig beeinflusst. Auch der Konsum bei bereits vorhandener schizophrener Störung führt zu einer Verstärkung der Symptomatik (Hall, W. et al., 1998) und zu häufigeren Rückfällen (Linszen, D. H. et al., 1994). Im akuten Rauschzustand bereits kann Cannabis psychosenahe Erlebnisse hervorrufen (van Os, J. et al., 2002; Verdoux et al., 2003). Die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Patienten sind sämtlich unter 25 Jahre alt und schon in SA (19-21 Jahre) treten schizophrene Psychosen auf. Diese Gruppe hat durchschnittlich bereits 5,6 Jahre Cannabis konsumiert.

Diese Befunde sprechen nicht unbedingt dafür, dass Cannabis Psychosen hervorruft (hiergegen spricht auch, dass es in den letzten Jahren trotz deutlich steigendem Cannabiskonsum nicht zu einem Anstieg der Inzidenz von schizophrenen Psychosen gekommen ist), dass es jedoch den Ausbruch der Erkrankung bei vulnerablen Jugendlichen beschleunigt und den Zeitpunkt des ersten Schubes in ein jüngerer Alter verlegt. Dies würde dazu führen, dass die Krankheitsverläufe länger dauerten, was eine Chronifizierung begünstigte und die Prognose für die Erkrankung deutlich verschlechterte. Für einen Effekt auf den Ausbruch schizophrener Erkrankungen spricht

auch die Beeinflussung verschiedener Transmittersysteme (Dopamin, Serotonin, GABA, etc.) im Gehirn (Wallmichrath, I and Szabo, B, 2004).

Phobische Störungen und sonstige Angststörungen fanden sich, im Gegensatz zu der Studie von Simon et al. (Simon, R et al., 2004), die diese in 37% (Phobien) bzw. in 15% der Fälle fand, nur in 4,3% (Phobien) und 3,2% (sonstige Angststörungen). Sie sind demnach für die untersuchte Gruppe weniger relevant.

5.3.4. Soziodemographie

Legt man die Daten von *JE* zugrunde, so ist im Vergleich zu den Daten des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt, 2005) insgesamt ein etwas höheres Bildungsniveau in dieser Gruppe zu verzeichnen. Möglicherweise sind diese Daten Abbild der Drogenaffinitätsstudie (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004), die zeigt, dass Drogen besonders im Umfeld von weiterführenden Schulen und Universitäten und Berufsschulen angeboten werden.

Dem gegenüber steht, dass jeder Sechste in *PA* bereits eine Schulausbildung abgebrochen hat. In *AD* hat bereits etwa jeder Fünfte eine Lehre oder Schulausbildung abgebrochen. In den älteren Gruppen verstärkt sich dieses Bild noch einmal. In *SA* und *JE* hat etwa die Hälfte eine weiterführende Ausbildung abgebrochen. Cannabis scheint hier einen Einfluss auf die Motivation zu haben. Kandel und Davies (Kandel, D. B. et al., 1996) beschrieben diesen Effekt. Außerdem fand Thomas (Thomas, H., 1996) eine allgemeine Leistungsver schlechterung am Arbeitsplatz bei regelmäßigem Cannabiskonsum. Neben den Problemen am Arbeitsplatz und in der Schule beschrieben Fergusson und Horwood (Fergusson, D. M. et al., 1997) allgemeine Anpassungsprobleme. All diese Ergebnisse werden durch die vorliegende Arbeit bestätigt. Trotz ihres jungen Alters ist zudem in *PA* und *AD* fast jeder Fünfte nicht in Ausbildung. Eben solche Effekte sind auch für *SA* zu erkennen, bei der 56,1% trotz ihres jungen Alters nicht in Ausbildung sind. Diese Befunde können natürlich mehrere Gründe haben. Zum einen ist in den letzten Jahren die Arbeitslosigkeit auch unter den jüngeren Menschen deutlich angestiegen (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2004). Zudem könnte eine mögliche Stigmatisierung der Patienten durch Verwahrlosungstendenzen auf dem Boden des Cannabiskonsums zu einer gehäuften

Ablehnung bei der Bewerbung für eine Arbeitsstelle führen. Es sind diese Befunde allerdings auch als Ausdruck eines „amotivationalen Syndroms“, dessen Existenz auch in der Fachöffentlichkeit kontrovers diskutiert wird, denkbar.

In jedem Fall weisen die Daten auf schwerwiegende soziale Folgen hin, welche auf der Basis des Cannabiskonsums für vulnerable Jugendliche entstehen können, weil die Teilhabe am sozialen Leben (Beruf, Lebenszufriedenheit etc.) eng mit dem erreichten Bildungsstand verknüpft ist (*Linssen R et al., 2002*). Die Folgen für regelmäßige Cannabiskonsumenten sind kaum absehbar.

Ein wichtiger volkswirtschaftlicher Aspekt kommt hinzu, denn jeder Dritte von *SA* und jeder Zweite von *JE* bestreitet seinen Lebensunterhalt mit der Hilfe des Staates in Form von Renten, Arbeitslosenunterstützungen etc. Hoch gerechnet auf die gesamte Bundesrepublik würde dies einen enormen finanziellen Aufwand und dementsprechend die Bekämpfung des Drogenkonsums, bzw. die erfolgreiche Behandlung der Konsumenten eine Erleichterung der Staatskassen bedeuten. Hinzu kommt, dass jeder Achte Einkünfte aus illegalen Tätigkeiten wie z.B. Drogenhandel bezieht, was auch die steigenden Kriminalitätsraten im Zusammenhang mit Cannabis bestätigen (*Bundeskriminalamt, 2004*). Erfolgreiche Präventions- und Therapiemaßnahmen bedeuten daher einen Benefit für Gesellschaft und Staatshaushalt.

Nebenbefundlich lebt ein großer Teil der Konsumenten (mehr als zwei Drittel der Gesamtstichprobe) immer noch bei den Eltern. Selbst in den älteren Altersgruppen ist dies zu beobachten. Sogar in *SA* und *JE* hat nur ein vergleichsweise geringer Satz (*SA* 21,1%, *JE* 43,9%) den Sprung in eine eigene Wohnung geschafft, bezieht man das Durchschnittsalter von etwa 23 Jahren (*JE*) mit in die Überlegung ein.

Auf die Bildung bezogen wäre eine weitere Untersuchung von großem Interesse. Neben dem Bildungsniveau der Cannabiskonsumenten könnte hier dasjenige der Eltern zum Vergleich mit einbezogen werden. Da zu vermuten ist, dass die Kindergeneration ein ähnliches Bildungsniveau hat wie die Elterngeneration, könnte man bei signifikanten Unterschieden in diesem Bereich Rückschlüsse auf die Beeinflussung des Bildungsniveaus durch Cannabiskonsum ziehen.

5.3.5. Soziales Umfeld und Belastungsfaktoren

Die Ablösung vom Elternhaus und der Schritt in ein selbständiges Leben scheint also vielen regelmäßigen Cannabiskonsumenten schwer zu fallen. Noch in *JE* lebt jeder Dritte bei seinen Eltern. Hier haben nur 12,2% eine Partnerschaft. Diese Daten bestätigen die Studie von Shedler und Block (*Shedler, J. and Block, J., 1990*), die den intensiven Cannabiskonsum mit einer deutlichen Verschlechterung der interpersonellen Beziehungen und einer gesteigerten subjektiven Stresswahrnehmung assoziieren. Auch die Ablösung vom Elternhaus und der Aufbau eines eigenständigen Lebens sind mit Stress verbunden. Eine Entwicklungsstufe, der viele Cannabiskonsumenten nicht, oder nur sehr schwer gewachsen sind. Andererseits entsprechen diese Werte jedoch offenbar dem allgemeinen Trend, da nach der Shell-Jugendstudie 2002 (*Linssen R et al., 2002*) rund drei Viertel der Jugendlichen zwischen 12 und 25 Jahren noch bei den Eltern wohnen, während dies nur für 64,9% der vorliegenden Studie gilt.

