


## Prävalenz von Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Alexandra Holly, Dilek Türk, Christopher B. Nelson,  
Hildegard Pfister und Hans-Ulrich Wittchen

Max-Planck-Institut für Psychiatrie (Klinisches Institut)

*Zusammenfassung.* Alkoholkonsum beginnt häufig bereits im Jugendalter. Allerdings fehlen bisher Erkenntnisse darüber, ob, wie häufig und aufgrund welcher Merkmale Jugendliche und junge Erwachsene auch bereits klinisch definierte Mißbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnosen entwickeln. In der vorliegenden Arbeit werden Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung an 3021 Jugendlichen im Alter von 14–24 Jahren vorgestellt. Neben der Prävalenz von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV werden Daten zur Häufigkeit und Menge des Alkoholkonsums berichtet sowie erste Symptome beschrieben. 9,7% der befragten Jugendlichen erhielten aufgrund von DSM-IV-Kriterien eine Mißbrauchsdiagnose, 6,2% eine Abhängigkeitsdiagnose. Bei männlichen Jugendlichen war die Prävalenz wesentlich höher als bei weiblichen. Die Prävalenz war in

View metadata, citation and similar papers at [core.ac.uk](http://core.ac.uk)

brought to you by  CORE

provided by Technische Universität Dresden: Quocosa

-abhängigkeit bereits im Jugend- und frühen Erwachsenenalter häufig sind.

*Schlüsselwörter:* Alkoholmißbrauch; Alkoholabhängigkeit; Jugendliche; Symptomprogression

### *Prevalence of alcohol use, abuse and dependence in adolescents and young adults*

*Abstract.* Alcohol use frequently begins in adolescence. However, only few studies have reported the prevalence of alcohol use disorders in adolescents. This paper reports results from a representative study in a sample of 3021 adolescents, aged 14–24 years. The prevalence of alcohol abuse and dependence according to DSM-IV criteria, as well as the prevalence, frequency and quantity of alcohol use and a description of the first occurring symptoms, are presented here. Alcohol abuse was reported by 9.7% of respondents and alcohol dependence by 6.2%. Males were more likely to report an alcohol disorder than females, and the prevalence also increased in the older age cohorts. The most frequent initial symptoms were "hazardous use" (91.9%) for abuse and "tolerance" (34.3%) for dependence. First symptoms have been shown to occur long before the age of 18. These results show that even in adolescents and young adults alcohol abuse and dependence are frequent disorders.

*Key words:* alcohol abuse; alcohol dependence; adolescents; symptom progression

Anschrift der Verfasser: Dipl.-Psych. Alexandra Holly, Dipl.-Psych. Dilek Türk, Christopher B. Nelson, MPH, Dipl.-Inf. Hildegard Pfister und Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, Max-Planck-Institut für Psychiatrie (Klinisches Institut), Arbeitsgruppe Klinische Psychologie, Kraepelinstr. 10, D-80804 München.

Die Arbeit ist Teil des Forschungsverbundes „Analytical Epidemiology of Substance Abuse (ANEPSA)“. In verschiedenen Einzelprojekten werden bedingungsfaktoren für den Gebrauch und Mißbrauch psychoaktiver Substanzen im Rahmen von mehrjährigen Längsschnittstudien untersucht. Ansprechpartner sind Dr. Herbst (IFT Institut für Therapieforchung, München), Prof. Dr. Wittchen (EDSP, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München) und Prof. Dr. John (Medizinische Hochschule Lübeck). Der Forschungsverbund wird im Rahmen des Programms „Bio-

logische und psychosoziale Faktoren von Drogenmißbrauch und Drogenabhängigkeit“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziell gefördert.

Die EDSP (Early Developmental Stages of Psychopathology) ist eine prospektive epidemiologische 5-Jahresstudie an 3021 Jugendlichen und Erwachsenen. Sie untersucht Frühstadien und Symptomprogression des Substanzmißbrauchs und ihre Risikofaktoren sowie ihre Beziehungen zu anderen psychischen Störungen (Förderkennzeichen 01EB9405/6). H.-U. Wittchen ist der Projektleiter, wissenschaftliche Mitarbeiter der Studie sind E. Beloch, E. Garczynski, A. Holly, G. Lachner, C. Nelson, A. Perkonigg, H. Pfister, P. Schuster, D. Türk, A. Vossen und U. Wunderlich. Wissenschaftliche Berater sind Prof. Dr. J. Angst (Zürich), Dr. W. Esser (Potsdam), Prof. Dr. C. Merikangas (New Haven/CT) und Dr. R. Kessler (Boston/MA).

## Einleitung

Studien zur Alkoholgefährdung von Jugendlichen beschränken sich in der Regel auf die differenzierte Erfassung des *Alkoholkonsums*. Hierzu wurden in Deutschland eine ganze Reihe von telefonischen oder Fragebogenerhebungen durchgeführt. Die Alkoholgefährdung wurde bislang meist aus Selbsteinschätzungen der Probanden oder der konsumierten Alkoholmenge abgeleitet. Die Ergebnisse lassen sich allerdings schwer zusammenfassen, da sie zur Darstellung des Konsums sehr verschiedene Maße verwenden (BFG, 1991; Kraus et al., 1994; Nordlohne, 1992; Nordlohne et al., 1993; Simon et al., 1993).

