



Newsletter, 5. August 2010



DZSKJ-Newsletter, August 2010

Hamburg im August 2010

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Sommer erreicht Sie unser sechster Newsletter. Erneut berichten wir über die Ergebnisse aktueller wissenschaftlicher Studien, die auch in der alltäglichen Praxis von Bedeutung sind. Themen unserer Sommerausgabe sind:

- Hilft telefonische Beratung Jugendlichen dabei, mit dem Rauchen aufzuhören?
- Wie häufig sind Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg?
- Welche diagnostischen Kriterien für „Internet-sucht“ können angelegt werden?
- Wie verbreitet ist der Mischkonsum legaler und illegaler Substanzen bei Jugendlichen in Europa?
- Was führt in die Sucht? Die Droge oder die Umwelt?

Darüber hinaus möchten wir auf das neue Fortbildungsangebot des DZSKJ für das zweite Halbjahr 2010 hinweisen. Das Programm kann unter www.dzskj.de (Lehre und Fortbildung) herunter geladen werden. Auch sind in letzter Zeit zwei größere

Forschungsprojekte des DZSKJ online gegangen: Das Projekt „Trampolin – Kinder aus suchtbelasteten Familien entdecken ihre Stärken“ kann man auf www.projekt-trampolin.de besuchen. „Familien stärken – ein Programm aus den USA in seiner deutschen Adaptation zur familienbasierten Prävention von Sucht- und Verhaltensstörungen“ findet sich im Netz unter: www.familien-staerken.info.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Martin Stolle, Redakteur

Impressum:

Herausgeber: Deutsches Zentrum für Suchtfragen
des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)

Prof. Dr. Rainer Thomasius

c/o Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistrasse 52

20246 Hamburg

Telefon: 040/7410 59307

E-Mail: sekretariat.dzskj@uke.de

Erscheinungsweise vierteljährlich



Inhalt

1. Hilft telefonische Beratung Jugendlichen dabei, mit dem Rauchen aufzuhören?
2. Wie häufig sind Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg – eine Untersuchung des DZSKJ für das Jahr 2008
3. Entwicklung von diagnostischen Kriterien für „Internetsucht“
4. Mischkonsum von legalen und illegalen Substanzen unter Jugendlichen in Europa – Eine Untersuchung der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)
5. Was führt in die Sucht? Die Droge oder die Umwelt?

1. Hilft telefonische Beratung Jugendlichen dabei, mit dem Rauchen aufzuhören?

Fragestellung

Jugendliche Raucher weisen ein hohes Risiko dafür auf, lebenslang zu rauchen, damit zusammenhängende Gesundheitsprobleme zu entwickeln und frühzeitig zu sterben. Auch wenn sie mit dem Rauchen wieder aufhören möchten, gelingt es ihnen häufig nicht, wie US-amerikanische Untersuchungen mit jugendlichen Rauchern zeigen: Fast die Hälfte der Befragten hat schon einmal versucht, aufzuhören – aber nur vier Prozent waren damit auch wirklich erfolgreich. Es werden daher wirksame Interventionen benötigt, die Jugendliche in ihrem Vorhaben, mit dem Rauchen aufzuhören, bestärken und unterstützen.

Ziel der Studie

Es gibt kaum Studien, die bislang einen Beleg für eine sechs Monate oder länger anhaltende Wirksamkeit einer Intervention für jugendliche Raucher belegen können. Mit der „Hutchinson Study of High School Smoking“ sollte untersucht werden, ob personalisierte telefonische Beratungsgespräche Jugendlichen dabei helfen können, mit dem Rauchen aufzuhören, und ob Effekte auch nach einem halben Jahr erkennbar sind.

Methoden

2151 Raucher und 743 Nichtraucher an 50 Schulen des US-Bundesstaates Washington nahmen an der Studie teil. Teilnehmende Raucher waren meist zwischen 16 und 17 Jahre alt, das Geschlechterverhältnis war ungefähr ausgewogen. An 25 zufällig ausgewählten Schulen wurde die Intervention durchgeführt, die anderen 25 Schulen dienten als Kontrollgruppe, bei der keine Intervention durchgeführt wurde. Die Teilnehmer wurden aktiv von geschulten Beratern kontaktiert und führten mit ihnen bis zu zehn protokollierte Telefongespräche. Die Gespräche wurden individuell auf die Bereitschaft der Jugendlichen abgestimmt, mit dem Rauchen aufzuhören. Gespräche mit Jugendlichen, die (noch) nicht bereit waren, mit dem Rauchen aufzuhören, enthielten vor allem motivationale Elemente. Für Jugendliche, die aufhören wollten, stand neben der Motivation die Einübung kognitiver Verhaltensstrategien im Vordergrund. In einer Nachbefragung wurde erfasst, inwieweit es den Teilnehmern gelungen war, mit dem Rauchen aufzuhören.



