

## Wie häufig sind Substanzmißbrauch und -abhängigkeit? Ein methodenkritischer Überblick

Axel Perkonig, Hans-Ulrich Wittchen und Gabriele Lachner

Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut, München

*Zusammenfassung.* Die Arbeit gibt einen methodenkritischen Überblick über die in Deutschland vorliegenden Ergebnisse zur Prävalenz sowie Risikofaktoren von Substanzmißbrauch und -abhängigkeit (SMA). Es wird gezeigt, daß die vorliegenden epidemiologischen Studien unvollständig und methodisch unbefriedigend sind. Vor allem die fehlende Erfassung spezifischer diagnostischer Kriterien zur Ableitung klinisch relevanter Mißbrauchs- und Abhängigkeitsstörungen erschwert eine Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Repräsentativerhebungen. Diese geben zwar aussagekräftige populationsbezogene Informationen über die Häufigkeit und Verteilungsmuster von legalen und illegalen Substanzen, klinisch relevante Beurteilungsaspekte wie z.B. zu Schweregrad, Toleranz und Abstinenzproblemen sowie zu Einstieg und Verlauf der „Sucht“-Problematik fehlen jedoch vollständig. Dies trifft auch für Untersuchungen zu Risikofaktoren zu. Als ein durchgängiger Mangel wird ferner die Erfassungsmethodologie angesehen, die sich bislang fast ausschließlich auf Fragebögen oder Interviews stützt, über deren Reliabilität und Validität nur unzureichende psychometrische Daten vorliegen.

*Schlüsselwörter:* Epidemiologie psychischer Störungen, Substanzmißbrauch und Abhängigkeit, Prävalenz, Risikofaktoren

### *How frequent are substance abuse and dependence? A critical review*

*Abstract.* A critical review of prevalence and risk factor studies of substance abuse and dependence in Germany is presented. It is shown that currently available epidemiological data are incomplete due to the failure of instruments to allow for a detailed assessment of specific substance use disorders. The neglect of diagnostic criteria for clinically significant abuse and dependence disorders makes it especially difficult to draw conclusions about the results of representative surveys. Although they give clear population-related information about frequency and distribution patterns of legal and illegal substances, relevant clinical data regarding aspects such as severity, tolerance, problems of abstinence, onset and course of abuse and dependence are completely lacking. This is also true of studies on risk factors. An additional problem is diagnostic assessment based almost exclusively on questionnaires and interviews whose reliability and validity have not been sufficiently established.

*Key words:* Epidemiology of mental disorders, substance abuse and dependence, prevalence, risk factors

Mißbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen wie Alkohol, Nikotin, Medikamenten und Drogen (SMA) sind Formen psychischer Störungen, die international in den letzten 20 Jahren verstärkt in das Zentrum des wissenschaftlichen und öffentlichen Interesses gerückt sind. Epidemiologische Untersuchungsschwerpunkte waren vor allem Fragen nach der Häufigkeit des Gebrauchs z.T. in Abhängig-

keit von groben soziodemographischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Bildung oder geographischer Verteilung. Die wichtigsten grundlegenden epidemiologischen Kennziffern für die Häufigkeit sind dabei die Prävalenz, d.h. der Prozentsatz an erkrankten Personen in einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt oder während einer Zeitperiode, sowie die Inzidenz, d.h. die neu aufgetretenen Krankheitsfälle innerhalb eines bestimmten Zeitraums (vgl. Häfner & Weyerer, 1990).

Derartige deskriptiv-epidemiologische Studien an möglichst repräsentativen Stichproben der Allgemeinbevölkerung haben zunächst zum Ziel, unter Einbeziehung demographischer oder anderer Risikofaktoren, Risikogruppen zu identifizieren, regionale

---

Anschrift der Verfasser: Dr. Axel Perkonig, Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, Dr. Gabriele Lachner, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut, Arbeitsgruppe Klinische Psychologie, Kraepelinstr. 2-10, D-80804 München.

„Krisenherde“ aufzudecken sowie Anhaltspunkte für die Planung von Behandlungsangeboten bereitzustellen. Darüberhinaus können Ergebnisse analytisch-epidemiologischer Studien z.B. in Form von prospektiven Longitudinalstudien wichtige Beiträge zur Überprüfung ätiologischer Hypothesen liefern (vgl. Wittchen & Perkonig, im Druck). Im Gegensatz zu klinischen Untersuchungen, die zumeist schwerere, zum Großteil bereits chronifizierte „Fälle“ umfassen, beziehen sich epidemiologische Untersuchungen auf unselegierte, d.h. repräsentative Stichproben z.B. von Fällen in Frühphasen oder Probiertadien, aber auch mit bereits manifesten Störungsbildern. Solche Studien sind jedoch leider selten.

Im folgenden sollen die vorliegenden deutschen Studien zu SMA auf den Gebieten der (a) deskriptiven Epidemiologie, (b) analytischen Epidemiologie sowie (c) Daten aus ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke kritisch zusammengefaßt werden. Ergänzend werden für diesen Überblick bezüglich Risikofaktoren auch klinische Untersuchungen und US-Studien berücksichtigt werden.

Eine grundsätzliche Anforderung an alle epidemiologischen Untersuchungen ist eine reliable und valide Falldefinition und Fallidentifikation, die unter anderem auch Bezug nehmen sollte auf klinisch relevante diagnostische Kategorien. Im Zusammenhang mit der Diagnostik von SMA stellen sich hier grundsätzlich die gleichen Probleme wie bei anderen psychischen Störungen (vgl. Wing et al., 1978; Wittchen & Schulte, 1988). Vor allem fehlten bis vor kurzem befriedigende Ansätze einer differenzierten Erfassung substanzspezifischer Mißbrauchs- und Abhängigkeitskriterien einschließlich Medikamenten und anderen Drogen. Ähnlich wie bei anderen Formen psychischer Störungen war dieses Manko zu einem großen Teil auf fehlende explizite diagnostische Kriterien in der 9. Version der ICD zurückzuführen, die keine klaren operationalisierten diagnostischen Kriterien aufweist und die Diagnose eines Mißbrauchs oder einer Abhängigkeit fast ausschließlich von untersucher-spezifischen Entscheidungsgesichtspunkten abhängig macht, die sich vor allem an „klinischer Erfahrung“, Intuition und institutionsspezifischen Entscheidungsmodellen orientieren.

Seit wenigen Jahren liegen nun praktikable und differenzierte Klassifikationsansätze vor, die eine pragmatische Lösung dieses Problems anbieten. Sowohl DSM-III-R (APA, 1987; dt. Fassung, Wittchen et al., 1991), als auch die Internationale Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10, WHO, 1991; dt. Fassung, Dilling et al., 1991), haben in ihren Revisionen relativ gut übereinstimmend im Rahmen einer Konstrukt-differenzierung das ältere Suchtkonzept durch eine Viel-

zahl spezifischer, nach Substanzarten unterschiedener Gebrauchs-, Mißbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnosen ersetzt (siehe Tabelle 1).