Die Peer-Gruppe scheint für die Entstehung und die Aufrechterhaltung eines Substanzkonsums eine außerordentliche Rolle besonders in den jüngeren Patientengruppen *PA*, *AD* und *SA* zu spielen. Mehr als ein Drittel der untersuchten Patienten gab einen Substanzkonsum in dieser sozialen Kontaktgruppe an. Diese Daten scheinen die Befunde von Wills und Cleary (*Wills, T. A. et al., 1999*) zu bestätigen, die eine deutliche Beeinflussung des Konsumverhaltens durch die Mitglieder einer Peer-Gruppe fanden. In der älteren Gruppe *JE* spielen andere Konsumenten im sozialen Umfeld eine immer geringere Rolle. Obwohl diese Daten nicht signifikant sind, könnte dies Ausdruck des zunehmenden Abbaus sozialer Kontakte mit zunehmendem Cannabisgebrauch sein.

Nur in geringerem Maße scheint der Substanzkonsum von dem gleichzeitigen Konsum anderer Familienmitglieder beeinflusst zu sein, da Eltern, Geschwister, Großeltern und Partner nicht so häufig als konsumierende Personen genannt werden. Lediglich in den „mehreres trifft zu“- Antworten von 14,6% könnten sich weitere Familienmitglieder verstecken.

Lässt man die Fälle aus, die keinen Konsum von psychotropen Substanzen im sozialen Umfeld angaben, so konsumiert die breite Mehrheit der Sozialkontakte mit 85,7% ebenfalls illegale Substanzen. Nur 14,3% konsumieren „lediglich“ Alkohol. Insgesamt

scheint hier ein Sozialgefüge vorzuliegen, das auf dem Konsum illegaler Substanzen aufbaut und möglicherweise zu einem großen Teil hierdurch zusammengehalten wird.

Die Hauptbelastung der Patienten kommt aus dem Elternhaus. Hier spielen Trennungssituationen, aber auch Streitigkeiten in der Familie, sozialer Status der Familie und Geschwisterrivalität eine Rolle. Möglicherweise ist das Elternhaus aber auch durch den Konsum des Kindes belastet und es kommt in diesem Zusammenhang zu Streitigkeiten oder gar zur Zerrüttung der Familie. Kandel und Davies (*Kandel, D. B. and Davies, M., 1996*) fanden bei regelmäßigen Cannabiskonsumenten mehr familiäre Probleme. Unschlüssig ist jedoch weiterhin, ob die familiäre Problematik durch den Drogenkonsum ausgelöst wird oder umgekehrt der verstärkte Drogenkonsum eine Ursache in der familiären Symptomatik findet. Denkbar ist auch, dass der Cannabisgebrauch zur Erleichterung der familiären Probleme benutzt wird, sozusagen als Mittel für die Flucht in eine andere, bessere Welt. Gleichzeitig ist er wiederum Anlass für weitere Auseinandersetzungen in der Familie, was in einen Teufelskreis führt (*Thomasius, R., 2000*).

„Schule, Arbeit und Beruf“ ist ein weiterer schwerwiegender Problemfaktor. Hier ist jedoch deutlich wahrscheinlicher, dass die Problematik eher durch den Cannabisgebrauch ausgelöst wird, da dieser nach einigen Studien zu verminderten Leistungen in Schule und Beruf (*Kandel, D. B. and Davies, M., 1996; Thomas, H., 1996*) führt. Die Problematik kann also als direkte Folge des Cannabiskonsums gesehen werden.

Ein Drittel der Patienten gibt eine Belastung durch die Peer-Gruppe an. Hier können Rivalitäten, illegale Handlungen oder Auseinandersetzungen eine Rolle spielen. Möglich ist jedoch auch, dass einige Patienten die problematische, den Konsum aufrechterhaltende Struktur in der Peer-Gruppe erkannt haben und aufgrund von eigenem Leidensdruck diesen inzwischen als Problemfaktor ansehen.

Ein Viertel verbindet die Partnerschaft mit einem Problemfaktor. Hier ist sicherlich auch davon auszugehen, dass einige der Patienten keine Partnerschaft finden und darunter leiden. Probleme mit Illegalität, die besonders bei *PA* und *AD* genannt wurden, und der Wohnsituation spielen zwar auch eine Rolle, jedoch eher eine untergeordnete. Besonders *JE* sieht eine belastende Schuldenproblematik. Letzteres ist unter Umständen

auch Ausdruck der sozialen Situation und des geringen eigenen Einkommens als Folge des zunehmenden Cannabiskonsums und wird durch die finanzielle Belastung durch die Sucht zusätzlich verstärkt.

5.3.6. Behandlungsdauer, -intensität und -ergebnis

Die signifikant geringere Eigenmotivation besonders der jungen Gruppen *PA* und *AD* und der etwas geringere Anteil derer, die sich aufgrund symptomatischer Beschwerden vorstellen, lässt den Schluss zu, dass der Leidensdruck in dieser Gruppe noch sehr gering ist. Auch wurde in *PA* ein deutlich niedrigerer Anteil an abhängig konsumierenden Patienten gefunden. Gleichzeitig fällt jedoch den engsten Bezugspersonen offenbar eine Veränderung des Patienten auf, die dazu führt, dass sie sich sorgenvoll mit ihrem Angehörigen in der DAA vorstellen oder ihn dazu drängen, sich selbständig Hilfe zu suchen. Auch niedergelassene Ärzte scheinen die Veränderungen ihrer Patienten wahrzunehmen und überweisen diese in die Behandlung der DAA. Der Leidensdruck war offenbar dagegen in den höheren Altersstufen durchaus stärker, was sich auch dadurch ausdrückt, dass zunehmend weniger auf eine Überweisung durch den Hausarzt gewartet wird und die Vorstellung auf eigene Initiative erfolgt. Möglicherweise ist dies ein weiterer Effekt, der durch die Dauer des regelmäßigen Cannabiskonsums verstärkt wird.

Mit dem Alter und damit in den meisten Fällen mit der Länge der Konsumdauer steigt auch die Behandlungsrate sowohl in ambulanten als auch (teil-) stationären Einrichtungen. Möglicherweise ist dies erneut ein Effekt, der sich durch die Dauer der Exposition mit der Droge erklärt. Eindeutig lässt sich diese Sachlage aus den vorliegenden Daten jedoch nicht klären.

Bei den meisten Patienten der unteren Altersstufen wurde keine Therapie durchgeführt. Dies könnte an der mangelnden Motivation dieser Patienten liegen bzw. der Tatsache, dass einige die Behandlung vorzeitig abbrechen. Wurden Patienten dieser Gruppen jedoch einer Therapie zugeführt, so bestand diese vor allem aus einer Kombination aus Einzel- und Familientherapie, die in den meisten Fällen auch einen deutlichen Effekt hatte, da im weiteren Verlauf ein großer Teil eine gebesserte oder sogar behobene Symptomatik bekundete. Insgesamt ist auch aufgrund der Zahl der Behandlungstermine,

die in allen vier Gruppen keinen signifikanten Unterschied zeigte, davon auszugehen, dass die Therapien für jüngere Patienten nicht wesentlich weniger aufwändig sind als für ältere Altersgruppen. Zwar ist der Anteil derer, bei denen eine Diagnostik ohne Therapie durchgeführt wurde, in den jüngeren Gruppen *PA* und *AD* deutlich höher, wurden sie jedoch weiter behandelt, brachen sie die Behandlung nicht so häufig ab, wie die Patienten der älteren Gruppen, von denen jeweils weit mehr als ein Drittel vorzeitig aus der Therapie ausschied.