Repräsentative Untersuchungen zur *Prävalenz von klinischen Störungen wie Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit* bei Jugendlichen fehlen dagegen in Deutschland völlig. Die wenigen bisher vorliegenden Untersuchungen, zumeist Erwachsene jenseits des Alters von 18 Jahren betreffend, basieren zudem auf den älteren und wenig reliablen und validen Kriterien von ICD-8 und ICD-9, welche nicht mit den heute gültigen Kriterien moderner, an expliziten Kriterien operationalisierten Diagnosesystemen wie z. B. dem DSM-IV (Saß et al. 1996) übereinstimmen. Deshalb ist unser Wissen über die Prävalenz von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit insgesamt schlecht und speziell bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen gänzlich defizitär. In diesem Zusammenhang sind vor allem 3 Studien zu erwähnen. (a) Dilling et al. (1984) führten in der Traunstein-Studie an einer repräsentativ gezogenen Stichprobe eine Erhebung verschiedener psychischer Störungen durch, die an den diagnostischen Kriterien des ICD-8 orientiert war. Als 7-Tages-Prävalenz von Alkoholismus gaben sie 3,5% an, für die Teilgruppe der unter 44jährigen 2,2% bzw. 1,5% für Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit, wobei die Bewertung dieser Befunde durch unklare Einteilungen nach Schweregrad erschwert ist. (b) Aus der Münchner Follow-Up Studie (Bronisch & Wittchen 1992), die auf der Befragung mittels eines strukturierten Interviews beruht, ergab sich für die Gruppe der 25-44jährigen hingegen eine Lebenszeitprävalenz von 13,0% für das Vorliegen mindestens einer Alkoholdiagnose nach DSM-III. (c) Fichter et al. (1990) führten eine Nachuntersuchung zu dem epidemiologischen Teil der Traunstein-Studie durch und ermittelten eine Punktprävalenz von 5% für behandlungsbedürftige Fälle nach ICD-8 bei Erwachsenen.

Abgesehen von den methodischen Mängeln und der unklaren, weil weit auseinanderklaffenden Befundlage, erlaubt jedoch keine der oben genannten Studien, spezifisch abzuschätzen, wie häufig Mißbrauch

und Abhängigkeit bei Jugendlichen ist. Zudem sind über die dabei möglicherweise für Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit spezifischen Risikofaktoren keine Aussagen möglich. Bei der Bewertung der wenigen vorliegenden epidemiologischen Daten muß außerdem berücksichtigt werden, daß die erhobenen Meßgrößen, z. B. die erfragten Zeitfenster (Punktprävalenz, Lebenszeitprävalenz) sowie die Erfassung der diagnostischen Kriterien methodisch sehr unterschiedlich erfolgten und selten vergleichbar sind.

Wesentlich fundiertere Daten sind hingegen aus mehreren großen epidemiologischen Untersuchungen z. B. für die USA verfügbar, die insgesamt andeuten, daß die deutschen Prävalenzschätzungen eine gravierende Unterschätzung der wahren Prävalenz bedeuten. In der ECA (Epidemiological Catchment Area Study, Helzer et al. 1991) wurde, basierend auf den Kriterien des DSM-III, für die Altersgruppe der 18-29jährigen Männer eine Prävalenz von 14,4% für Alkoholmißbrauch und 12,2% für Alkoholabhängigkeit ermittelt, für die Frauen betragen die Werte 3,3% bzw. 3,5%. Im National Comorbidity Survey (Kessler et al., 1994; Nelson & Kessler, in press), in dem die diagnostischen Kriterien des DSM-III-R mit dem CIDI erhoben wurden, lag die Prävalenz für Alkoholmißbrauch für die 15-24jährigen bei 10% für Männer und 6,3% für Frauen, für Abhängigkeit bei 15,5% bzw. 8,3%.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß für Jugendliche in der Bundesrepublik eine Reihe von, auch aktuelleren, Studien zum Alkoholkonsum durchgeführt wurden, daß aber über die Prävalenz von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in dieser Altersgruppe, aktuellere diagnostische Kriterien zugrundegelegt, keine Daten existieren (siehe auch Perkonig et al. (1996), Wittchen und Perkonig (1996).

Epidemiologische Untersuchungen an repräsentativen Bevölkerungsstichproben mit einer exakten diagnostischen Fallidentifikation können, insbesondere wenn sie sich auf Frühstadien beziehen und longitudinal angelegt sind, neben Prävalenzabschätzungen auch wichtige Beiträge zur Identifikation der Entwicklungsbedingungen von Alkoholmißbrauch bzw. -abhängigkeit liefern. Bei der systematischen Untersuchung der Abfolge, Variabilität und Geschwindigkeit solcher Entwicklungsstadien liegt es nahe, die fraglichen Entwicklungsschritte zeitnah, d. h. im Jugendalter zu erfassen, um Erinnerungseffekte zu vermeiden, und um diejenigen Faktoren zu überprüfen, die die Übergänge zwischen den einzelnen Entwicklungsstadien bestimmen.