Darüberhinaus wurden auf der Basis der neuen Klassifikationssysteme eine Reihe von diagnostischen Kriterien formuliert, die eine exaktere Falldefinition einschließlich einer Schweregradbestimmung für jede Substanzart erlauben (siehe Tabelle 2).

Vor diesem diagnostisch-klassifikatorischen Hintergrund berücksichtigen wir Untersuchungen seit 1980, die sich mit der Erhebung von Substanzmißbrauch und -abhängigkeit befassen. Aufgrund der Literaturrecherchen, die durchgeführt wurden, waren allerdings nur wenige wissenschaftliche Veröffentlichungen zu einzelnen Repräsentativerhebungen in regulären Publikationsorganen auffindbar. Berichtsbände mußten daher teils über die Regierungen der Länder, teils über die durchführenden Institute bestellt werden.

## Prävalenz von Substanzmißbrauch und -abhängigkeit

### Nationale Studien

Die vorliegenden Untersuchungen, bei denen Daten in der Regel auf repräsentativer Grundlage zur Prävalenz von SMA erhoben wurden, lassen sich in vier Gruppen teilen:

(1) Deskriptiv-epidemiologische Untersuchungen zur *Prävalenz verschiedener Formen psychischer Störungen*, die epidemiologische Daten entsprechend der jeweils gültigen Klassifikation erhoben haben und in diesem Rahmen auch einen Beitrag zur Schätzung der Prävalenz von Substanzmißbrauch und -abhängigkeit leisten.

(2) Deskriptiv-epidemiologische *Repräsentativerhebungen speziell zum Gebrauch und Mißbrauch* von bestimmten Substanzgruppen.

(3) Analytisch-epidemiologische *Untersuchungen an Risikokohorten*, die zwar in erster Linie zur Untersuchung der Bedingungen des Auftretens und des Verlaufs von SMA durchgeführt wurden, aber in einigen Fällen auch erlauben, die Prävalenz abzuschätzen.

(4) Erhebungen bei *ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke* (ein Teil der sog. Institutionellen- oder Behandlungsprävalenzen), die u.a. nur einen groben Überblick über das Versorgungsangebot und dessen Nutzung ermöglichen können, da aus stationären Einrichtungen nur verschiedene einzelne Berichte vorliegen.

Bei der Analyse dieser Studien sind z.T. erhebliche Unterschiede in der Methodik und beim Design zu

Tabelle 1. *Klassifikation von SMA in ICD-10 und DSM-III-R*

ICD-10 <sup>2</sup>		DSM-III-R	
F 10.1	Schädlicher Gebrauch von Alkohol	305.00	Alkoholmißbrauch
F 10.2	Abhängigkeitssyndrom, Alkohol	303.90	Alkoholabhängigkeit
F 11.1	Schädlicher Gebrauch von Opioiden	305.50	Opiatmißbrauch
F 11.2	Abhängigkeitssyndrom, Opioide	304.00	Opiatabhängigkeit
F 12.1	Schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden	305.20	Cannabismißbrauch
F 12.2	Abhängigkeitssyndrom, Cannabinoide	304.30	Cannabisabhängigkeit
F 13.1	Schädlicher Gebrauch von Sedativa oder Hypnotika	305.40	Mißbrauch von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika
F 13.2	Abhängigkeitssyndrom, Sedativa oder Hypnotika	304.10	Abhängigkeit von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika
F 14.1	Schädlicher Gebrauch von Kokain	305.60	Kokainmißbrauch
F 14.2	Abhängigkeitssyndrom, Kokain	304.20	Kokainabhängigkeit
F 15.1	Schädlicher Gebrauch anderer Stimulantien	305.70	Mißbrauch von Amphetaminen o.ä.w. Sympathikomimetika
F 15.2	Abhängigkeitssyndrom, andere Stimulantien	305.70	Abhängigkeit von Amphetaminen o.ä.w. Sympathikomimetika
F 16.1	Schädlicher Gebrauch von Halluzinogenen	304.40	Abhängigkeit von Amphetaminen o.ä.w. Sympathikomimetika
F 16.2	Abhängigkeitssyndrom, Halluzinogene	304.40	Abhängigkeit von Amphetaminen o.ä.w. Sympathikomimetika
F 17.2	Abhängigkeitssyndrom, Tabak	305.30	Halluzinogenmißbrauch
F 18.1	Schädlicher Gebrauch flüchtiger Lösungsmittel	304.50	Halluzinogenabhängigkeit
F 18.2	Abhängigkeitssyndrom, flüchtige Lösungsmittel	305.10	Nikotinabhängigkeit
F 19.1	Schädlicher Gebrauch anderer psychoaktiver Substanzen	305.90	Mißbrauch von Inhalantien
F 19.2	Abhängigkeitssyndrom, andere psychoaktive Substanzen	304.60	Abhängigkeit von Inhalantien
		305.90	Mißbrauch psychoaktiver Substanzen NNB
		305.90	Mißbrauch von Phencyclidin (PCP)
		304.90	Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen NNB
		304.50	Abhängigkeit von Phencyclidin (PCP)
<sup>2</sup> ICD 10: Beschreibung des klinischen Erscheinungsbildes an vierter und fünfter Stelle			
F 1x.0	akute Intoxikation	F 1x.5	psychotische Störung
.00	ohne Komplikationen	.50	schizophreniform
.01	mit Verletzung oder anderer körperlicher Schädigung	.51	vorwiegend wahnhaft
.02	mit anderer medizinischer Komplikation	.52	vorwiegend halluzinatorisch
.03	mit Delir	.53	vorwiegend polymorph
.04	mit Wahrnehmungsstörungen	.54	vorwiegend depressive Symptome
.05	mit Koma	.55	vorwiegend manische Symptome
.06	mit Krampfanfällen	.56	gemischt
.07	pathologischer Rausch		
F 1x.1	schädlicher Gebrauch	F 1x.6	durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingtes amnestisches Syndrom
F 1x.2	Abhängigkeitssyndrom	F 1x.7	durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingter Restzustand und verzögert auftretende psychotische
.20	gegenwärtig abstinent	.70	Nachhallzustände
.21	gegenwärtig abstinent, aber in beschützter Umgebung	.71	Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung
.22	gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm	.72	affektives Zustandsbild
.23	gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten	.73	Demenz
.24	gegenwärtiger Substanzgebrauch	.74	andere anhaltende kognitive Beeinträchtigung
.25	ständiger Substanzgebrauch	.75	verzögert auftretende psychotische Störung
.26	episodischer Substanzgebrauch		
F 1x.3	Entzugssyndrom	F 1x.8	andere durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingte psychische oder Verhaltensstörung
.30	ohne Komplikation		
.31	mit Krampfanfällen		
F 1x.4	Entzugssyndrom mit Delir		
.40	ohne Komplikationen		
.41	mit Krampfanfällen		

Tabelle 2. *Diagnosekriterien von SMA im DSM-III-R*Diagnostische Kriterien des Mißbrauchs psychotroper Substanzen

- A) Ein unangepaßtes Konsummuster psychotroper Substanzen, bestehend aus wenigstens einem der folgenden Kriterien:
- (1) Fortgesetzter Gebrauch trotz des Wissens um ein ständiges oder wiederholtes soziales, berufliches, psychisches oder körperliches Problem, das durch den Gebrauch der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt wird.
  - (2) Wiederholter Gebrauch in Situationen, in denen der Gebrauch eine körperliche Gefährdung darstellt (z.B. Alkohol am Steuer).
- B) Einige Symptome der Störung bestehen seit mindestens einem Monat oder sind über eine längere Zeit hinweg wiederholt aufgetreten.
- C) Die Kriterien für eine Abhängigkeit von der psychotropen Substanz wurden zu keinem Zeitpunkt erfüllt.