Die Effektivität der Behandlung lässt sich für die vorliegende Stichprobe nicht näher prüfen, da Daten einer entsprechend nach Entwicklungsalter differenzierten Vergleichsgruppe nicht vorliegen. In diesem Zusammenhang lässt sich allerdings auf Sack et al. (Sack, *PM et al.*, 2005) verweisen, welche alle in 2003 behandelten Cannabis- und Mischkonsumpatienten der DAA (darin enthalten auch die vorliegende Stichprobe) mit bundesweiten Daten vergleichen. Danach hatte der Behandlungserfolg bei den Cannabisklienten der DAA auf intent-to-treat-Basis ohne die Konsultationsfälle und ohne „missing-data-Fälle“ („keine Angaben möglich“) eine Quote „gebessert bzw. behoben“ von 63%. Dieser Wert steht im Vergleich zu den bundesdeutschen Daten (dargestellt in Sonntag, *D and Welsch, K*, 2004; dortige Tabelle 6.9, S26), die eine Quote von 62% ergaben.

5.4. Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die breite Mehrheit der behandelten Cannabiskonsumenten auf dem Boden einer höheren Vulnerabilität im Rahmen des Cannabiskonsums schwere Störungen entwickeln können. Bei den jüngeren Konsumenten sind dies vor allem Verhaltens- und emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters. Die Art der komorbiden Störungen und ihr Einsetzen (nach Literaturlage liegen erste Auffälligkeiten hier noch vor dem Zeitraum beginnenden Konsums psychoaktiver Substanzen) können im Sinne der Selbstmedikationshypothese verstanden werden. Im weiteren Verlauf der Suchterkrankung jedoch können sich ausdifferenzierte gravierende Störungen der psychischen Gesundheit (z.B. affektive Störungen) ergeben, welche erst nach längerem regelmäßigem Cannabiskonsum

auftreten und die Notwendigkeit einer weiteren längerfristigen psychiatrischen Behandlung nach sich ziehen.

Die Öffentlichkeit neigt immer noch zu einer Verharmlosung des Cannabiskonsums, da viele Eltern bereits selbst folgenlose Erfahrungen mit der Droge gemacht haben (*Simon, R et al., 2004*). Zusätzlich ist jedoch eine deutliche Zunahme des THC-Gehaltes in den Cannabispflanzen zu verzeichnen, die zu einer stärkeren psychotropen Wirkung bei gleicher Konsummenge führt.

In der Adoleszenz scheint hinzuzukommen, dass das noch nicht komplett ausdifferenzierte Gehirn für THC besonders empfänglich ist und die Droge zu einer Beeinflussung vieler Stoffwechselprozesse führt und somit zur Entwicklung schwerer psychischer Störungen, ähnlich denen, die bei polytoxikoman Konsumierenden beobachtet werden (*Sack, PM et al., 2005*). Je jünger der Konsument also bei regelmäßigem Konsum ist, um so größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass im Verlauf eine schwere psychische Störung manifest wird.

5.5. Praktische Konsequenzen

Jedes Jahr im Leben eines Jugendlichen unserer Zeit, in dem dieser keinen Cannabismisbrauch betreibt, ist sowohl individuell als auch volkswirtschaftlich gesehen ein gewonnenes Jahr. Dabei rückt der volkswirtschaftliche bzw. gesundheitspolitische Aspekt immer mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit. Einsparungen sind für das Gesundheitssystem heute wichtige Schritte, jedoch sollten diese nicht am falschen Ende durchgeführt werden. Für diejenigen, die die Zukunft unserer Gesellschaft bilden, sollten die möglichen Anstrengungen unternommen werden. Hier sollte Aufklärung über die Wirkungen, Nebenwirkungen und den Gebrauch von Drogen stattfinden und auch zunehmend gefördert werden. Eine politische Diskussion über die Legalisierung dieser Droge sollte auf der Basis aller wissenschaftlichen Ergebnisse in diesem Bereich kontrovers geführt werden, um die Gefahr für die Jugend so gering wie möglich zu halten.

Hierzu braucht es eine differenzierte Vernetzung vorhandener Behandlungsangebote und deren bedarfsorientierten Ausbau mit besonderer Berücksichtigung der Familie, da auch cannabisbezogene Störungen einen großen Behandlungsaufwand nach sich ziehen.

5.6. Limitationen

Die vorliegende Arbeit bezieht sich allein auf solche Cannabiskonsumenten, die in einer Hilfeinrichtung Unterstützung suchen, dementsprechend eine gewisse Eigenmotivation und Krankheitseinsicht mitbringen. Es ist dies eine selektierte Gruppe von Patienten, so dass die Ergebnisse keine Rückschlüsse auf die breite Masse der Cannabiskonsumenten zulassen. Sie gelten allein für solche Cannabiskonsumenten, die um Behandlung nachfragen.

Es wurde keine weitere Unterteilung in Gruppen vorgenommen, die auch das Ausmaß des Konsums (Intensität, Chronifizierung etc.) mit berücksichtigt hätte.

6. Zusammenfassung

Fragestellung: Vor dem Hintergrund zunehmenden Cannabiskonsums bei Jugendlichen in der BRD befasst sich die hier vorgelegte Beobachtungsstudie mit Komorbidität, psychosozialen Belastungen, Behandlungsintensität und Behandlungsergebnissen von abhängig und schädlich cannabiskonsumierenden Jugendlichen. Es wird erwartet, dass bereits jüngere Cannabispatienten auf Grund ihrer Symptomatik ein ähnlich hohes Maß an qualifizierter therapeutischer Aufmerksamkeit erfordern können wie solche mit protrahierteren Verläufen.

Methode: In der Drogenambulanz eines Universitätsklinikums wurden sekundär-prospektiv von zwei Codierern die Behandlungsdaten des Jahres 2003 von N=185 Cannabispatienten im Alter von 13-25 Jahren erhoben. Die Behandlungsdaten der vier nach entwicklungspsychiatrischen Kriterien getrennten Altersgruppen [13-16 (*PA*), 17-18 (*AD*), 19-21 (*SA*) und 22-25 (*JE*) Jahre] wurden v.a. non-parametrisch geprüft, wobei im Sinne der H_0 kaum überzufällige Unterschiede erwartet wurden.