Ergebnisse

Der Anteil derjenigen, die angaben, seit mindestens sechs Monaten nicht geraucht zu haben, war bei allen Rauchern, die an der Intervention teilgenommen hatten, höher als bei Rauchern aus der Kontrollgruppe (21,8 % in der Interventionsgruppe, 17,8 % in der Kontrollgruppe). Bei denjenigen, die ursprünglich täglich geraucht hatten, wurde dieser Unterschied auch statistisch signifikant (10,1 % in der Interventionsgruppe, 5,9 % in der Kontrollgruppe). Auch für kürzer andauernde Abstinenzzeiten zeigten sich Effekte der Intervention (s. Abb. 1). Die stärksten Effekte zeigten sich für männliche Probanden, die ursprünglich täglich geraucht hatten, und für weibliche Probanden, die seltener als täglich geraucht hatten.

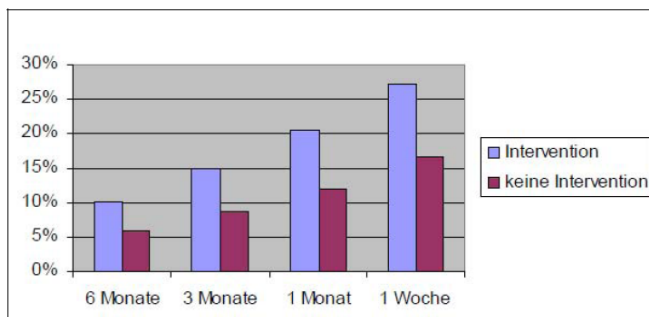


Abbildung 1: Anteil der täglich Rauchenden, die nach Abschluss der Intervention für die angegebenen Zeiträume abstinent gewesen waren

Bewertung

Motivierende Telefonberatung stellt für Jugendliche, die mit dem Rauchen aufhören möchten, eine hilfreiche Unterstützung dar. Der Vorteil der proaktiven Kontaktierung und Beratung aus vorliegender Studie ist, dass Raucher erreicht werden können, die von sich aus eher keine Beratung aufsuchen würden. Der

telefonische Beratungsweg scheint auch mit weiteren Vorteilen, wie geringen Kosten und Wahrung der Anonymität verbunden zu sein. Unklar bleibt jedoch, welche Komponente der Telefongespräche es genau war, die den jugendlichen Rauchern geholfen hat. Weitere Studien müssen die Wirkungsweise der Intervention sowie die geschlechtsspezifischen Unterschiede klären.

Dr. Sonja Bröning

Quelle:

Peterson Jr., A. V., Kealey, K. A., Mann, S. L., Marek, P. M., Ludman, E. J., Liu, J., & Bricker, J. B. (2009). Group-randomized trial of a proactive, personalized telephone counseling intervention for adolescent smoking cessation. *Journal of the National Cancer Institute*, 101 (20), 1378-1392.

2. Wie häufig sind Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg – eine Untersuchung des DZSKJ für das Jahr 2008

Fragestellung

Die Anzahl alkoholintoxizierter Kinder und Jugendlicher, die im Rahmen einer stationären Notfallbehandlung versorgt werden müssen, steigt seit einigen Jahren kontinuierlich an. Zuletzt veröffentlichte die Bundesdrogenbeauftragte Zahlen für den Bund für das Jahr 2008. Demnach mussten 25.770 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 20 Jahren aufgrund einer Alkoholintoxikation stationär behandelt werden. Dies stellt eine erneute Steigerung um 11% dar.



Ziel der Studie

Grundlage dieser Zahlen ist die so genannte Krankenhausdiagnosestatistik, nach der jede Alkoholintoxikation nach einem bestimmten Diagnoseschlüssel kodiert wird. In der Realität scheinen aber nicht alle Alkoholintoxikationen Eingang in diese Statistik zu finden, so dass die reale Prävalenz nicht abgebildet wird. Die Fragestellung der hier vorgestellten Studie ist, inwieweit sich mit Hilfe eines Postkartenmeldesystems die reale Prävalenz alkoholintoxizierter behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher besser darstellen lässt.