Diagnostische Kriterien des Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

- A) Wenigstens drei der folgenden Kriterien:
- (1) Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
  - (2) Anhaltender Wunsch oder ein oder mehrere erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
  - (3) Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (z.B. Diebstahl), sie zu sich zu nehmen (z.B. Kettenrauchen), oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
  - (4) Häufiges Auftreten von Intoxikations- oder Entzugssymptomen, wenn eigentlich die Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule und zu Hause erwartet wird (geht nicht zur Arbeit wegen eines Katers, erscheint "high" in der Schule oder bei der Arbeit, ist intoxikiert, während er auf seine Kinder aufpaßt) oder wenn die Einnahme einer Substanz zur körperlichen Gefährdung führt (z.B. Alkohol am Steuer).
  - (5) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmißbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
  - (6) Fortgesetzter Substanzmißbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden sozialen, psychischen oder körperlichen Problems, das durch den Substanzmißbrauch verursacht oder verstärkt wurde (z.B. fortgesetzter Heroïnmißbrauch trotz Vorwürfen seitens der Familie, kokaininduzierte Depressionen oder ein Magengeschwür, das sich durch Alkoholkonsum verschlechtert).
  - (7) Ausgeprägte Toleranzentwicklung: Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung (d.h. wenigstens 50% Dosissteigerung), um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen, oder eine deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.

Beachte: Die folgenden Kriterien sind nicht unbedingt auf Cannabis, Halluzinogene oder Phencyclidin (PCP) anwendbar:

- (8) Charakteristische Entzugssymptome (siehe spezifische Entzugssyndrome unter Durch Psychotrope Substanzen Induzierte Organisch Bedingte Psychische Störungen).
- (9) Häufige Einnahme der Substanz, um Entzugssymptome zu bekämpfen oder zu vermeiden.

- B) Einige Symptome der Störung bestehen seit mindestens einem Monat oder sind über eine längere Zeit hinweg wiederholt aufgetreten.

**Kriterien für den Schweregrad der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen:**

**Leicht:** Wenn überhaupt, dann nur wenige Symptome zusätzlich zu denen, die erforderlich sind, um die Diagnose zu stellen: die Symptomatik führt lediglich zu leichter Beeinträchtigung im beruflichen Bereich, bei den üblichen sozialen Aktivitäten oder bei Beziehungen zu anderen Menschen.

**Mittel:** Symptome oder funktionelle Beeinträchtigung zwischen "leichter" und "schwerer" Ausprägung.

**Schwer:** Viele Symptome zusätzlich zu denen, die zur Diagnosestellung erforderlich sind, wobei die Symptome die berufliche Leistungsfähigkeit, die üblichen sozialen Aktivitäten oder die Beziehungen zu anderen deutlich beeinträchtigen.

**partiell remittiert:** Gelegentlicher Gebrauch der Substanz und einige Abhängigkeitssymptome während der letzten sechs Monate.

**voll remittiert:** Kein Gebrauch der Substanz oder Gebrauch der Substanz ohne Symptome der Abhängigkeit während der letzten sechs Monate.

Tabelle 3. Allgemeine Untersuchungen zur Prävalenz verschiedener Formen psychischer Störungen

Autor	Ort	Design/ Erhebungszeitpunkt	Hauptinstrumente	Variablen	Prävalenzergebnisse zu SMA
Dilling et al., 1984	Oberbayern/ 3 Gemeinden	Querschnitt, N=1536, Alter: ab 15 Jahren, Ausschöpfung 79%, 1975-78	freies klinisches Interview, halbstruk- turiertes klinisch- psychiatrisches Interview nach Goldberg (1970)	psych. Störungen, u.a. Alkoholismus, Medikamentenmiß- brauch und ab- hängigkeit	7-Tage Prävalenz: 4,0% (behandlungsbedürftige Fälle nach ICD-8)
Fichter et al., 1990	Oberbayern/ 3 Gemeinden	Follow-up der Unter- suchung von Dilling et al., 1984, 5-Jahres- Intervall, N=1385, Ausschöpfung 83%, Alter: ab 20 Jahren, 1980-1983	vgl. Dilling & Weyerer, 1984	vgl. Dilling & Weyerer, 1984	7-Tage Prävalenz: 5,0% (behandlungsbedürftige Fälle nach ICD-8)
Schepank, 1987	Mannheim	Kohortenunter- suchung mit follow-up nach 3 Jahren, N=600, Alter 25-45, Ausschöpfung 77%, 1979-1982 u.1983 -1985	freies klinisches Interview, halbstruk- turiertes klinisch- psychiatrisches Interview nach Goldberg (1970)	psychogene Störungen, u.a. Alkoholismus, Medikamentenmiß- brauch und ab- hängigkeit	7-Tage Prävalenz: 3,0% (alle ICD-8 Diagnose- träger)
Wittchen & von Zerssen, 1988	bundesweit	Panelstudie, N=1366, Alter 18- 65, Ausschöpfung 79%, bei erster Erhebung, Erhebungen 1974,81; bei Teilkohorte jährlich	Diagnostic Interview Schedule (DIS)	psych.Störungen, sozialpsychologische psychologische, psychopathologische Merkmale; Suchtmittel- gebrauch, -mißbrauch und -abhängigkeit	4-Wochen Prävalenz: 1,3% 6-Monate Prävalenz: 1,6% Lifetime- Prävalenz: 13,5% (DSM-III Diagnosen)
Zintl-Wiegand et al., 1988	Mannheim/3 Gemeinden in Oberbayern	Querschnitt bei N=1026/N=1274, Alter ab 15, Ausschöpfung keine Angaben, Patienten in Allgemeinarztpraxen, 1973- 1976	freies klinisches Interview, halbstruk- turiertes klinisch- psychiatrisches Interview nach Goldberg (1970)	psych. Störungen	Mannheim: 7-Tage Prävalenz: 6,4% Oberbayern: 7-Tage Prävalenz: 3,9% (der psychiatrischen Diagnosen nach ICD-8)

beachten, die eine zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse erschweren. Bezüglich der Fallidentifikationsmethode werden Strategien angewendet, die von kategorial klinischen Expertenentscheidungen über strukturierte bis hin zu standardisierten Instrumenten reichen. Bei der Mehrzahl der vorliegenden Repräsentativerhebungen und Risikokohortenstudien werden in der Regel Interviews oder Fragebogen eingesetzt, die auf Selbstbeurteilungen beruhen. Die Daten von Versorgungseinrichtungen beruhen ausschließlich auf klinischer Routinediagnostik.