Die vorliegende Arbeit berichtet Ergebnisse aus der ersten Befragungswelle der prospektiven EDSP-Stu-

die ("Early Developmental Stages of Psychopathology") zu folgenden Fragen:

1. Wie häufig ist Alkoholgebrauch bei 14–24jährigen?
2. Wieviel Alkohol wird üblicherweise konsumiert?
3. Wie hoch ist die Lebenszeitprävalenz für Alkoholmißbrauch- bzw. Abhängigkeit?
4. Welche Mißbrauchs- bzw. Abhängigkeitssymptome treten zuerst auf?
5. Wann treten erste Symptome auf?

## Methodik

### Studie und Design

Die Daten wurden im Rahmen der EDSP-Studie ("Early Developmental Stages of Psychopathology") gewonnen. Die EDSP ist eine epidemiologische Verlaufsuntersuchung (3 Untersuchungswellen) zur Bestimmung von Prävalenz, Risikofaktoren und dem Verlauf von Substanzstörungen (Frühstadien). In dieser Arbeit werden Querschnittsbefunde der ersten Befragungswelle berichtet.

### Stichprobe und Ausschöpfungsrate

Untersucht wurde eine Zufallsstichprobe 14- bis 24-jähriger der Stadt und des Landkreises München. Im Zeitraum Dezember 1994 bis Frühjahr 1995 wurden nach einem Zufallsverfahren aus den Einwohnermelderegistern 4809 Personen gezogen, 4236 wurden in die Studie aufgenommen. Die nicht aufgenommenen Probanden waren bei bis zu 12 Kontaktversuchen nie unter der angegebenen Adresse anzutreffen oder lebten während der Untersuchungszeit in Institutionen (Gefängnis, Kliniken, Heime). Insgesamt wurden 3021 Interviews komplett durchgeführt (Response-Rate 71 %). Verweigerungen waren der häufigste Ausfallgrund (18,2 %), gefolgt von „keine Zeit“ (3,3 %), „keine Person“ angetroffen (3,1 %) sowie „Zielperson nie angetroffen“ (3 %). Die Analysen ergaben gering erhöhte Verweigerungsraten bei über 18jährigen, besonders Frauen. Diese sind zum Großteil auf den höheren Anteil an Ausfallgründen wie „keine Zeit/verzo-gen/nicht angetroffen“ zurückzuführen, so daß eine systematische Verzerrung nicht zu erwarten ist.

### Interviewer, Training und Durchführung der Feldarbeit

Interviewer waren 10 M-CIDI-erfahrene, klinische Psychologen sowie 25 in Gesundheitssurveys erfahre-

ne professionelle Interviewer. Alle nahmen an einem einwöchigen WHO M-CIDI-Training teil. Während des Pretests und der Feldarbeit (März–Juni 1995) wurden die Interviewer supervidiert und die Interviews auf korrekte Durchführung geprüft. Fehlende Angaben wurden so schnell wie möglich nacherhoben.

### Erhebungsinstrument und Fallidentifikation

Alle Untersuchungsvariablen wurden mit einer erweiterten Version des Münchener-Composite Diagnostic Interview (M-CIDI, Wittchen et al., 1995) gewonnen. Das M-CIDI (Wittchen et al., 1995; Pfister & Wittchen, 1995; Reed & Schuster, 1996) ist eine modifizierte Version des WHO-CIDI (Wittchen & Semler, 1991). Es erlaubt die standardisierte Erfassung von Syndromen und Diagnosen bestimmter psychischer Störungen (Störungen durch psychotrope Substanzen, somatoforme Störungen, Angststörungen, affektive Störungen, Eßstörungen) gemäß der Kriterien von ICD-10 (Dilling et al., 1994) und DSM-IV (Safé et al., 1996), die Beurteilung des Verlaufs der Syndrome sowie des klinischen und psychosozialen Schweregrades. Das M-CIDI weist im Vergleich zu früheren CIDI-Versionen folgende Merkmale auf: die Verwendung eines Listenheftes mit Symptomlisten und Erinnerungshilfen, um die Länge des Interviews zu verkürzen; Schlüsselsymptome, für die das erste, schlimmste und letzte Auftreten kodiert wird; Selbstbeurteilung der klinischen Beeinträchtigung und die Möglichkeit, auch unterschwellige Bedingungen zu erfassen.

Die Reliabilität und prozedurale Validität des CIDI wie des M-CIDI wurde in verschiedenen Untersuchungen geprüft (Wittchen 1994, Lachner & Wittchen (in press)); die Retest-Reliabilität der Alkohol-Diagnose lag in verschiedenen Studien zwischen .77 und .83). Es wurde die computerisierte Version (CAPI) des M-CIDI verwendet, um die Datenverwaltung ökonomisch zu handhaben und bestimmte Kodierfehler schon bei der Eingabe zu melden.