Methoden

Es wurde eine bewusst knapp gehaltene „Meldepostkarte“ für Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen bis 21 Jahre entwickelt und an alle Krankenhäuser der Notfallversorgung in Hamburg ausgegeben. Die Meldepostkarte sollte vom ärztlichen oder pflegerischen Personal bei Einlieferung eines alkoholintoxizierten Jugendlichen anonym ausgefüllt und an das DZSKJ zurückgeschickt werden. Von September bis Dezember 2007 wurde das Postkartenmeldesystem durch häufige Besuche und zahlreiche Infoveranstaltungen in den Kliniken implementiert bevor ab Januar 2008 real erfasst wurde.

Ergebnisse

Für das Jahr 2008 konnten N=358 Behandlungsfälle von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11- bis 21 Jahren erfasst werden. Davon waren 57,5 % männlich und 42,5 % weiblich. Der Anteil der weiblichen Patienten lag in den Altersgruppen 11-17 Jahren bei 65,6 % und ging in der Altersgruppe 18-21 Jahre stark zurück. Eine deutliche Mehrheit der Patienten

wurde über Rettungswagen eingeliefert und bei der Einlieferung als „erstauffällig“ eingestuft. Männliche Patienten wiesen bei Einlieferung im Mittel einen höheren Blutalkoholspiegel auf (2.02 ‰) als weibliche (1.76 ‰). Über die Altersgruppen hinweg stieg der Blutalkoholspiegel an. Hinsichtlich der Trink-Umstände erwies sich der Alkoholkonsum „gemeinsam mit Freunden“ als besonders bedeutsam. Im Vergleich zur offiziellen Krankenhausdiagnosestatistik (224 Fälle für 2008 bis 20 Jahre) wurden mit der Meldepostkarte (für die gleiche Altersgruppe angepasst) um 31.6% höhere Fallzahlen ermittelt. Dies legt den Schluss nahe, dass Prävalenzangaben, die auf der Krankenhausdiagnosestatistik und damit auf der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes basieren, eine deutliche Unterschätzung der realen Fallzahl beinhalten.

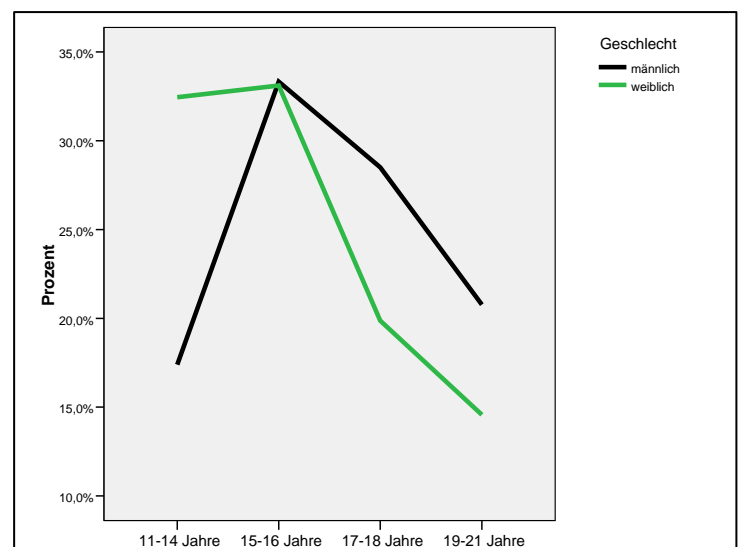


Abbildung 2: Zusammensetzung aller erfassten Kinder und Jugendlicher nach Geschlecht und Altersgruppe



Bewertung

Bezogen auf die Erfassung der Prävalenz behandlungsbedürftiger Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen/ jungen Erwachsenen ist eine Überprüfung der bisher eingesetzten Instrumente notwendig. Die von den Krankenhäusern den statistischen Ämtern gemeldeten Diagnosen nach ICD-10 bilden die Problematik nicht hinreichend genau ab. Es ist von weit höheren Fallzahlen auszugehen als gemeinhin diskutiert.