### Allgemeine Untersuchungen zur Prävalenz psychischer Störungen

Wie aus Tabelle 3 ersichtlich ist, liegen in dieser Gruppe fünf Studien mit unterschiedlichen Design- und Stichprobencharakteristika vor.

Dilling, Weyerer und Castell (1984) untersuchten parallel zu einer regional umgrenzten epidemiologischen Studie (Traunstein) die Inanspruchnahmeprävalenz von Patienten bei niedergelassenen Ärzten, psychiatrischen und anderen medizinischen Einrichtungen. Zintl-Wiegand, Krumm, Weyerer und Dilling (1988) berichten über einen Vergleich zwischen der zuvor genannten eher ländlichen Region (Traunstein) mit einer städtischen Region (Mannheim). Schepank (1987) führte eine Kohortenuntersuchung in Mannheim durch. Nur die Untersuchung von Wittchen und von Zerssen (1987) wurde bundesweit durchgeführt. Auch sind bei einem Vergleich der Befunde Unterschiede in den Altersgruppen und Unterschiede bezüglich des Zeitpunktes der Durchführung der Untersuchung zu beachten (vgl. Tabelle 3). Bei drei der Untersuchungen handelt es sich um Querschnitterhebungen zur Prävalenz, lediglich zwei sind Längsschnittstudien bzw. Follow-up Untersuchungen mit Abschätzung der Inzidenz (Fichter et al., 1990; Wittchen & v. Zerssen, 1987). Alle Studien dieser Gruppe wurden von klinisch erfahrenen Interviewern durchgeführt. Abgesehen von der Münchener-Follow-up-Studie (MFS) von Wittchen und von Zerssen (1987), die sowohl ein auf Reliabilität und Validität geprüftes und transkulturell vergleichbares standardisiertes diagnostisches Interview, das „Diagnostic Interview Schedule“ (DIS, Robins et al., 1985), verwendeten als auch eine darauf folgende klinische Nachuntersuchung durchführten, wurde bei allen übrigen Studien das halbstrukturierte Interview von Goldberg und Mitarbeitern (Goldberg et al., 1970) im Zusammenhang mit einem freien klinischen Interview eingesetzt. Dabei ist anzumerken, daß neben Unterschieden im Grad der Strukturiertheit bzw. im Grad der Standardisierung unterschiedliche Schweregrade bei der Fallidentifikation einen Vergleich der Untersuchungen erschweren.

Die Prävalenzschätzungen bezüglich SMA dieser allgemeinen Untersuchungen zu psychischen Störungen können folgendermaßen zusammengefaßt werden:

Alkoholismus und Drogen- bzw. Medikamentenmißbrauch und -abhängigkeit waren zum Zeitpunkt aller Untersuchungen nach neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen mit 7-Tages-Prävalenzraten zwischen 1.5% und 4.0% die häufigste Form psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Dilling et al. (1984) geben für die 7-Tages-Prävalenzra-

te bei Personen ab einem Alter von 15 Jahren für Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit (Sucht und Mißbrauch) in einem eher ländlichen Bezirk Oberbayerns Werte von 1.8% bis 7.1% an (je nach Schweregrad bzw. Haupt- oder Nebendiagnosen). Die Prävalenzrate für behandlungsbedürftige Fälle liegt dabei bei 4.0%. Die Prävalenz für den Gebrauch psychotroper Substanzen (z.B. Tranquilizer, Antidepressiva, Neuroleptika, Stimulantien), der mit der Frage „Haben Sie irgendein Medikament während der vergangenen 7 Tage genommen?“ erfaßt wurde, lag bei 8.1% (Weyerer & Dilling, 1991). Fichter et al. (1990) konnten in ihrer Follow-up-Untersuchung der Studie von Dilling et al. (1984) nach fünf Jahren eine leichte Steigerung der Prävalenzrate für behandlungsbedürftige Fälle auf 5.0% feststellen. Leider werden jedoch die entsprechenden Konfidenzintervalle nicht angegeben, so daß eine Überprüfung bezüglich eines tatsächlichen Anstieges nicht möglich ist. Allerdings wurde in dieser Untersuchung der Alkohol- und Drogengebrauch differenziert erfaßt. Die Diagnose Alkoholmißbrauch/-abhängigkeit mit leichtem Schweregrad zeigte sich bei 2.1% der Gesamtstichprobe im ersten Querschnitt und 4.4% der Gesamtstichprobe im zweiten Querschnitt. Deutlichen bis schweren Alkoholmißbrauch/-abhängigkeit hatten beim ersten Querschnitt 1.9% und beim zweiten Querschnitt 4.2%.

Die Raten für den Medikamentengebrauch lassen sich zwar aufgrund verschiedener Zeitfenster nicht vergleichen, jedoch wurden von Fichter (1990) sehr differenzierte Raten für den Gebrauch in den letzten 4 Wochen angegeben. Die sechs am häufigsten genannten Hauptgruppen waren Kardiaka (23.2%), Psychopharmaka (18.1%), Sexualhormone und -hemstoffe (17.7%), Analgetika (16.9%), Koronarmittel (13.5%) und Antihypertonika (12.6%). Hypnotika und Sedativa lagen auf dem zehnten Platz. Bezüglich der Einnahme einzelner Psychopharmaka nach Stoffgruppen hatten 1.5% aller befragter Personen mindestens einmal ein Antidepressivum, 1.6% ein Neuroleptikum, 6.9% ein Benzodiazepin und 3.6% ein Barbiturat eingenommen. Leider lassen sich auch die Ergebnisse dieser Studie wegen der unterschiedlichen Zeitfenster nicht vergleichen mit einer Untersuchung von Koenig et al. (1987), die im Rahmen der Münchener und Lübecker Blutdruckstudien den Medikamentengebrauch erhoben hatten. Die Prävalenzraten für den Gebrauch psychotroper Substanzen lagen 1981 in München bei 9.3% und 1984 in Lübeck bei 7.0%. Vor allem bei Benzodiazepinen war ein signifikanter Unterschied zu verzeichnen. Sie machten in München ungefähr zwei Drittel der Substanzen aus, während sie in Lübeck unter 50% lagen. Anzumerken wäre

allerdings, daß es sich bei diesen Raten zu Medikamenten nicht um Mißbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnosen handelt, sondern um Gebrauchsdaten.