### Störungen durch Alkohol

Die Sektion „Mißbrauch und Abhängigkeit von Alkohol“ ermöglicht die Erfassung von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit nach den Kriterien des DSM-IV. D. h., die Diagnose „Abhängigkeit“ schließt die gleichzeitige Diagnose „Mißbrauch“ aus. Die Sektion beginnt mit Fragen zum jemaligen Gebrauch von

Alkohol („schon einmal ein Glas Alkohol“) sowie zum regelmäßigen Gebrauch („gab es ein Jahr, in dem Sie mindestens 12mal Alkohol getrunken haben“). Die einführenden Fragen umfassen auch situative, affektive und kognitive Umstände des Erstgebrauchs. Es folgen Fragen zur üblichen Häufigkeit und Menge des Alkoholgebrauchs. Die Antwort (genaue Menge und Bezeichnung des Getränks) wird vom Interviewer in Drinks (entspricht jeweils ca. 9 g Alkohol) umgerechnet. Für den aktuellen Konsum bzw. Zeiten mit höherem als dem derzeitigen Gebrauch wird das Alter bei Beginn/Ende erhoben. Die Symptomenfragen sind entsprechend den DSM-IV-Kriterien formuliert (Saß et al., 1996). Zusätzlich wird der Zeitpunkt des ersten bzw. des letzten Symptoms erhoben.

## Auswertung

Zur Berechnung der Lebenszeitprävalenz sowie aller anderen Häufigkeiten wurden gewichtete Daten herangezogen. Die Gewichtungvariable basiert auf Alter, Wohnort und Geschlecht und gleicht die überproportional gezogene Gruppe der jüngeren Probanden aus. Mittels Survival-Analyse wurde die Wahrscheinlichkeit für das Alter beim erstmaligen Auftreten von Mißbrauchs- bzw. Abhängigkeits-symptomen bestimmt. Dabei wird, bei der Schätzung der Wahrscheinlichkeit, ein bestimmtes Symptom in einem Altersabschnitt zu zeigen, eine Alterszensur durchgeführt, d. h. mitberücksichtigt, wieviele Probanden bis zu diesem Alter *kein* Symptom beantworteten. Sämtliche Auswertungen wurden mit dem statistischen Programm SPSS für Windows, Version 6.1.3, durchgeführt.

## Ergebnisse

### Lebenszeitprävalenz von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit

Tab. 1 zeigt, daß 9,7 % ( $n = 294$ ) der befragten Jugendlichen eine Mißbrauchsdiagnose, 6,2 % ( $n = 187$ ) eine Abhängigkeitsdiagnose hatten. Bei männlichen Jugendlichen sind die Prävalenzen wesentlich höher als bei den weiblichen Jugendlichen, nämlich 15,1 % im Falle von Alkoholmißbrauch (Frauen 4,5 %) und 10,0 % im Falle von Alkoholabhängigkeit (Frauen 2,5 %). Erwartungsgemäß ist die Häufigkeit der alkoholbezogenen Diagnosen bei den älteren Probanden höher, aber unerwartet hoch liegt die Prävalenz für beide Diagnosen bereits bei den 14–15jährigen. Bei Mißbrauch variieren die Werte in den Altersgruppen von 1,2 % bis 12,0 %, bei Abhängigkeit von 1,2 % bis 8,2 %.

### Häufigkeit von Alkoholkonsum

Nahezu jeder der Befragten hat schon einmal in seinem Leben ein Glas Alkohol getrunken (94,5 %), 5,5 % sind abstinent. Weitere 34,1 % trinken gelegentlich Alkohol. Ein Großteil (60,4 %) konsumiert regelmäßig Alkohol, d. h. hat – entsprechend der internationalen Standarddefinition des CIDI – im letzten Jahr mindestens 12mal Alkohol getrunken. 4,4 % der Jugendlichen sind nicht mehr aktuelle Konsumenten, haben aber früher regelmäßig getrunken. Männer (66,4 %) trinken nur wenig häufiger regelmäßig als Frauen (54,6 %). Bemerkenswert ist, daß von den 14–15jährigen immerhin 13,2 % regelmäßig Alkohol trinken.

Tabelle 1. Gewichtete Lebenszeitprävalenz von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV

	Gesamt $n = 3021$	Geschlecht		Altersgruppe			
		M $n = 1493$	F $n = 1528$	14–15 $n = 475$	16–17 $n = 445$	18–19 $n = 445$	20+ $n = 1655$
Nur Mißbrauch %	9,7	15,1	4,5	1,2	8,9	11,0	12,0
Abhängigkeit %	6,2	10,0	2,5	1,2	3,9	6,3	8,2

### Trinkhäufigkeit und -menge

Der größte Teil der Jugendlichen mit regelmäßigem Alkoholkonsum (38,8 %) trinkt etwa 1–2mal in der Woche Alkohol, fast ein Drittel (30,2 %) liegt in der Kategorie „1–3mal/Monat“ (Tab. 2). Immerhin 9,5 % konsumieren täglich Alkohol. Die Trinkmenge, die üblicherweise an einem Tag konsumiert wird, ist in Drinks angegeben. Ein Drink entspricht etwa 9 Gramm Alkohol, d. h. etwa der Menge von 0,1l Wein oder 0,2l Bier. Die Kategorie „1–3“ (43,4 %) ist am häufigsten, 35,8 % geben „4–6“ Drinks an.