Dr. Martin Stolle

Quelle:

Stolle, M., Sack, P.-M., Spieles, H., Thomasius, R. Alkoholintoxikierte Kinder und Jugendliche in der Notfallversorgung Hamburger Krankenhäuser. Bundesgesundheitsblatt in press, Erscheinen voraussichtlich September 2010

3. Entwicklung von diagnostischen Kriterien für „Internetsucht“

Fragestellung

Anhand welcher Merkmale kann hinreichend zuverlässig unterschieden werden, ob ein Mensch einen pathologischen Internetgebrauch („Internetsucht“) entwickelt hat oder nur ein passionierter Freizeit-Internetnutzer (z.B. Onlinespieler) ist?

Ziel der Studie

Eine Arbeitsgruppe um den Pekinger Psychiater Ran Tao entwickelte und überprüfte diagnostische Kriterien der „Internetsucht“ („internet addiction disorder“, IAD). Für die Entwicklung der Kriterien (DC-

IAD) konnten die Wissenschaftler aus der VR China auf bereits vorgeschlagene und untersuchte Kriterien zurückgreifen. Der stärkste Bezug besteht zu den Kriterien der Arbeitsgruppe aus Taiwan um Chih-Hung Ko (2005). Eine Übersetzung der Kriterien von Tao et al. (2010) bietet Tabelle 1.

Methoden

Für die multizentrische Studie wurden insgesamt 1073 Untersuchungspersonen (darunter 668 stationäre Patientinnen und Patienten mit pathologischem Internetgebrauch) von 30 Psychiatern befragt. In der ersten Phase der Studie wurden die Kriterien der Internetsucht an 110 stationären Patientinnen und Patienten mit pathologischem Internetgebrauch erprobt und überarbeitet und an weiteren 408 Patientinnen und Patienten erneut geprüft. Die einbezogenen Stichproben umfassten Jugendliche und junge Erwachsene im mittleren Alter von 18 Jahren (rund 93% männlich). In zwei weiteren Studien wurde die Güte des Diagnoseinstruments untersucht – zunächst an einer Zufallsstichprobe von 405 Schülern ohne bisherige Diagnose (M Alter: 16, rund 50% weiblich), dann mit jeweils zwei diagnostizierenden Psychiatern an 150 stationären Patienten die Interraterübereinstimmung.

Ergebnisse

Mit den vorgeschlagenen Kriterien erzielten zwei unabhängige psychiatrische Gutachter jeweils je nach Kriterium zwischen 89.3 und 98% Übereinstimmung, bezüglich der Diagnose „Internetsucht“ sogar 98%. Das Diagnoseinstrument DC-IAD überzeugt hinsichtlich seiner Güte und insbesondere mit einer hohen Interraterübereinstimmung.



Tabelle 1

Kriterien für „Internetsucht“ (DC-IAD) übersetzt nach Tao et al. (2010)

(a) Symptomkriterien

Die folgenden beiden Symptome müssen vorliegen:

- Internetaktivitäten als (auch offline, geistige) Hauptbeschäftigung (offline über frühere Internetaktivitäten nachdenken, sich auf zukünftige freuen)
- Entzugssymptome, die sich in Missstimmung, Ängstlichkeit, Irritierbarkeit und Langeweile nach einigen Tagen ohne Internetaktivität manifestieren

Wenigstens eines (oder mehrere) der folgenden Symptome:

- Toleranzbildung, ein bedeutsames Anwachsen der für die Herstellung von Zufriedenheit benötigten Internetzeit
- Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche zur Reduzierung oder Beendigung des Internetgebrauchs
- Fortgesetzter Internetgebrauch trotz Wissens über ein andauerndes oder wiederholt auftretendes körperliches oder psychisches Problem, das wahrscheinlich durch den Internetgebrauch verursacht oder exazerbiert wird
- Verlust an Interessen, früheren Hobbies und Unterhaltungswünschen als ein direktes Resultat des Internetgebrauchs
- Nutzung des Internets, um eine Missstimmung zu lindern oder ihr zu entkommen (z.B. Gefühle der Hilflosigkeit, Schuld, Ängstlichkeit).

(b) Ausschlusskriterium

Der exzessive Internetgebrauch ist nicht besser durch eine psychotische oder Bipolar-I-Störung zu erklären

(c) Kriterium der klinisch bedeutsamen Beeinträchtigung

Funktionelle Beeinträchtigung (reduzierte soziale, akademische und Arbeitsfähigkeiten), dazu: Verlust einer bedeutsamen Beziehung, eines Arbeitsplatzes oder von Karrierechancen.