In Mannheim fanden Tress und Schepank (1990) für Alkoholismus und Drogenmißbrauch 7-Tages Prävalenzraten von 1.5% bis 3.0%, wobei die geringe Stichprobengröße und die Altersgruppenbegrenzung dieser Studie zu beachten sind. Wittchen und von Zerssen (1987), die Lebenszeitprävalenzraten nach DSM-III erfaßten, fanden, daß 13.5% der Bevölkerung im Jahre 1981 zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben die Kriterien für Mißbrauch und/oder Abhängigkeit von psychotropen Substanzen erfüllten. Dies entspricht von der Höhe in etwa den aufgefundenen Lebenszeitprävalenzraten dieser Studie für Angststörungen (13.9%) und Affektiven Störungen (12.9%). Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit (13.0%) machte bei den Lebenszeitprävalenzen den größten Teil aus, gegenüber deutlich niedrigeren Raten für Drogen- und Medikamentenmißbrauch und -abhängigkeit (1.8%). Die 6-Monate-Querschnitts-Raten für diese Störungen lagen in dieser Studie bei 1.6%. Die Autoren weisen darauf hin, daß dieser große Unterschied zwischen Lebenszeit- und Querschnittsprävalenz möglicherweise dadurch zustande kommt, daß die Probanden offensichtlich leichter vergangene als derzeitige Symptome eines Mißbrauchs oder einer Abhängigkeit angeben. Bei den Inanspruchnahmedaten verschiedener Versorgungsebenen zeigt sich nach Häfner und Weyerer (1990) auf Basis der Daten von Dilling et al. (1984), daß die (relative) Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen bezüglich Alkoholismus und Medikamenten-/Drogenmißbrauch bzw. -abhängigkeit bei über 15-Jährigen je nach unterschiedlicher Einrichtung stark differierten. Vor allem zwischen Hausarztpraxen (3.6%) und den Befunden der Feldstudie in der Allgemeinbevölkerung (9.8%) bestehen auffallend große Unterschiede. Regionale Einflüsse spielen dabei offensichtlich eine wichtige Rolle. In der Verwaltungs- und Industriestadt Mannheim fand sich nach Zintl-Wiegand et al. (1988) eine Rate von 6.4% für Alkoholismus und Drogenabhängigkeit in Allgemeinarztpraxen, während sich in der ländlichen Region von Traunstein ein Wert von 3.9% ergab.

Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse aus allgemeinen epidemiologischen Feldstudien ist zu beachten, daß alle Studien Ende der Siebziger Jahre und Anfang der Achtziger Jahre durchgeführt wurden. Damit sind diese Angaben nicht mehr aktuell. Zudem konnten die neuen Entwicklungen der internationalen Klassifikationssysteme bezüglich substanzspezifischer Mißbrauchs- und Abhängigkeitsstörungen in Verbindung mit den entsprechenden Kriterien mit Ausnahme der MFS, die auf DSM-III

Kriterien beruhte, noch nicht in die Methodik einfließen. Aufgrund der mangelnden Differenziertheit der älteren Klassifikationsansätze ICD-8/-9 liegen ferner auch keine substanzspezifischen Prävalenzraten zu Störungen durch Substanzgebrauch vor, sondern nur relativ grobe Unterscheidungen zwischen verschiedenen Formen von Alkoholismus, Medikamenten- und Drogenmißbrauch bzw. -abhängigkeit. Neben regionalen Einflüssen, verschiedenen Altersgruppen und unterschiedlichen „Zeitfenster“ Definitionen in der Fallfindung (7-Tage vs. 6 Monate und Lebenszeit) dürften diese groben Klassifikationen auch für die Varianz der Befunde in den 5 Studien verantwortlich sein. Insbesondere ist auch auf das Problem adäquater zeitlicher Kriterien für die Diagnose von Mißbrauch und Abhängigkeit hinzuweisen. Bei den berichteten 7-Tages Querschnitts-Prävalenzraten ist es nicht möglich, „symptomfreie“ Phasen, bzw. frühere Mißbrauchphasen zu erfassen. Eine Beurteilung über längere Perioden scheint bei SMA, die oft durch einen phasisch (Stadien-) Verlauf gekennzeichnet sind, sicherlich sinnvoller. Lebenszeitprävalenzen können zwar „echte“ Längsschnitterhebungen nicht ersetzen, ermöglichen aber eine umfassendere Bestimmung von Erkrankungsrisiken, obwohl sie auch methodische Probleme wie Erinnerungsverzerrungen aufwerfen, die aber z.B. durch die Vorgabe von Ankerreizen minimiert werden können.

#### Repräsentativerhebungen zum Gebrauch und „Mißbrauch“ von Substanzen

Der größte Teil der vorliegenden Repräsentativerhebungen in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands wurde im Auftrag des Bundes oder der Länder durchgeführt (Infratest, 1980, 1983, 1984, 1991, 1992; Institut für Jugendforschung, 1982, 1986; 1990; BMG/IFT, 1991). Oft liegen allerdings nur schlecht dokumentierte und nicht nach wissenschaftlichen Kriterien verfaßte Berichtsbände vor, die z.T. nicht veröffentlicht wurden. Die Befundlage kann somit nur lückenhaft dokumentiert werden. Die bei fast allen der o.g. Studien durchgeführte einfache deskriptiv-statistische Auswertung ist ferner mangelhaft und erfüllt lediglich den Zweck unmittelbarer Bereitstellung von Daten für Berichtsbände. Da aus diesen Gründen gerade allgemeine Angaben zur Prävalenz fehlen, bzw. nicht nachvollziehbar sind, wurde bei der Auflistung der Repräsentativerhebungen auf die Darstellung der einzelnen Ergebnisse verzichtet. Auch handelt es sich bei den Instrumenten größtenteils um Fragebögen, die ad-hoc zusammengestellt wurden, so daß auch diesbezüglich keine näheren Angaben ge-

macht werden können. Die Ausschöpfungsraten liegen zwischen 62% und 98%, wobei sich letztere bei Befragungen von Schulklassen ergeben. Auch hierzu liegen allerdings nur vereinzelte Angaben vor (vgl. Infratest 1991, 1992; Reuband, 1988).

Die Repräsentativerhebungen zum Gebrauch und Mißbrauch von Substanzen wurden zumeist an Jugendlichen und jungen Erwachsenen durchgeführt. Angaben zur Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung bzw. insbesondere im höheren Alter sind somit nicht möglich. Durch die Anlage der meisten Studien als Querschnitterhebungen zu verschiedenen Zeitpunkten lassen sich zwar bei Beachtung vergleichbarer Stichprobenprozeduren ungefähre Trends zum Gebrauch angeben, eine Bestimmung von Verläufen und Stadienwechseln kann jedoch nicht vorgenommen werden. Bei fast allen Untersuchungen wurden Fragebögen eingesetzt, einige wenige Erhebungen wurden auch mittels Interviews durchgeführt. Die eingesetzten Instrumente wurden in der Regel ad-hoc entwickelt bzw. modifiziert, so daß kaum Angaben zur Reliabilität und Validität vorliegen.