Resultate: Alle Patienten erfüllten die ICD-10-Kriterien für einen schädlichen Gebrauch von Cannabis bzw. für eine Abhängigkeit, *PA* wiesen erwartungsgemäß den niedrigsten Prozentsatz an Cannabisabhängigkeit auf, *JE* waren bei ihrem Erstkonsum geringfügig älter (≈ 14.5 Jahre) als die anderen (< 14 Jahre). Bei 93% der Stichprobe wurde neben ihrer cannabisbezogenen Störung auch eine komorbide psychiatrische Störung diagnostiziert. Erwartungsgemäß zeigten sich bzgl. der Komorbidität keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen, d.h. komorbide Störungen lagen bereits in frühem Konsumstadium vor. Qua Inspektion lag der Fokus in *PA* und *AD* besonders in den Störungen des Sozialverhaltens und den emotionalen Störungen des Kindesalters, in *SA* und *JE* dagegen besonders bei den affektiven und den Persönlichkeitsstörungen. Abgebrochene Ausbildungen sind v.a. in den beiden älteren Gruppen *SA* und *JE* zu finden, diese beiden Gruppen haben auch eine signifikant höhere Eigenmotivation zu einer Behandlung. Die Zahl der Behandlungstermine (als Indikator für den erforderlichen Behandlungsaufwand) war in allen vier Gruppen ähnlich. In den niedrigeren Altersstufen endete weniger als die Hälfte der Behandlungen „gebessert“

(Behandlerrating), bei den älteren Altersgruppen mehr als die Hälfte (Unterschiede statistisch nicht-signifikant).

Limitation: Die untersuchte Stichprobe besteht aus einer hochselektierten Gruppe von Cannabiskonsumenten mit Symptombelastung, Behandlungsmotivation und Krankheitseinsicht.

Schlussfolgerungen: Frühinterventionen bei jüngeren Cannabispatienten scheinen vor dem Hintergrund altersspezifischer Hirnreifungsprozesse (derzeit am endogenen Cannabinoidsystem diskutiert) aus kurativer Sicht geboten. Nicht nur behandelnde Einrichtungen sollten zunehmend Unterstützung finden, sondern auch primär und sekundär präventive Maßnahmen wie z.B. die Aufklärung in den Schulen. Weitere differenzierte Studien zu komorbiden Störungen bei Cannabisabhängigkeit sind notwendig.

7. Literaturverzeichnis

- Adams, IB and Martin, BR (1996) Cannabis: pharmacology and toxicology in animals and humans, *Addiction* 91(11):1585-1614
- Arseneault, L., Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, and Moffitt TE(2002) Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study, *BMJ*. 325(7374):1212-1213
- Bartholomäus U, Deselaers K, Gude H, Lochmann P, Mayer KM, Plewina U, and Röll T(2004), Grundkurs in Trinken, Rauchen und Kiffen, FOCUS 41:54-66
- Baumgärtner T (2004) Rauschmittelkonsumerfahrung der hamburger jugendlichen und jungen Erwachsenen 2004, Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln, Hamburger Schulbus, Hamburg: Büro für Suchtprävention, im Auftrag der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit und der Behörde für Bildung und Sport der freien und Hansestadt Hamburg.
- Bonnet U, Harries-Hedder K, Leweke FM, Schneider U, and Tossmann P (2004) AWMF-guideline: disorders related to cannabis, *Fortschr.Neurol.Psychiatr.* 72(6):318-329
- Bortz J and Döring N (2003) Forschungsmethoden und Evaluation, 3. Auflage Berlin: Springer Verlag
- Bovasso GB (2001) Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms, *Am.J.Psychiatry* 158(12):2033-2037
- Bronfenbrenner U and Morris PA (1998) The ecology of developmental processes. In: Damon W, Lerner RM (Eds.) Handbook of child psychology Vol.1. Theoretical models of human development (5th ed.), 993-1028 New York NY: Wiley.
- Buchner A, Faul F, and Erdfelder E (1996) G^oPower: a priori, post-hoc, and compromise power analyses for the Macintosh (Version 2.1.1). Computer Software., Trier: Trier Universität
- Budney AJ, Novy PL, and Hughes JR. (1999) Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence, *Addiction* 94(9):1311-1322
- Bundeskriminalamt (2002) Rauschgiftjahresbericht 2002, Wiesbaden: Bundeskriminalamt OA 21 - Lagezentrale Rauschgift
- Bundeskriminalamt (2004) Bundeslagebild Rauschgift 2003, Wiesbaden: Bundeskriminalamt, OA 21 - Lagezentrale Rauschgift

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004, Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, Teilband illegale Drogen Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat 2-25, Ostmerheimerstr. 220
- Caspers-Merk M, Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2004) Drogen- und Suchtbericht 2004, *Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung* Berlin: Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland
- Dennis M, Babor TF, Roebuck MC, and Donaldson J (2002) Changing the focus: the case for recognizing and treating cannabis use disorders, *Addiction* 97(Suppl 1):4-15
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2005a) Basisinformationen Cannabis, Version 1.40.09.04 Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2005b) Die Sucht und ihre Stoffe, 6: Cannabis, Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe, Version 1.40.09.04 Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Dilling H, Mombour W, and Schmidt MH (1999) Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10), Kapitel V (F), klinisch diagnostische Leitlinien, (3. Auflage): Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Duwe A, Schumann J, and Küfner H (2001) Deviantes Verhalten und späterer Drogenkonsum, *Suchtmed* 3:73-82
- ElSohly MA, Ross SA, Mehmedic Z, Arafat R, Yi B, and Banahan BF (2000) Potency trends of delta9-THC and other cannabinoids in confiscated marijuana from 1980-1997, *J.Forensic Sci.* 45(1):24-30
- Farnsworth NR (1969) Pharmacognosy and chemistry of "cannabis sativa", *J.Am.Pharm.Assoc.* 9(8):410-414
- Fassl H (1999) Einführung in die medizinische Statistik, Heidelberg: Barth.
- Fergusson DM and Horwood LJ (1997) Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults, *Addiction* 92(3):279-296
- Fergusson DM, Horwood LJ, and Swain-Campbell NR (2003) Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people, *Psychol.Med.* 33(1):15-21
- First M and Tasman A (2004) DSM IV, Mental Disorders, Diagnosis, Etiology and Treatment, New York, NY: Wiley
- Geis A (1992) Computergestützte Inhaltsanalyse - Hilfe oder Hinterhalt? In: Züll C, Mohler PP (Hrsg.) Textanalyse. Anwendung zur computergestützten Inhaltsanalyse, S. 7-32; Opladen: Westdeutscher Verlag

- Gerard CM, Mollereau C, Vassart G, and Parmentier M (1991) Molecular cloning of a human cannabinoid receptor which is also expressed in testis, *Biochem.J.* 279(Pt 1):129-134
- Grant BF and Pickering R (1998) The relationship between cannabis use and DSM-IV cannabis abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey, *J.Subst.Abuse* 10(3):255-264
- Grotenhermen F (2001) Cannabis und Cannabinoide, 1. Auflage Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Grotenhermen F and Saller R (1999) Cannabis and cannabinoids in medicine, *Forsch.Komplementarmed.* 6(Suppl 3):1-2
- Hall W and Room R (1995) A comparative appraisal of the health and psychological consequences of alcohol, cannabis, nicotine and opiate use. Background paper prepared for the WHO project "Cannabis: a health perspective and research agenda"., *Meeting on health implications of cannabis use* 22-24 May, Geneva
- Hall W and Solowij N (1998) Adverse effects of cannabis, *Lancet* 352(9140):1611-1616
- Haney M, Ward AS, Comer SD, Foltin RW, and Fischman MW (1999a) Abstinence symptoms following oral THC administration to humans, *Psychopharmacology (Berl.)* 141(4):385-394
- Haney M, Ward AS, Comer SD, Foltin RW, and Fischman MW (1999b) Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans, *Psychopharmacology (Berl.)* 141(4):395-404
- Hawkins JD, Catalano RF, and Miller JY (1992) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention., *Psychological Bulletin* 112:64-105
- Höfler M, Lieb R, Perkonig A, Schuster P, Sonntag H, and Wittchen HU (1999) Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors, *Addiction* 94(11):1679-1694
- Hollister LE (1986) Health aspects of cannabis, *Pharmacol.Rev.* 38(1):1-20
- Johns A (2001) Psychiatric effects of cannabis, *Br.J.Psychiatry* 178:116-122
- Kandel DB and Davies M (1996) High school students who use crack and other drugs, *Arch.Gen.Psychiatry* 53(1):71-80
- Kapfhammer HP (1995) Psychosoziale Entwicklung im jungen Erwachsenenalter., Berlin: Springer

- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Kolody B, Merikangas KR, Molnar BE, Vega WA, Walters EE, Wittchen HU, and Ustun TB (2001) Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys (English), *Psychiatria fennica* 32(2):62-79
- King LA, Carpentier C, and Griffiths P (2004) EMCDDA insights, an overview of cannabis potency in Europe, Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Office of Official publications of the European Communities
- Kleiber D and Kovar KA (1998a) Auswirkungen des Cannabiskonsums, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Kleiber D and Soellner R (1998b) Cannabiskonsum in der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Einflussfaktoren, Weinheim: Juventa
- Kouri EM, Pope HG Jr, and Lukas SE (1999) Changes in aggressive behavior during withdrawal from long-term marijuana use, *Psychopharmacology (Berl.)* 143(3):302-308
- Lamnek S (1995) Qualitative Sozialforschung. Bd. 2 Methoden und Techniken (3., korr. Aufl.), Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion
- Lerner RM (2004) A Developmental Contextual View of Human Development. o.J. (on-line Juli 2004), <http://gator.uhd.edu/~williams/child/Lerner.htm>
- Leurs R, Meyer C, Neumann C, Schmidt C, and Ulrich A (2004) Ein Joint für die große Pause, *DER SPIEGEL* 27:70-80
- Linssen R, Leven I, Hurrelmann K (2002) Wachsende Ungleichheit der Zukunftschancen? Familie, Schule und Freizeit als Jugendliche Lebenswelten In: Hurrelmann K, Albert M (Hrsg.) (2002) Jugend 2002, 14. Shell Jugendstudie S. 53-90 Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Linszen DH, Dingemans PM, and Lenior ME (1994) Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders, *Arch.Gen.Psychiatry* 51(4):273-279
- Lynskey MT, Glowinski AL, Todorov AA, Bucholz KK, Madden PA, Nelson EC, Statham DJ, Martin NG, and Heath AC (2004) Major depressive disorder, suicidal ideation, and suicide attempt in twins discordant for cannabis dependence and early-onset cannabis use, *Arch.Gen.Psychiatry* 61(10):1026-1032
- Lynskey MT, Heath AC, Nelson EC, Bucholz KK, Madden PA, Slutske WS, Statham DJ, and Martin NG (2002) Genetic and environmental contributions to cannabis dependence in a national young adult twin sample, *Psychol.Med.* 32(2):195-207

- McGee R, Williams S, Poulton R, and Moffitt T (2000) A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood, *Addiction* 95(4):491-503
- Merten K (1983) Inhaltsanalyse. Einführung in Theorie, Methode und Praxis., Opladen: Westdeutscher Verlag
- Munro S, Thomas KL, and Abu-Shaar M (1993) Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids, *Nature* 365(6441):61-65
- O'Shaugnessy WB (1838) On the preparations of indian hemp, or Gunjah, Transactions of the Medical and Physical Society of Bengal (1838-40), 421-461. Reprint 1973 in: Mikuriya TH, ed. Marijuana: Medical papers 1839-1972. Oakland: Medi-Comp Press.
- Parnefjord R (2001) Das Drogentaschenbuch, (3. unveränderte Auflage): Stuttgart: Thieme
- Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, and Hall W (2002) Cannabis use and mental health in young people: cohort study, *BMJ*. 325(7374):1195-1198
- Perkonig A, Lieb R, Hofler M, Schuster P, Sonntag H, and Wittchen HU (1999) Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents, *Addiction* 94(11):1663-1678
- Rodriguez de Fonseca, Ramos JA, Bonnin A, and Fernandez-Ruiz JJ (1993) Presence of cannabinoid binding sites in the brain from early postnatal ages, *Neuroreport*. 4(2):135-138
- Sack PM, Küstner UJ, Ott K, Jäger C, and Thomasius R (2005) Vergleich der Komorbidität von Cannabis- und Mischkonsumenten in Behandlung, *Sucht* 51(4):240-249
- Schaub M, Rossler W, and Stohler R (2004) Cannabis and psychosis-a review, *Schweiz.Rundsch.Med.Prax.* 93(23):997-1002
- Scheithauer H, Mehren F, and Petermann F (2003) Entwicklungsorientierte Prävention von aggressiv-dissozialem Verhalten und Substanzmißbrauch., *Kindheit und Entwicklung* 12:84-90
- Schultes RE, Klein WM, Plowman T, Lockwood TE (1974) Cannabis: An example of taxonomic neglect., *Botanical Museum Leaflets* 23(9):337-364, Harvard University
- Shedler J and Block J (1990) Adolescent drug use and psychological health. A longitudinal inquiry, *Am.Psychol.* 45(5):612-630

- Siegel S (1956) Nonparametric statistics for the behavioral sciences., New York, NY: McGrawHill
- Simon R, Sonntag D, Bühringer G, and Kraus L (2004) Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland, Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, <http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/F318>
- Small E, Jui PY, and Lefkovitch LP (1976) A numerical taxonomic analysis of Cannabis (marijuana) with special reference to species delimitation, *Systematic Botany* 1(1):67-84
- Smith NT (2002) A review of the published literature into cannabis withdrawal symptoms in human users, *Addiction* 97(6):621-632
- Sonntag D and Welsch K (2004) Deutsche Suchthilfestatistik für ambulante Einrichtungen, *Sucht* 50(Sonderheft 1):6-31
- SPSS Inc. (1995) SPSS for Macintosh 6.1.1. (Computer Software), Chicago, IL: Superior Performance Software Systems Inc.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2004) Online Datenbank, Werte der Erhebung vom Jahrgang 2002/2003 <http://www.destatis.de>; Wiesbaden: Statistisches Bundesamt Deutschland
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2005) On-line-Statistiken zu Bildung und Kultur in Deutschland, <http://www.destatis.de>, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt Deutschland
- Stefanis NC, Delespaul P, Henquet C, Bakoula C, Stefanis CN, and van Os J (2004) Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis, *Addiction* 99(10):1333-1341
- Strike CJ, Urbanoski KA, and Rush BR (2003) Who seeks treatment for cannabis-related problems?, *Can.J.Public Health* 94(5):351-354
- Täschner KL (2004) Cannabisbezogene Störungen: ein zentrales Thema der nächsten Jahre?, *Sucht* 50(5):288-289
- Thomas H (1996) A community survey of adverse effects of cannabis use, *Drug Alcohol Depend.* 42(3):201-207
- Thomasius R (Hrsg.) (2004) Familientherapeutische Frühbehandlung des Drogenmissbrauchs. Eine Studie zu Therapieeffekten und -prozessen., Hamburg: Dr. Kovac
- Thomasius R (2000) Interpersonelle Aspekte der Suchterkrankungen, In: *Thomasius R (Hrsg.), Psychotherapie der Suchterkrankungen*, 71-89, Stuttgart: Thieme