(d) Verlaufskriterium

Die Dauer der Internetsucht muss wenigstens drei Monate betragen, mit wenigstens sechs Stunden täglicher nicht akademischer oder beruflicher Internetnutzung

Quellen:

Ko, C.-H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, S.-H., & Yen, C.-F. (2005). Proposed Diagnostic Criteria of Internet Addiction for Adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(11), 728-733.

Stone R. China Reins in Wilder Impulses in Treatment of 'Internet Addiction'. *Science* 2009, 324 : 1630-1631

Tao, R., Huang, X., Wang, J., Zhang, H., Zhang, Y. & Li, M. (2010). Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction*, 105, 556-564.

Bewertung

Für die Diagnostik des pathologischen Internetgebrauchs würde eine Einigung über verbindliche Kriterien einen großen Fortschritt bedeuten. In der Zeitschrift „Science“ zu Unrecht als „erste“ Kriterien der Internetsucht gefeiert (Stone 2009, S.1630), stellt die Forschung von Tao sicher einen bedeutsamen Fortschritt in diesem Einigungsprozess dar. Problematisch erscheint jedoch das im Gegensatz zu den Vorschlägen anderer Autoren neu eingeführte Zeitkriterium (vgl. „Verlaufskriterium“: Mindestens sechs Std. täglich drei Monate lang).

Dr. Kay Uwe Petersen

4. Mischkonsum von legalen und illegalen Substanzen unter Jugendlichen in Europa – Eine Untersuchung der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)

Fragestellung

Seit Beginn der 1990er Jahre steigt der Gebrauch von Alkohol, Zigaretten, Cannabis und anderen psychoaktiven Substanzen unter jungen Europäern. Forschungsansätze, die sich auf den Konsum einzelner Stoffe beschränken, können die Komplexität des gleichzeitigen Gebrauchs verschiedener Drogen nur ungenügend beschreiben. Kombinationen von legalen



und illegalen Substanzen können dabei spezifisch für bestimmte Konsumentengruppen sein.

Ziel der Studie

Der Konsum einzelner psychoaktiver Substanzen steht häufig im Zusammenhang mit dem Konsum verschiedener anderer legaler und illegaler Drogen. Die Kombinationsmuster und deren Verbreitung wurden in dieser Studie bei Schülern untersucht.

Methoden

An Hand von Daten aus einer früheren Erhebung des „European School Survey Project on Alcohol and other Drugs“ (ESPAD) wurden über 70.000 Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 bis 16 Jahren aus 22 europäischen Ländern bezogen auf Mischkonsum untersucht und Charakteristika herausgearbeitet. Basierend auf den Angaben der Befragten zum Substanzkonsum im letzten Monat wurden die Länder in drei Gruppen eingeteilt: Länder mit niedrigen Angaben zum Substanzkonsum (Griechenland, Finnland, Malta, Norwegen, Rumänien, Schweden, Türkei und Zypern), mit mittlerem (Bulgarien, Kroatien, Lettland, Litauen, Slowakei, Slowenien und Ungarn) und hohem Substanzkonsum (Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Großbritannien und Tschechische Republik).

Ergebnisse

Ungefähr 30 % der aller befragten Schülerinnen und Schüler hatten mindestens 2 oder mehr verschiedene Substanzen im letzten Monat genommen. In den Staaten mit allgemein hohem Konsum (s.o.) lag der Mischkonsum sogar bei 40 %, bei Staaten mit niedrigem bei 22,5 %. Die Autoren charakterisieren weiter-

hin die verschiedenen Kombinationsarten: Der Mischkonsum von Alkohol und Zigaretten (Typ A) wird von ca. 20 % aller Befragten angegeben, Mischkonsum von Cannabis mit Alkohol und/oder Zigaretten folgt mit 6 % (Typ B) und der zusätzlicher Konsum von Ecstasy, Kokain, Amphetaminen, LSD oder Heroin mit nur ca. 1 % (Typ C). Während der Mischkonsum von Alkohol und Zigaretten in allen Ländern dominierte, macht Typ B in Ländern mit niedriger Prävalenz nicht einmal 10 % aus, wohingegen der Anteil in Ländern mit hoher Prävalenz bei fast 35 % liegt (Abb. 3).