In Übereinstimmung mit der Übersichtsarbeit von Reuband (1992) läßt sich die Befundlage so zusammenfassen, daß die Querschnittsprävalenzraten des Gebrauchs von Drogen und Medikamenten für 14jährige zwischen 14% und 18% liegen. Die aktuellen substanzspezifischen Ergebnisse bei 12jährigen, lassen sich in Anlehnung an die Repräsentativerhebung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, die von Juli 1990 bis Mai 1991 durchgeführt wurde, folgendermaßen zusammenfassen (BFG, 1991): Die Häufigkeit des täglichen Konsums von Alkohol wird mit 14.4% in den neuen Bundesländern und 7.9% in den alten Bundesländern beziffert. In den alten Bundesländern ist dabei die Zahl der Personen, die täglich Bier trinken von 6.3% (1986) auf 4.9% (1990) zurückgegangen. 2.2% aller untersuchten Personen in den neuen Bundesländern und 2.6% in den alten Bundesländern bezeichnen sich selbst als „alkoholabhängig“.

Die Lebenszeit-Häufigkeit für den Gebrauch illegaler Drogen liegt bei 16.3% der Befragten in den alten Bundesländern, jedoch nur bei 1.5% in den neuen Bundesländern. Zugenommen gegenüber 1986 hat vor allem der Anteil der Drogen erfahrenen („zumindest einmal Drogen gebraucht“) im Altersbereich von 12-29 Jahren von 12.1% (1986) auf 16.1% (1990). Bei der Zahl der aktuellen Konsumenten ist im gleichen Altersbereich und Zeitraum ein Anstieg von 4.5% (1986) auf 6.2% (1990) zu verzeichnen. Die größte Gruppe der konsumierten illegalen Substanzen ist Haschisch (3.9%). Kokain (0.3%) und Opiate (0.2%) werden in dieser Altersgruppe seltener gebraucht. Die 12-Monate-Prävalenzrate für den Konsum illegaler Drogen wird zusammenfassend auf 4.8% geschätzt. Der Gebrauch von Medikamenten ohne eindeutige Indikation, die mindestens ein- bis zweimal pro Woche verwendet werden, liegt je nach Substanzklasse zwischen 0.2% und 2.8%.

39.4% der Befragten in den alten und 42.1% in den neuen Ländern bezeichneten sich zum Zeitpunkt der Befragung als Raucher. Ein Rückgang von 39.2% (1986) auf 36.9% (1990) ist bei der Altersgruppe 12- bis 29jähriger zu verzeichnen. Bezüglich einer Selbsteinschätzung der Nikotinabhängigkeit bezeichneten sich 24.2% der Befragten im Westen und 20.9% der Befragten im Osten als abhängig.

Obwohl im Gegensatz zu den eingangs referierten Ergebnissen der Gruppe 1 ein etwas breiteres Spektrum an Substanzen erfaßt wurde, ist die Berechnung der Raten von klinisch relevanten Mißbrauchs- und Abhängigkeitsstörungen nicht möglich. Die Daten wurden fast ausnahmslos mittels Fragebogen oder Interviews gewonnen, die zwar dimensionale Merkmale des Gebrauchs über Quantität und Frequenz der psychotropen Substanzen erfassen, aber keine Ableitung differenzierter Mißbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnosen ermöglichen. Die Auflistung quantitativer Angaben des Gebrauchs mag einen gewissen Anhaltspunkt geben. Da jedoch bezüglich der Diagnose von SMA eine enorme interindividuelle Variabilität bezüglich der Toleranz und Effekte zu beachten ist, reicht eine mengenorientierte Diagnostik nicht aus. Die in derartigen Studien verwendeten substanzspezifischen Selbsteinschätzungen der Abhängigkeit erscheinen in Übereinstimmung damit auch entsprechend zu gering. Insbesondere fehlen Fragen z.B. zum Alter beim Erstgebrauch, zu Dosissteigerungen, Toleranz- und Entzugsphänomenen oder zu wiederholtem Gebrauch trotz Gefährdung oder Problemen, die im Zusammenhang mit Substanzgebrauch auftreten und Merkmale eines Mißbrauchs oder einer Abhängigkeit sein können. Auch kommt hinzu, daß bei der z.T. üblichen Prozedur dieser Untersuchungen, die Fragebogen per Post zu versenden, Fehlerquellen auftreten können, die sich durch geschulte Interviewer verringern lassen würden. In diesem Zusammenhang muß auch angezweifelt werden, inwieweit durch Repräsentativerhebungen eine vollständige Erfassung des illegalen Drogengebrauchs erreicht werden kann. Ein Teil der Personen mit einer Substanzabhängigkeit von illegalen Drogen werden u.U. bei Fragebögen die entsprechenden Fragen zur Abhängigkeit nicht beantworten oder ist nicht erreichbar. Insofern sind insbesondere diese Personengruppen unterrepräsentiert (vgl. auch Reuband, 1990).

Trotz dieser Mängel hinsichtlich klinisch relevanter Daten zu Störungen durch Substanzen ist der Kenntnisstand bezüglich der Häufigkeit des Gebrauchs verschiedener legaler und illegaler Substanzen allerdings relativ befriedigend.

### Untersuchungen an SMA-Risikokohorten

Die dritte Gruppe von Untersuchungen (z.B. Nordlohne, 1992; Silbereisen & Eyferth, 1985) basiert auf der fokussierten Untersuchung von Risikogruppen zum Teil mit einem relativ differenzierten Längsschnittkohortendesign.

Wegen der zumeist zu kleinen Stichproben sowie fehlenden klinisch validierten Untersuchungsinstrumenten lassen diese Untersuchungen allerdings nur selten Aussagen zu, die über den allgemeinen Beleg des Gebrauchs von Substanzen bei den untersuchten Risikogruppen hinausgehen (zu einer ausführlicheren Diskussion wird daher auf Abschnitt 3. zu Risikofaktoren verwiesen).

Die Ergebnisse zum Alkohol-, Tabak- und Medikamentengebrauch einer 12- bis 17jährigen Schülerstichprobe (Nordlohne, 1992) sollen jedoch exemplarisch genannt werden:

Die Lebenszeit-Häufigkeit des Gebrauchs an sogenannten weichen Alkoholika liegt bei den untersuchten 12- bis 17jährigen Schülerkohorten bei 50%. Bei „harten“ Alkoholika gaben 25% einen gelegentlichen oder regelmäßigen Gebrauch an. Bezüglich des Tabakkonsums liegt die Lebenszeitprävalenz bei 31%. Beim Medikamentengebrauch, der für einen Prävalenzzeitraum von zwölf Monaten angegeben wird (täglich bis seltener Gebrauch), finden sich an erster Stelle Erkältungs- oder Grippemittel mit 18-21% (je nach Region), gefolgt von Mitteln gegen Allergien mit 10-11%, Kopfschmerzmitteln mit 6-8%, Mitteln für Lungen und Bronchialerkrankungen mit 3-6% und Herz-/Kreislaufmitteln mit 3-5%. Andere Medikamente weisen eher geringere Raten auf.

Diese Gebrauchsdaten sind bezüglich des Alkohol- und Tabakkonsums in etwa mit den Ergebnissen zum Konsum dieser Substanzen der Repräsentativerhebung bei den entsprechenden Altersgruppen vergleichbar.