Personen mit einer Mißbrauchsdiagnose trinken etwas, Personen mit einer Abhängigkeitsdiagnose wesentlich häufiger und mehr als Personen, bei denen keine Alkoholstörung vorliegt. In der Gruppe der Abhängigen fällt ein großer Prozentsatz (38,2 %) auf, der regelmäßig 10 Drinks oder mehr zu sich nimmt.

### Zuerst auftretende Symptome

Der wiederholte Konsum in Situationen mit hoher Verletzungsgefahr (z. B. Autofahren, Arbeit an Maschinen) ist das häufigste Mißbrauchssymptom. 91,9 % der Jugendlichen, bei denen eine Mißbrauchsdiagnose vorliegt, gaben dies als erstes Mißbrauchs-

symptom an (Tab. 3). Dieses Kriterium dominiert bei Männern und Frauen gleichermaßen. 34,3 % aller Jugendlichen mit einer Abhängigkeitsdiagnose gaben als erstes Abhängigkeitssymptom an, daß sie „mehr trinken mußten als vorher, um die gleiche Wirkung zu verspüren“ (Toleranzentwicklung). Als erstes Symptom wurden auch oft „häufigere Einnahme als beabsichtigt“ (Kontrollverlust; 21,2 %) bzw. „viel Zeit verbraucht“ (19,2 %) angegeben. Entzugssymptome wurden in dieser Altersgruppe in keinem Fall als erstes Symptom angegeben. Die Reihenfolge ist bei den Männern gleich, bei den Frauen tritt jedoch häufiger als bei Männern das Kriterium „häufigere Einnahme als beabsichtigt“ zuerst auf.

### Geschätzte Auftretenswahrscheinlichkeiten (hazard rates) für regelmäßigen Konsum, Mißbrauchs- und Abhängigkeitssymptome

Bis etwa zum Alter von 16 Jahren ist die geschätzte Wahrscheinlichkeit für den Beginn regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer und Frauen etwa gleich (Abb. 1a). Nach dem 16. Lebensjahr ist sie für Männer deutlich größer, d. h. daß von diesem Alter an mehr Männer als Frauen damit beginnen, regelmäßig Alkohol zu konsumieren. Im Alter von 20 Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit für Männer bei etwa 45 %.

Die geschätzte Wahrscheinlichkeit, ein Mißbrauchskriterium zu erfüllen (Abb. 1b), ist bei Frauen nur wenig ausgeprägt und zu keinem Zeitpunkt deutlich erhöht. Bei Männern dagegen steigt sie ab dem 14. Lebensjahr. Mit 16 Jahren ist die Wahrscheinlichkeit mit 8 % am höchsten, um dann mit dem 18. Lebensjahr wieder zu sinken. Für Männer wie für Frauen ist die geschätzte Wahrscheinlichkeit, daß ein erstes Abhängigkeitssymptom auftritt, mit 17 bis 18 Jahren deutlich ausgeprägt, fällt dann ab und ist mit 22 Jahren nochmals erhöht. Die Wahrscheinlichkeiten für die Frauen sind allgemein sehr viel niedriger.

### Diskussion

Fast alle befragten Jugendlichen haben erwartungsgemäß schon einmal Alkohol getrunken, nur 5,5 % sind abstinent und 34,1 % trinken gelegentlich Alkohol. Die meisten Jugendlichen (60,4 %) aber konsumieren regelmäßig, d. h. mindestens einmal im Monat, Alkohol, Jungen nur wenig häufiger als Mädchen. Diese Ergebnisse zur Häufigkeit und zu den Trinkmengen

Tabelle 2. Häufigkeit und Höhe des Alkoholkonsums in der Zeit (12-Monats-Periode), in der am meisten konsumiert wurde, bei Jugendlichen mit regelmäßigem Alkoholkonsum und bei Jugendlichen mit einer Mißbrauchs- bzw. Abhängigkeitsdiagnose

		regelm. Konsum n = 1958	Mißbrauch n = 294	Abhängigkeit n = 187
<b>Häufigkeit</b>				
1x/Monat	%	3,5	1,2	0,3
bis 3x/Monat	%	30,2	18,1	4,4
1–2x/Woche	%	38,8	40,5	23,9
3–4x/Woche	%	18,1	24,9	33,3
täglich	%	9,5	15,4	38,1
<b>Menge in Drinks</b>				
1–3	%	43,4	27,3	8,2
4–6	%	35,8	37,9	28,6
7–9	%	10,1	17,1	25,0
10+	%	10,8	17,6	38,2
Mittl. Drinks	M (SD)	5,1 (4,14)	6,7 (5,31)	9,5 (6,25)