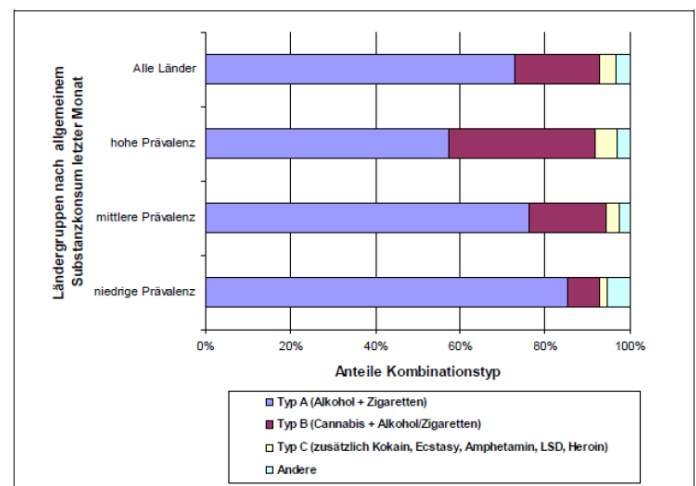


Abbildung 3: Kombinationstypen von Substanzen unter 15-bis 16-jährigen europäischen Schülern mit Mischkonsum im letzten Monat nach Ländergruppen

Weiterhin fanden die Autoren Geschlechterunterschiede: Mädchen sind etwas häufiger in der Mischkonsumgruppe vom Typ A anzutreffen, Jungen dagegen sind eindeutig beim Konsumtyp C überrepräsentiert. Auch trinken junge Kokainkonsumenten überhäufig große Mengen Alkohol („binge-drinking“ bei 94 % der Kokainkonsumenten).



Bewertung

Substanzkonsum ist häufig nicht beschränkt auf eine einzige legale oder illegale Droge und Mischkonsum weit verbreitet, so auch bei Jugendlichen. Nicht unerwartet dominiert in der vorgestellten Studie der kombinierte Konsum von Alkohol und Zigaretten. Aber auch kombinierter Konsum mit Cannabis macht in Hochprävalenzländern wie Deutschland schon ein Drittel des Mischkonsums aus. Die EBDD Untersuchung bietet eine neue und umfassende Perspektive zum Phänomen jugendlichen Substanzkonsums unter Berücksichtigung spezifischer Substanzkombinationsmuster, die in zukünftiger Forschung unbedingt Beachtung finden sollte.

Jan Stellamanns, Dipl. Gesundheitswirt

Quelle:

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). Selected issue - Polydrug use: Patterns and Responses. Lisbon: EMCDDA

5. Was führt in die Sucht? Die Droge oder die Umwelt?

Fragestellung

Die wissenschaftliche Gateway-Hypothese (GWH), wonach mit der Häufigkeit des Konsums irgendeiner psychoaktiven Substanz das Risiko zunimmt zur „nächst schädlichen“ Substanz zu greifen, wird nach wie vor diskutiert. Psychoaktive Substanzen „konkurrieren“ jedoch auch mit anderen Risikofaktoren als Auslöser für einen „nächst schädlichen“ Substanzkonsum. Doch was ist entscheidend?

Ziel der Studie

Der renommierte US-amerikanische Suchtforscher Ralph Tarter und seine Kollegen aus Philadelphia USA wollten es genauer wissen: Was führt in die Sucht? Die „Berührung“ mit der Substanz oder die Risikofaktoren, die Droge oder die Umwelt?

Methoden

In einer Längsschnittstudie untersuchten sie 224 männliche Jugendliche, als diese 10-12 Jahre, 16, 19 und 22 Jahre alt waren. Sie bildeten 3 Gruppen:

- Gruppe 1 hatte Tabak-/Alkohol bereits im Alter von 10-12 Jahren konsumiert, zeigte aber keinen Cannabis-Konsum bis hin zum Alter von 22 Jahren – also eine Entwicklung contra GWH.
- Gruppe 2 hatte einen Tabak-/Alkohol-Konsum im Alter von 10-12 Jahren, und danach auch bis hin zum Alter von 22 Jahren Cannabis konsumiert – also eine Entwicklung pro GWH.
- Gruppe 3 hatte einen Cannabis-Konsum im Alter von 10-12 Jahren, also noch vor dem Konsum von Tabak-/Alkohol – das ist eine Entwicklung, welche die GWH gar nicht vorsieht (GWH verdreht). ‚GWH verdreht‘ überspringen quasi eine Stufe.