### Erhebungen zur Klientel ambulanter psychosozialer Versorgungseinrichtungen

Neben Berichtsbänden einzelner Versorgungseinrichtungen sowie einer eher geringen Anzahl an Publikationen, die sich z.B. auf das Klientel einzelner Kliniken beziehen, kann bei dieser Datenquelle vor allem das „Einrichtungsbezogene Informationssystem“ (EBIS, Hachmann & Bühringer, 1980) genannt werden, zu dem jährliche Statistiken über ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland erscheinen. Anhand der umfassenden Jahresstatistik 1991 (Simon et al., 1992) sowie der Jahresstatistik 1993 (Simon et al., 1994) können folgende Daten extrahiert werden:

Insgesamt wurden 330 Einrichtungen erfaßt, was 1993 35% aller Einrichtungen in Deutschland entsprach. Sie sollen für die alten Bundesländer ein repräsentatives Bild über die institutionellen Versorgungsangebote ermöglichen. 55.321 Klienten wurden 1991 neu aufgenommen. Davon waren ungefähr ein Drittel Frauen und zwei Drittel Männer. Die größte Altersgruppe stellen Personen zwischen 30 und 50 Jahren dar. Als häufigstes Suchtmittel wurde Alkohol angegeben, wobei bei rund 60% der Männer und knapp 40% der Frauen ein Abhängigkeitssyndrom festgestellt wurde. Während diese Zahl bei Männern in etwa der des Vorjahres entspricht, ist sie bei Frauen leicht angestiegen. An zweiter Stelle steht bei Männern (16%) und Frauen (11%) der schädliche Gebrauch von Alkohol. Nur wenig niedriger liegt bei beiden Gruppen die Zahl der Opiatabhängigen (14% bzw. 9%). Sowohl für Opiatabhängigkeit als auch den schädlichen Gebrauch ist hier ein bemerkenswerter Anstieg in den letzten Jahren zu verzeichnen, ohne eine Aussage zu erlauben, ob dies auf eine größere Behandlungsbereitschaft oder auf einen tatsächlichen Anstieg zurückzuführen ist. Auch soll sich der starke Anstieg 1993 nicht fortgesetzt haben. Bei weiblichen Klienten sind sowohl die Zahlen für schädlichen Gebrauch als auch Abhängigkeit von Hypnotika/Sedativa relativ hoch (zusammen 15.5% bei Frauen, 11% bei Männern). Demgegenüber erhielten knapp 7% der Männer und 4% der Frauen eine Diagnose zu schädlichem Kokaingebrauch oder -Abhängigkeit. Bis 1993 war hier ein starker Anstieg bei Frauen zu verzeichnen. Auf schädlichen Mißbrauch oder Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen wie z.B. Halluzinogenen oder Lösungsmitteln entfallen sowohl bei Männern als auch bei Frauen noch 9%.

Bemerkenswert ist, daß es sich bei diesen Angaben bereits um Diagnosen entsprechend der ICD-10 (1991, eingeführt) handelt und nicht lediglich um Daten zum Gebrauch der Substanzen. Offen bleibt allerdings bei dieser klinischen Routinediagnostik naturgemäß die Frage, welche Vorgehensweisen und Verfahren bei der Ableitung der ICD-10 Diagnosen eingesetzt wurden. Es ist nicht bekannt, in welchem Umfang unterschiedliche Datenquellen zur Absicherung der Diagnosen benutzt wurden. Ferner wissen wir nichts über die Interrater-Reliabilität. Insgesamt wäre aufgrund der Befunde zu prüfen, ob bei der Prävalenz spezifischer Mißbrauchs- und Abhängigkeitsstörungen, wie z.B. bezüglich Opiaten, die bisher unter 1% lagen, in der Allgemeinbevölkerung ebenfalls mit einem Zuwachs zu rechnen ist, der sich zumindest auf der Lebenszeit-Ebene bemerkbar machen könnte.

Tabelle 4. Lebenszeit und 6-Monate Prävalenzraten zu SMA von ausgewählten internationalen Studien

DSM-III Diagnose	MFS Life (6-Mon.)	ECA (total) Life (6-Mon.)	St. Louis* Life (6-Mon.)	New Haven* Life (6-Mon.)	Baltimore* Life (6-Mon.)	Los Angel.* Life (6-Mon.)	Puerto Rico Life (6-Mon.)	Edmon., CAN Life (6-Mon.)	Seoul, Korea Life	Christch., NZ Life
Substance use Dis.	13.5** (1.6)	16.7 (6.1)	18.1 (5.8)	15.0 (6.1)	17.0 (7.2)	18.5 (6.5)		20.6 (6.3)	31.8	21.0
Alcohol ab/dep	13.0** (1.2)	13.5 (4.8)	15.7 (4.5)	11.5 (4.8)	13.7 (5.7)	14.9 (4.9)	12.6 (4.9)	18.0 (5.4)	21.7	18.9
Drugs ab/dep	1.8 (0.6)	6.1 <sup>1</sup> (2.0)	5.5 (2.0)	5.8 (1.8)	5.6 (2.2)	7.3 (2.4)	7.0 (2.7)	6.9 (1.7)	0.9	5.7

MFS = Münchner follow-up Studie; ECA = Epidemiological Catchment Area

\* = ECA-Studien; \*\* = Modifizierte DIS-Ratings

<sup>1</sup>: Cannabis = 4.3, Opioid = 0.7, Stimulantien = 1.7, Sedativa = 1.2, Kokain = 0.2, Halluzinogene = 0.4

## Vergleich mit internationalen Studien

Die internationale Situation ist hinsichtlich methodisch befriedigender Prävalenzangaben zu klinisch relevanten SMA-Störungen besser (vgl. auch Wittchen & Perkonig, im Druck).

Zwar ist die Problematik der Repräsentativerhebungen z.B. des „National Household Survey on Drug Abuse“ (NHSDA, 1990) in den USA durchaus vergleichbar mit deutschen Repräsentativerhebungen zum Gebrauch von Drogen, insgesamt kann man sich jedoch auf eine breitere Basis an Datenquellen stützen (vgl. Yih-Ing Hser, 1993). So geben Balter et al. (1984) für verschiedene Länder ein-Jahres-Gebrauchsraten von psychotropen Substanzen zwischen 7,4% in den Niederlanden und 17,6% in Belgien an. Deutschland (12%) liegt hier zusammen mit den USA (12,9%) im mittleren Bereich der untersuchten Länder. Auch umfassende epidemiologische Untersuchungen zu psychischen Störungen und spezifischen SMA-Diagnosen auf der Grundlage standardisierter Instrumente lassen sich anführen. So können die in einer Reihe US-weiter und auch internationaler Studien (vgl. Robins & Regier, 1991, Wittchen & Essau, 1993) mit dem Diagnostic Interview Schedule (DIS, Robins et al., 1985) erhobenen Daten zu psychischen Störungen und damit auch zu „substance use disorder“ nach DSM-III direkt verglichen werden (vgl. Tabelle 4).