- Thomasius R, Jung M, and Schulte-Markwort M (2003) Suchtstörungen. In : Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (Hrsg.) *Entwicklungspsychiatrie*, 693-726, Stuttgart: Schattauer
- Tretter F and Müller A (Hrsg.) (2001) *Psychologische Therapie der Sucht*, Göttingen: Hogrefe
- Troisi A, Pasini A, Saracco M, and Spalletta G (1998) Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs, *Addiction* 93(4):487-492
- van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, and Verdoux H (2002) Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study, *Am.J.Epidemiol.* 156(4):319-327
- Verdoux H, Gindre C, Sorbara F, Tournier M, and Swendsen JD (2003) Effects of cannabis and psychosis vulnerability in daily life: an experience sampling test study, *Psychol.Med.* 33(1):23-32
- von Sydow K, Lieb R, Pfister H, Hofler M, Sonntag H, and Wittchen HU (2001) The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: a longitudinal community study of adolescents and young adults, *Drug Alcohol Depend* 64(3):347-361
- Wallmichrath I and Szabo B (2004) Cannabinoide und neuronale Signalübertragung, *Sucht* 50(5):297-308
- Welsch K (2002) Jahresstatistik 2001 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland, *Sucht* 48(Sonderheft 1):7-56
- Welsch K and Sonntag D (2003) Jahresstatistik 2002 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland, *Sucht* 49(Sonderheft 1):7-41
- White HR, Xie M, Thompson W, Loeber R, and Stouthamer-Loeber M (2001) Psychopathology as a predictor of adolescent drug use trajectories, *Psychol.Addict.Behav.* 15(3):210-218
- Wiesbeck GA, Schuckit MA, Kalmijn JA, Tipp JE, Bucholz KK, and Smith TL (1996) An evaluation of the history of a marijuana withdrawal syndrome in a large population, *Addiction* 91(10):1469-1478
- Wills TA and Cleary SD (1999) Peer and adolescent substance use among 6th-9th graders: latent growth analyses of influence versus selection mechanisms, *Health Psychol.* 18(5):453-463
- Wirtz M and Caspar F (2002) *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität.*, Göttingen: Hogrefe

8. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle	Seite
1 Sichergestellte Menge an Haschisch und Marihuana (in kg) zwischen 1994 und 2003	9
2 Koeffizienten der Übereinstimmung und der Realibilität für 2 Codierer je nach Themenbereich des Codierbogens und insgesamt	25
3 Art des Behandlungsendes	27
4 Verteilung von psychiatrisch-komorbiden Diagnosen (psychische und Verhaltensstörungen nach ICD-10) bei n=185 betreuten Cannabis konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen	29
5 Verteilung von nach ICD-10 diagnostizierten Problemfaktoren (sog. Belastungs- oder Z-Diagnosen) bei n=185 betreuten Cannabis- (THC) Jugendlichen und jungen Erwachsenen	34
6 Schulabschlüsse	35
7 Abgebrochene Ausbildungen	36
8 Derzeit in Ausbildung	36
9 Einkommen	37
10 Sonstige Einkünfte	37
11 Wohnsituation	38
12 Bezugspersonen / Partner	39
13 Personen mit Substanzgebrauch im Umfeld des Patienten	40
14 Verwendete Substanzen der Personen mit Substanzgebrauch im sozialen Umfeld der Patienten	40
15 Belastungsfaktoren	41
16 Vorstellungsgründe zur Therapie	43
17 a+b Ambulante und (teil-) stationäre Vorbehandlungen	44
18 Behandlungssetting	45
19 Art des Behandlungsendes	46
20 EBIS-Graduierung	47
21 Behandlungsstatus	48
22 a-c Cannabis: Konsumtage, Konsummenge und Alter des Erstkonsums	50

Tabelle	Seite
23 a-c Tabak: Konsumtage, Konsummenge und Alter des Erstkonsums	51
24 a-c Alkohol: Konsumtage, Konsummenge und Alter des Erstkonsums	52
25 Opiate: Alter des Erstkonsums	52
26 Sedativa: Alter des Erstkonsums	53
27 Kokain: Alter des Erstkonsums	53
28 Designerdrogen: Alter des Erstkonsums	53
29 Amphetamine: Alter des Erstkonsums	54
30 Halluzinogene: Alter des Erstkonsums	54
31 Inhalantien: Alter des Erstkonsums	54

Abbildungen	Seite
1 THC-Gehalt in sichergestellten Proben von Haschisch im europäischen Vergleich	6
2 THC-Gehalt in sichergestellten Proben von Marihuana im europäischen Vergleich	7
3 Vom Bundeskriminalamt erfasste Delikte der Jahre 1994-2003 dargestellt nach Drogenart	9
4 Geschlechterverteilung der Stichprobe	21
5 Konsummuster (schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Cannabinoiden) und deren Verteilung in den vier Gruppen	28

Name	Geburtsjahr	
Geschlecht	männlich = 1	weiblich = 2
Nationalität	deutsch = 1	andere EU-Nationalität = 2

Behandler-„Typ“: KJP-Arzt = 1 PsyPTh = 2 Ärztl. PTh = 3

Suchtanamnese

1) ICD-10 Sucht

--	--	--	--

2) ICD-10 komorbid-psychiatrisch und „Z-Diagnosen“

(für die Akte): Datum des Dokuments mit der Diagnosestellung _____

3) Untersuchungsgruppe

Cannabis = 1	Polytox = 2	Sonstige = 3
--------------	-------------	--------------

Soziodemografie

Ausbildung

4) erreichter Abschluss

1 ohne	2 Sonder	3 Haupt	4 Real
5 (Fach-)Abitur	6 Uni, TH, FH	7 unbekannt	

5) abgebrochene Ausbildung?

1 – nein –	2 Lehre	3 Sonder	4 Haupt
5 Real	6 (Fach-)Abitur	7 Uni, TH, FH	

6) derzeit in Ausbildung?

1 – nein –	2 Lehre	3 Sonder	4 Haupt
5 Real	6 (Fach-)Abitur	7 Uni, TH, FH	

7) Einkommen

1 eigenes, fest	2 eigenes, sporadisch		
3 Eltern	4 PartnerIn	5 Arbeitslosen-, Krankengeld, Rente....	

8) sonstiges Einkommen

1 nein	2 Prostitution	3 durch Straftaten
4 ja, aber Herkunft unklar		

9) Wohnen

1 bei Eltern / bei Elternteil	2 WG mit Peers / in Jugendwohnung	3 eigene Wohnung
4 ohne festen Wohnsitz		

Soziales Umfeld

10) Partnerschaft / Bezugspersonen

1 bei den Eltern	2 allein lebend	3 mit PartnerIn
4 getrennt lebend	5 mit Peers	(z.B. in WG)

11) eigene Kinder? 0 1 2 3**12) bedeutsame Personen mit Substanzgebrauchs-Problematik**

1 – keine –	2 Elternteil(e)	3 Geschwister	4 PartnerIn
5 Peers	6 Großeltern	7 mehreres trifft zu	

13) hauptsächliche Substanz dieser Person(en)

1 Alkohol	2 illegale Droge(n)	3 Substitutionsmittel
-----------	---------------------	-----------------------

Probleme / Belastungen (Def.)

von Pat benannte Problembereiche / Belastungen

14)	Elternhaus	ja = 1	nein = 2
15)	Freundschaft (Peers)	ja = 1	nein = 2
16)	Partnerschaft	ja = 1	nein = 2
17)	Ausbildung / Beruf	ja = 1	nein = 2
18)	Schulden	ja = 1	nein = 2
19)	Wohnsituation	ja = 1	nein = 2
20)	Justiz / Legalität	ja = 1	nein = 2
21)	sonstige	ja = 1	nein = 2

22) Arrest / Jugendstrafen / Vorstrafen / Auflagen

1 – nein –	2 einmalig	3 mehrmals	
------------	------------	------------	--

Def:= jede vom Behandler vermerkte Belastung ist bedeutsam
--

Behandlungsverlauf

Vorstellungsgrund

23) eigener Wunsch nach Behandlung	1 = ja	2 = nein
24) (Klagen über) Symptombelastung	1 = ja	2 = nein
25) Druck von außen: Eltern/Betreuer	1 = ja	2 = nein
26) Druck von außen: Polizei/Justiz	1 = ja	2 = nein

27) Überweisung — formal durch...