Ergebnisse

- Nach Abbildung 5 entwickelten diejenigen, die Cannabis noch vor Tabak-/Alkohol konsumierten und damit eine Hochrisikogruppe für die Ausbildung einer Suchtstörung darstellen (GWH verdreht), zwar optisch aber nicht überzufällig häufiger eine Cannabis bezogene Suchtstörung als diejenigen, die Cannabis „gemäß“ der GWH konsumieren. Sie hatten außerdem auch kein erhöhtes Risiko, eine andere Suchtstörung



zu entwickeln, obwohl dies nach der GHW zu erwarten gewesen wäre.

- Wer im Alter von 10-12 Jahren v. a. mit den Risikofaktoren höhere eigene Delinquenz, antisoziales Verhalten, niedrige schulische Orientierung und häufige delinquente Aktivitäten der Peers („schlechter Umgang“) aufwuchs, wird später wahrscheinlicher Cannabis konsumieren als jemand ohne diese Risikofaktoren [Vergleich Gruppe 2 (GWH pro) mit Gruppe 1 (GWH contra)].
- Wer darüber hinaus einen leichteren Zugriff auf Drogen hat, mehr elterliche Gleichgültigkeit erlebt hat und vor allem mehr Armut, der wird Cannabis noch vor Tabak-/Alkohol konsumieren [Vergleich Gruppe 3 (GWH verdreht) und Gruppe 2 (GWH pro)].

Fazit: Hohe Griffnähe zu Drogen, wenig elterliche Einflussnahme, schlechte sozioökonomische Kontextbedingungen sowie antisoziales Verhalten fördern generell das Risiko von Cannabis-Konsum. Ob man später eine Suchtstörung entwickelt, ist weniger von der Reihenfolge der konsumierten Substanzen abhängig, als von der Griffnähe zu Drogen, elterlichem Verhalten und von Armut. Nach Tarter und Kollegen führt also nicht primär der Kontakt zu Substanzen in den „Einstieg“, sondern das, was zu diesem Kontakt führt: bestimmt Umweltfaktoren.

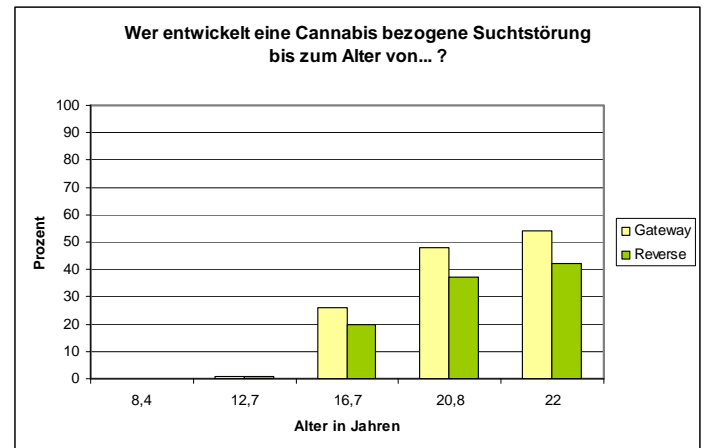


Abbildung 4: Gruppe 3 (GWH verdreht) und Gruppe 2 (GWH pro) unterscheiden sich nicht überzufällig im Risiko, später eine Alkohol oder Cannabis bezogene Störung zu entwickeln.

Bewertung

Die Studie belegt nachdrücklich einen Einfluss der sozialen Umwelt auf Art und Beginn des Substanzkonsums bei Jungen. Eine entsprechende Untersuchung in Bezug auf Mädchen fehlt freilich noch, ebenso wie Daten für den Verlauf bei den über 22-Jährigen.

Dr. Peter-Michael Sack

Quelle:

Ralph E. Tarter, Michael Vanyukov, Levent Kirisci, Maureen Reynolds, Duncan B. Clark (2006). Predictors of marijuana use in adolescents before and after licit drug use: Examination of the gateway hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 163:12, S. 2134-2140.



Deutsches Zentrum für Suchtfragen
des Kindes- und Jugendalters

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Impressum:

Herausgeber: Deutsches Zentrum für Suchtfragen
des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)

Prof. Dr. Rainer Thomasius

c/o Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistrasse 52

20246 Hamburg

Telefon: 040/7410 59307

E-Mail: sekretariat.dzskj@uke.de

Deutsches Zentrum für Suchtfragen
des Kindes- und Jugendalters

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Gerichtsstand: Hamburg