Tabelle 3. Erstgenannte Kriterien bei Jugendlichen, die die Diagnose eines Mißbrauchs bzw. einer Abhängigkeit erfüllen<sup>1</sup>

	Gesamt		
	n = 284	M n = 217	F n = 67
Erstgenannte Mißbrauchskriterien in %			
(2) Gebrauch mit körperlicher Gefährdung	91,9	90,8	95,5
(4) Fortgesetzter Gebrauch trotz sozialer Folgen	2,5	2,3	2,9
(3) mehrfache rechtliche Probleme	3,5	4,6	-
(1) erhebliche Probleme zuhause, in der Schule	1,4	0,9	2,9

	Gesamt		
	n = 187	M n = 149	F n = 38
Erstgenannte Abhängigkeitskriterien in %			
(1) Toleranzentwicklung	34,3	37,6	21,3
(3) größere/häufigere Einnahme als beabsichtigt (Kontrollverlust)	21,2	19,4	28,5
(5) viel Zeit verbracht	19,2	17,5	26,0
(7) Konsumfortsetzung trotz negativer Folgen	11,7	11,1	14,1
(4) erfolglose Versuche einzuschränken	7,1	7,1	7,4
Craving <sup>2</sup>	4,2	4,5	2,8
(6) wichtige Aktivitäten eingeschränkt	0,5	0,6	-
(2) Entzugssymptome	-	-	-

<sup>1</sup> Numerierung vgl. DSM-IV<sup>2</sup> kein DSM-IV-Kriterium

dürften sich in eine Reihe mit vorliegenden Erhebungen zum Alkoholkonsum Jugendlicher einfügen (Kraus et al., 1994; Nordlohne, 1993; Simon et al., 1991). Genaue Vergleiche sind aber nicht möglich, da in den genannten Studien sehr unterschiedliche Erhebungsmethoden und Alterseinteilungen verwendet wurden. Gerade für die Altersgruppe der Jugendli-

chen und jungen Erwachsenen wurden die Ergebnisse auch oft nicht differenziert angegeben.

Dagegen ist die ermittelte Lebenszeitprävalenz von Alkoholmißbrauch mit 15,1 % für Männer und 4,5 % für Frauen, sowie von Abhängigkeit (10,0% bzw. 2,5 %) viel höher, als bisher für diese Altersgruppe geschätzt wurde. Da über die Alkoholprobleme der Ju-

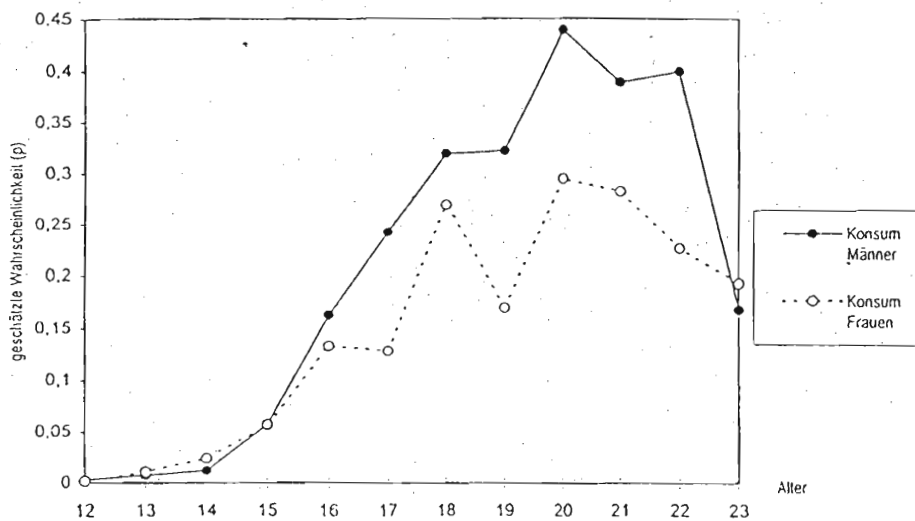


Abbildung 1a. Geschätzte Wahrscheinlichkeit (hazard rate) für den Beginn regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer und Frauen.

gendlichen, die verweigerten, nichts bekannt ist, stellt unsere Prävalenz vielleicht eher eine Unterschätzung dar. Nach bisherigen Studien wurde die Zahl der aufgrund ihres Konsums stark alkoholgefährdeten 21-24-jährigen auf 10% geschätzt (Nordlohne, 1993). Die von uns aufgrund direkter Befragung geschätzte Prävalenz ist doppelt so hoch! Bereits in der Altersgruppe der 14-15-jährigen sind 2,4% der Jugendlichen betroffen. Der