1 nicht formal	2 Schule, Arbeitgeber, Soz.amt	3 Niedergelassen Mediziner	4 Niedergelassen Psychologen
----------------	--------------------------------	----------------------------	------------------------------

„Woher kennt Pat die DAA?“

1 ohne Angabe	2 Schule	3 Ausbilder, Vorgesetzter	4 aus Radio / TV
5 „Tipp“ / Peers	6 Tagespresse	7 Magazin, Journal (Print)	8 Internet
9 Branchenbuch, Telefonbuch	10 Mediziner, niedergelassen	11 Psychologe, niedergelassen	12 Ämter
13 Beratungsstellen	14 Eltern	15 Kliniken	16 therapeutische Einrichtungen
17 Infomaterial Der DAA			

28) Ambulante Vorbehandlungen

1 keine	2 1–2	3 mehrere
wegen Substanzkonsum?	1 = ja 2 = nein	

29) (teil-)stationäre Vorbehandlungen

1 keine	2 1–2	3 mehrere
Wegen Substanzkonsum?	1 = ja 2 = nein	

30) Behandlungs-Termine FACE-to-FACE (= wie oft vorstellig?)

Anzahl Termine:	Terminausfälle:	Drogen-screensings:
-----------------	-----------------	---------------------

31) Telefonische Termine (ab 15 min) _____

32) Behandlungs-Setting

1 keine Therapie (Def!)	2 Einzel	3 Gruppe
4 einzel + Familie	5 einzel + Gruppe	

Def:=	nur 1 Termin	= Konsultations-Anliegen von Pat
	1–3 Termine	= Diagnostik-Anliegen von Pat
	1–5 Termine	= Motivations-Therapie
	5 und mehr	= Therapie

Ergebnis — Stand — Beurteilung

33) Art des Behandlungsendes

- | | |
|---|--|
| 1 | Konsultation beendet (nur 1 Termin) |
| 2 | Diagnostik beendet (2–3 Termine), keine Therapie |
| 3 | Diagnostik beendet (2–3 Termine), Weitervermittlung niedergelassen |
| 4 | Diagnostik beendet (2–3 Termine), Weitervermittlung stationär |
| 5 | Therapie regulär beendet (3 Termine plus...) |
| 6 | Therapie irregulär abgebrochen (3 Termine plus...) |
| 7 | läuft bis in 2004 hinein |

Störung(s) insgesamt... (sog. EBIS-Kriterien = **NICHT** in den Unterlagen)

1	unverändert	2	gebessert	3	abstinenter / behoben	4	Aussage nicht möglich
---	-------------	---	-----------	---	--------------------------	---	--------------------------

34) Behandlungs-Status

aus 2002 übernommen	1 = ja	2 = nein
in 2003 begonnen und beendet	1 = ja	2 = nein
läuft bis in 2004 hinein	1 = ja	2 = nein

35) Behandlungs-Episoden INNERHALB 2003

Hatte mehrere Episoden?	1 = ja	2 = nein
Anzahl Episoden	1	Dauer _____ Wochen
	2	Dauer _____ Wochen
	3	Dauer _____ Wochen
	4	Dauer _____ Wochen

Def:= zwischen 2 Behandlungsepisoden liegen ca. 4 Monate

Substanzgebrauch — aktuell (*)

	Stoff		Tage pro Woche #	Menge	Erstalter
36	Alkohol	g			
37	Tabak	Stck			
38	Opioide	g			
39	Opioide i.V.			ja = 1 nein = 2	
40	Cannabinoide	g			
41	Sedativa	mg			
42	Kokain	g			
43	Designerdrogen	P			
44	Amphetamine	g			
45	Halluzinogene	µg			
46	Inhalanzien				
47	Substitutionsmittel	ml/mg			

42 = Kokain, Crack

43 = v.a. Ecstasy

44 = Amphetamine, Speed

(*)Def:=	auch wenn „seit 1 Woche clean“ etc. maßgeblich ist die Eintragung durch BehandlerIn
#	= bitte mit max. 7 angeben (weitere Umrechnungen per EDV)

9.2. Diagnoseschlüssel

Die Diagnosen wurden nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (zusammengefasst nach ICD-10, Kapitel V (F)(Dilling, H et al., 1999)) gestellt. Aufgeführt sind lediglich diejenigen Diagnosen, die in der vorliegenden Dissertation zur Anwendung kamen.

F12: Cannabinoid assoziierte Störungen

F20: Schizophrenie (darunter paranoide Schizophrenie, hebephrene Schizophrenie, katatone Schizophrenie, undifferenzierte Schizophrenie, postschizophrene Depression, schizophrenes Residuum, Schizophrenia simplex, sonstige Schizophrenie, nicht näher bezeichnete Schizophrenie)

F31: bipolare affektive Störung (darunter hypomanisch, manisch ohne psychotische Symptome, manisch mit psychotischen Symptomen, leichte oder mittelgradige depressive Episode, schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, gemischte Episode, remittiert, sonstige bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnete bipolare affektive Störung)

F32: depressive Episoden (darunter leichte Episode, mittelschwere Episode, schwere Episode ohne psychotische Symptome, schwere Episode mit psychotischen Symptomen, sonstige depressive Episode, nicht näher bezeichnete depressive Episode)

F33: rezidivierende depressive Störung (darunter leichte Episode, mittelgradige Episode, schwere Episode ohne psychotische Symptome, schwere Episode mit psychotischen Symptomen, remittiert, sonstige rezidivierende depressive Episode, nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Episode)

F34: Zykllothymia, Dysthymia, sonstige anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnete anhaltende affektive Störung

F40: phobische Störung (darunter Agoraphobie ohne und mit Panikstörung, soziale Phobie, spezifische (isolierte) Phobien, sonstige phobische Störungen, nicht näher bezeichnete phobische Störung)

F41: sonstige Angststörung (darunter Panikstörung, generalisierte Angststörung, Angst und depressive Störung gemischt, sonstige gemischte Angststörung, sonstige näher bezeichnete Angststörung, nicht näher bezeichnete Angststörung)

F42: Zwangsstörungen (darunter mit vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang, mit vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale), Zwangsgedanken- und Handlungen gemischt, sonstige Zwangsstörungen, nicht näher bezeichnete Zwangsstörungen)

F43: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (darunter akute Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastungen)

F44: dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) (darunter dissoziative Amnesie, dissoziative Fugue, dissoziativer Stupor, Trance und Besessenheitszustände, dissoziative Bewegungsstörungen, dissoziative Krampfanfälle, dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, dissoziative Störungen gemischt, sonstige dissoziative Störungen, nicht näher bezeichnete dissoziative Störung)

F45: somatoforme Störungen (darunter Somatisierungsstörung, undifferenzierte Somatisierungsstörung, hypochondrische Störung, somatoforme autonome Funktionsstörung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, sonstige somatoforme Störungen, nicht näher bezeichnete somatoforme Störung)

F50: Essstörungen (darunter Anorexia nervosa, atypische Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, atypische Bulimia nervosa, Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen,

Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen, sonstige Essstörungen, nicht näher bezeichnete Essstörung)

F60: spezifische Persönlichkeitsstörungen (darunter paranoide, schizoide, dissoziale, emotional instabile, histrionische, anankastische, ängstlich-vermeidende und abhängige Persönlichkeitsstörung, sonstige näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen, nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung)

F61: kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen (darunter kombinierte Persönlichkeitsstörungen und störende Persönlichkeitsveränderungen)

F63: abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (darunter pathologisches Glücksspiel, Pyromanie, Kleptomanie, Trichotillomanie, sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnete abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle)

F70: leichte Intelligenzminderung

F81: umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (darunter Lese- und Rechtschreibstörung, isolierte Rechtschreibstörung, Rechenstörung, kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten, sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten)

F90: hyperkinetische Störungen (darunter einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, sonstige hyperkinetische Störungen, nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung)

F91: Störungen des Sozialverhaltens (darunter auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens, Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen, Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen, Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten, sonstige Störung des Sozialverhaltens, nicht näher bezeichnete Störung des Sozialverhaltens)

F92: kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (darunter Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung, sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens, nicht näher bezeichnete kombinierte Störung des Sozialverhaltens)

F93: emotionale Störung des Kindesalters (darunter emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters, phobische emotionale Störung des Kindesalters, Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters, emotionale Störung mit Geschwisterrivalität des Kindesalters, sonstige emotionale Störung des Kindesalters, nicht näher bezeichnete emotionale Störung des Kindesalters)

F98: sonstige Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (darunter Enuresis, Enkopresis, Fütterstörung im frühen Kindesalter, Pica im Kindesalter, stereotype Bewegungsstörungen, Stottern (Stammeln), Poltern, sonstige näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend)

Z55: Probleme in Ausbildung und Beruf

Z60: Probleme im sozialen Umfeld (darunter Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände, atypische familiäre Situation, Alleinleben, Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung, soziale Zurückweisung und Ablehnung, Zielscheibe feindlicher Diskriminierung und Verfolgung, sonstige näher bezeichnete Probleme verbunden mit der sozialen Umgebung)

Z61: Probleme durch negative Kindheitserlebnisse (darunter Verlust eines nahen Angehörigen in der Kindheit, Herauslösen aus dem Elternhaus in der Kindheit, negativ veränderte Struktur der Familienbeziehungen in der Kindheit, Ereignisse in der Kindheit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge haben)

Z62: sonstige Probleme bei der Erziehung (darunter ungenügende elterliche Überwachung und Kontrolle, elterliche Überfürsorglichkeit, institutionelle(r) Aufenthalt(e) und Erziehung (Heim), Feindseligkeit gegenüber dem Kind und ständige Schuldzuweisung an das Kind, emotionale Vernachlässigung eines Kindes, sonstige Probleme im Zusammenhang mit Vernachlässigung der Erziehung, unangebrachter elterlicher Druck und sonstige abnorme Erziehungsmerkmale, sonstige näher bezeichnete Probleme bei der Erziehung)

Z63: Sonstige Probleme in der primären Bezugsgruppe, einschließlich familiärer Umstände (darunter Probleme in der Beziehung zum (Ehe)partner, Probleme in der Beziehung zu den Eltern oder zu angeheirateten Verwandten, ungenügende familiäre Unterstützung, Abwesenheit eines Familienangehörigen, Verschwinden oder Tod eines Familienangehörigen, Familienzerrüttung durch Trennung oder Scheidung, unselbständiger Verwandter, der häusliche Betreuung benötigt, sonstige belastende Lebensumstände, die Familie und Haushalt negativ beeinflussen, sonstige nicht näher bezeichnete Probleme in der primären Bezugsgruppe)

Z64: Probleme bei bestimmten psychosozialen Umständen (darunter Probleme bei unerwünschter Schwangerschaft, Suchen und Akzeptieren körperlicher, chemischer und Ernährungsmaßnahmen, die bekanntermaßen gefährlich und schädlich sind, Suchen und Akzeptieren von verhaltenspsychologischen Maßnahmen, die bekanntermaßen gefährlich und schädlich sind, Dissonanzen mit Beratungspersonen einschließlich Bewährungshelfer und Sozialarbeiter)

Z72: Probleme bei der Lebensführung (darunter Rauchen, Alkoholgenuß, Gebrauch psychotroper Substanzen, Mangel an körperlicher Bewegung, ungeeignete Ernährungsweise und Essgewohnheiten, riskantes Sexualverhalten, Teilnahme an Glücksspielen und Wetten, sonstige näher bezeichnete Probleme bei der Lebensführung einschließlich selbstschädigendes Verhalten)

Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. R. Thomasius aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Leiter der Drogenambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf für die Überlassung des Dissertationsthemas und die Hilfe bei der Durchführung und Korrektur der Arbeit. Außerdem danke ich Herrn Prof. Dr. med. D. Naber, ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, für die Möglichkeit der Promotion an seiner Klinik.

Für die ausführliche Beratung im Hinblick auf Konzeption und statistische Auswertung, die rasche und konstruktive Korrektur der Arbeit und für die unermüdliche Motivation bedanke ich mich herzlich bei Herrn Dr. phil. P.-M. Sack.

Zudem danke ich Frau K. Ott für die fruchtbare Zusammenarbeit bei der Erhebung der Daten.

Ein herzlicher Dank gilt auch Frau G. Krause für die stets freundlichen Worte und Hilfen bei der Sortierung und Recherche der Ambulanzakten, Herrn U. Küstner und den anderen Mitarbeitern der Drogenambulanz für ihre Offenheit bei Fragen und Problemen und ihre konstruktiven Anregungen.

Zum Schluss gilt mein herzlicher Dank meiner Frau, Nina Jäger, die mir neben der Arbeit in der Klinik stets den Rücken freigehalten und mir mit Rat und Tat zur Seite gestanden hat.

Curriculum vitae

Persönliche Daten:

Christian Wilhelm Jäger

Billetal 5

22946 Trittau

geboren in Herne/Westfalen

11.03.1973

Familienstand: verheiratet, ein Kind

Schulbildung

Grundschule am Schraberg (Herdecke)

1979-1983

Friedrich-Harkort-Schule (Herdecke)

1983-1992

Abschluss: Abitur

Zivildienst

Malteser Hilfsdienst, Hagen/Westfalen

1992-1993

mit der Ausbildung zum Rettungssanitäter

Hochschulausbildung

Maschinenbau FH-Dortmund

1993

Humanmedizin: Ludwig-Maximilians-Universität, München

1994-2000

- Physikum

02.09.1997

- 1. Staatsexamen

23.03.1999

- 2. Staatsexamen

05.09.2000

Praktisches Jahr: Westfälische-Wilhelms-Universität, Münster

2000-2001

Lehrkrankenhaus: Krankenanstalten Gilead gGmbH, Bielefeld

Wahlfach: Psychiatrie

- 3. Staatsexamen

20.11.2001

Weitere berufliche Laufbahn:

AiP: Neurologische Klinik des Klinikums Kreis Herford

2002-2003

(Lehrkrankenhaus der Westfälische-Wilhelms-Universität, Münster)

Psychiatrische Abteilung des Johanniter-Krankenhauses Geesthacht

2003

Assistenzzeit: Psychiatrische Abteilung des

seit 10/2003

Johanniter-Krankenhauses Geesthacht

Eidesstattliche Versicherung:

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Prüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Christian Jäger