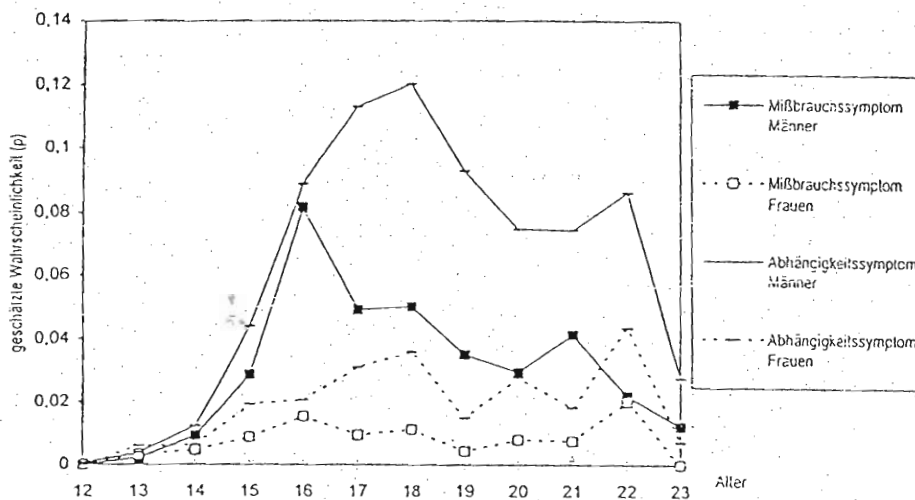


Abbildung 1b. Geschätzte Wahrscheinlichkeit (hazard rate) für das erste Auftreten eines Mißbrauchs- bzw. Abhängigkeitskriteriums für Männer und Frauen.

Grund für die Diskrepanz ist sicher darin zu sehen, daß mit dem M-CIDI, im Gegensatz zu den Erhebungsmethoden bisheriger Schätzungen, ein standardisiertes face-to-face-Interview verwendet wurde, welches auf eindeutig definierten diagnostischen Kriterien basiert. Auch im Vergleich zu früher, anhand der Kriterien von ICD 8 und 9 (Dilling et al. 1984, Fichter et al., 1990) ermittelten Prävalenzen sind die vorliegenden Ergebnisse sehr hoch. Eine Erklärung für die dennoch hohe Prävalenz könnten die unterschiedlichen diagnostischen Kriterien sein, die in den neueren Klassifikationsschemata wesentlich sensibler und spezifischer gestaltet sind, während die traditionelle klinische Fallfindung, wie sie von Dilling et al. (1984) und Fichter et al. (1990) benutzt wurde, offensichtlich klinisch schwerere Fälle erfaßt. Im internationalen Kontext stellen sich unsere Prävalenzbefunde allerdings nicht als abweichend dar, wie z. B. der Vergleich zu den Ergebnissen der NCS für 15-24jährige zeigt (Nelson & Kessler, in press), die mit dem CIDI erhoben wurden. Ebenfalls in Übereinstimmung mit diesen Studien wurde bestätigt, daß erheblich mehr Männer als Frauen von Alkoholstörungen betroffen sind, obwohl nicht weniger Frauen Alkohol konsumieren.

Während Schätzwerte für die Prävalenz von Alkoholerkrankungen oft anhand der konsumierten Menge bestimmt werden, konnten wir zeigen, daß Jugendliche mit einer Abhängigkeitsdiagnose zwar erwartungsgemäß deutlich mehr und öfter Alkohol konsumieren als die Gesamtgruppe der Jugendlichen, daß es allerdings auch Jugendliche gibt, die eine DSM-IV-Abhängigkeitsdiagnose bei relativ geringen Trinkmengen erfüllen. Dies unterstützt Methodenbefunde zu unserem Untersuchungsinstrument, dem M-CIDI,

welches sich als sensibel für die Erfassung von Alkoholstörungen erwiesen hat (Wittchen, 1994). Die Tatsache, daß bereits bei den Jugendlichen hohe, über alle Erwartungen hinausgehende, Prävalenzen für Mißbrauch und Abhängigkeit vorliegen, kann aber nicht nur dadurch erklärt werden, daß frühere Untersuchungen Alkoholstörungen weniger sensibel erfaßt haben. Es ist anzunehmen, daß Alkoholstörungen im

frühen Jugendalter tatsächlich zugenommen haben. Dies wird gestützt durch eine (hier nicht berichtete) Analyse der Alterskohorten sowie durch die Beobachtung, daß sich erste Symptome schon relativ früh, nämlich deutlich vor dem 18. Lebensjahr und nur ein bis zwei Jahre nach Beginn des Alkoholkonsums, entwickeln. „Toleranzentwicklung“ und „Konsum von Alkohol in Situationen mit Gefährdungspotential“ stellen zumeist die ersten Auffälligkeiten dar. Kriterien, die selten oder nie als erste diagnostisch relevante Symptome genannt wurden, waren z. B. „Craving“, „Einschränkung wichtiger Aktivitäten wegen Alkohol“ oder „Entzugssymptome“, die erwartungsgemäß erst in höherem Alter, bei „typischen Alkoholikern“, eine Rolle spielen. Die von uns aufgezeigten, für Jugendliche charakteristischen Symptomkonstellationen für Mißbrauch und Abhängigkeit sind gut mit dem theoretisch postulierten Verlauf von Alkoholerkrankungen vereinbar, wie sie auch retrospektive Erhebungen beschrieben (Nelson et al., in press). Derartige retrospektive Zeitangaben des Symptomverlaufs können allerdings durch kognitive Verzerrungen der Probanden oder durch Erinnerungsschwächen verfälscht sein. In unserer EDSP wird versucht, diese Gefahr dadurch zu minimieren, daß die Erhebung zeitlich möglichst nahe an den Ereignissen stattfindet. So ist es möglich, eine differenzierte, exakte und zeitnahe Symptomentwicklung im Verlauf des letzten Jahres abzubilden.

Zusammenfassend zeigt unsere Studie, daß Alkoholstörungen mit einem charakteristischen Muster bereits bei Jugendlichen wesentlich verbreiteter sind als bislang angenommen und offensichtlich weiter zunehmen wird. Die oben beschriebenen Ergebnisse der ersten Untersuchungswelle stellen einen Anfang

in der Analyse von Frühstadien von Alkohol-erkrankungen dar. Diese ersten Befunde werden durch Längsschnittdaten ergänzt. Dabei wird es möglich sein, Risikofaktoren sowie Komorbidität mit psychischen Störungen prospektiv zu untersuchen. Eine besondere Fragestellung wird sein, ob Alkohol die „Einstiegsdroge“ für Einnahme und Mißbrauch von anderen Substanzen sein könnte.

## Literatur

- Bronisch, T. & Wittchen, H.-U. (1992). Lifetime and 6-month prevalence of abuse and dependence of alcohol in the Munich Follow-Up Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 273–282.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (1991). *Repräsentativhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren*. Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft.
- Dilling, H., Weyerer, S. & Castell, R. (Hrsg.). (1984). *Forum der Psychiatrie. Psychiatrische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1994). *Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10*. Bern u. a.: Verlag Hans Huber.
- Fichter, M. M., Witzke, W., Weyerer, S., Meller, I., Rehm, J., Dilling, H. & Hippus, H. (1990). Ergebnisse der oberbayerischen Verlaufsuntersuchung. In M. H. Schmidt (Hrsg.), *Fortschritte in der psychiatrischen Epidemiologie*. Weinheim: VCH.
- Helzer, J. E., Burnam, A. & McEvoy, L. T. (1991). Alcohol abuse and dependence. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. New York: The Free Press.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.
- Kraus, L. (1995). Telefonische Befragung zum Konsum psychotroper Substanzen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 3, 183–194.
- Kraus, L., Schumann, J., Wiblishauser, P. & Herbst, K. (1994). Die Entwicklung des Konsums von legalen und illegalen Drogen in den neuen Bundesländern. *Sucht*, 38 (2), 107–120.
- Lachner, G. & Wittchen, H.-U. (in press). Test-Retest-Reliability and sources of variance of a Standardized Diagnostic Expert System (DIA-X).
- Nelson, C. B. & Kessler, R. C. (in press). *Prevalence and incidence of alcohol use, abuse and dependence in the United States: Results from the National Comorbidity Survey*.
- Nelson, C. B., Little, R. J. A., Heath, A. C. & Kessler, R. C. (in press). *Patterns of alcohol dependence symptom progression in a general population survey*.
- Nordlohne, E. (1992). *Kosten jugendlicher Problembewältigung. Alkohol, Zigaretten- und Arzneimittelkonsum im Jugendalter*. Weinheim, München: Juventa.
- Nordlohne, E., Reißig, M. & Hurrelmann, K. (1993). Drogengebrauch in Ost und West: Zur Situation des Drogengebrauchs bei Jugendlichen in den alten und neuen Ländern der Bundesrepublik. *Sucht*, 39 (1), 18–34.
- Perkonig, A., Wittchen, H.-U. & Lachner, G. (1996). Wie häufig sind Substanzmißbrauch und -abhängigkeit? Ein methodenkritischer Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25 (4), 280–295.
- Pfister, H. & Wittchen, H.-U. (1995). *M-CIDI Computerprogramm*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut (Eigendruck).
- Reed, V. & Schuster, P. (1996). *Instructions for use of the computerised version of the M-CIDI, Version 2.0, 6/95 (english version)*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut (Eigendruck).
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen u. a.: Hogrefe-Verlag.
- Simon, R., Strobl, M., Hüllinghorst, R., Bühringer, G., Helas, I. & Schmidtobreck, B. (1993). *Jahresstatistik 1993 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland (EBIS-Berichte Bd. 19)*. Hamm: EBIS-AG.
- Wittchen, H.-U. & Semler, G. (1991). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.0)*. Weinheim: Beltz.
- Wittchen, H.-U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57–84.
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonig, A., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U. & Ziegglänsberger, S. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Version 2.2*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.
- Wittchen, H.-U. & Perkonig, A. (1996). Epidemiologie psychischer Störungen. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie 2, Band 1* (S. 3–67). Göttingen: Hogrefe.