Die Lebenszeitprävalenz von Störungen durch Substanzgebrauch wird auf internationaler Ebene mit einer Spannbreite von 13,5% bis 31,8% geschätzt. Bemerkenswert erscheint dabei vor allem die hohe Rate in Edmonton (Kanada) sowie in der ECA-Region Los Angeles. Die deutschen Prävalenzraten, der einzigen direkt vergleichbaren Münchner Follow-up Studie (MFS) liegen im unteren Teil des Befundspektrums. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die MFS im Gegensatz zu den anderen Studien lediglich 25- bis 64jährige untersuchte, was sich vor allem als Alterskohorteneffekt auf die Prävalenzschätzung des illegalen Drogengebrauchs auswirken dürfte. Diese wird bei 25- bis 64jährigen bezüglich der Lebenszeitprävalenz in Deutschland auf 1,8% sowie in Korea mit 0,9% deutlich unter den Raten der anderen Staaten eingeschätzt.

Der kurze Überblick verdeutlicht, daß SMA in fast allen Ländern eine der häufigsten Formen psychischer Störungen darstellten. Die Lebenszeitprävalenzraten für Angststörungen lagen in denselben Studien zwischen 10,4% und 25,1%, das heißt etwa in derselben Höhe. Dies wird auch durch neue Ergebnisse des „National Comorbidity Surveys“ (NCS; Kessler, McGonagle, Zhao et al., 1994) zur Epidemiologie und insbesondere Komorbidität psychiatrischer Störungen in den USA bestätigt. Für die Lebenszeitprävalenz von SMA nach DSM-III-R, die mit einer modifizierten Version des „Composite International Diagnostic Interview“ (CIDI) erhoben wurde, fand sich eine Rate von 26,6%. Auch die 12-Monate Prävalenzrate lag mit 11,3% relativ hoch. Allerdings ist ein Vergleich mit den zuvor genannten Raten wegen der neueren DSM-

III-R Klassifikation und dem CIDI nur schwer möglich.

## Risikofaktoren von Substanzmißbrauch und -abhängigkeit

Zu Risikofaktoren von SMA liegen neben Befunden aus epidemiologischen Studien vor allem Ergebnisse sozialwissenschaftlicher oder klinischer Untersuchungen vor. Grundsätzlich kann zwischen individuumzentrierten Ansätzen und eher kontext- oder situationorientierten Ansätzen unterschieden werden (Clayton, 1992). Die Spannweite der zwischenzeitlich sehr zahlreichen untersuchten Faktoren reicht dabei von soziokulturellen über personale- und verhaltensorientierte Merkmale bis hin zu genetischen und physiologischen Faktoren (vgl. im Überblick Berman & Noble, 1993). Einige der wichtigsten Ergebnisse, die im Rahmen dieser unterschiedlichen Perspektiven diskutiert wurden, lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- *soziodemographische Merkmale:* Sowohl die deutschen Repräsentativerhebungen, als auch internationale epidemiologische Studien weisen auf einen wesentlich höheren Konsum von Alkohol, Nikotin und Drogen bei Männern hin (Barnes et al., 1992; BMG, 1991; Johnson & Jenisson, 1992). Besonders in der Altersgruppe zwischen 18 und 25 Jahren wurde ein erhöhter Gebrauch festgestellt. Dagegen scheinen SMA-Störungen durch Drogen in zunehmendem Maße in Altersgruppen ab 25 Jahren aufzutreten (vgl. Simon et al., 1992). Beim Gebrauch von Psychopharmaka insbesondere bei Benzodiazepinen zeigen sich höhere Raten bei Frauen und bei höherem Lebensalter (Balter et al., 1984; Fichter 1990; Weyerer & Dilling, 1991; Wittchen & Essau, 1993).

- *sozialökonomische Faktoren:* Faktoren wie niedrige Bildung und schlechte ökonomische Verhältnisse sind bei Alkohol und Tabakkonsum mit einem erhöhten Risiko verbunden (Johnson & Jennison, 1992). Bei jugendlichen Drogenkonsumenten scheint die soziale Schichtzugehörigkeit der Eltern jedoch eine geringere Rolle zu spielen (im Überblick, Hawkins et al., 1992). Auch beim Medikamentengebrauch ergeben sich keine Zusammenhänge mit der Schichtzugehörigkeit (Balter et al., 1984);

- *persönlichkeitspsychologische Faktoren:* Untersuchungen, die sich mit „klassischen“ Persönlichkeitsmerkmalen wie z.B. „Extraversion“ befaßt haben, erbrachten bei Alkoholabhängigen keine schlüssigen Ergebnisse (Nathan, 1988). Bezüglich des Typ-A-Verhaltens gibt es dagegen Hinweise, die auf einen erhöhten Alkoholkonsum hindeuten (Folsom et al., 1985). Merkmale wie geringere Selbstwirksamkeitserwartungen und Kontrollüberzeugungen sollen Vulnerabilitätsfaktoren für SMA sein (z.B. Newcomb & Harlow, 1986).

- *sozialpsychologische Faktoren:* Belastungen in Verbindung mit dysfunktionalem Bewältigungsverhalten und substanzspezifischen Erwartungen stellen nach Ansicht verschiedener Autoren ein erhöhtes Risiko für SMA dar (z.B. Cooper et al., 1992). Bei den verschiedenen Belastungsformen zählt vor allem Arbeitslosigkeit zu den meist untersuchten Vulnerabilitätsfaktoren. So wurde z.B. erhöhter Alkoholkonsum bei arbeitslosen Jugendlichen nachgewiesen (Janlert & Hammarström, 1992). Für die Entwicklung von SMA-Störungen beim Umgang mit Belastungen dürfte auch ein Mangel an Puffermöglichkeiten, z.B. über das so-

ziale Netzwerk verantwortlich sein. Alkohol- und Drogenabhängige wiesen verschiedene Defizite in ihrem sozialen Netzwerk auf (Baumann et al., 1987). Auch beim Medikamentengebrauch werden Belastungen als Risikofaktoren angeführt (Fichter 1990; Wittchen & Essau, 1993).

- *entwicklungspsychologische Faktoren:* Einerseits soll bei kritischen Entwicklungsanforderungen wie z.B. Problemen in der Schule oder Problemen mit der Bezugsgruppe etc. Substanzgebrauch eine Form von Bewältigungsverhalten darstellen (z.B. Hurrelmann & Hesse, 1991), wobei z.B. ein Zusammenhang zwischen Leistungsanforderungen und Medikamentenmißbrauch nachgewiesen werden konnte (Nordlohne, 1992). Andererseits sollen verschiedene Defizite im Rahmen eines frühen und andauernden Problemverhaltens, wie z.B. Aggressivität mit einem späteren Gebrauch von Substanzen verknüpft sein (z.B. Kellam et al., 1983; Shedler & Block, 1990).

- *familiengenetische Faktoren:* Das Risiko von Kindern, Alkoholmißbrauchs- und Abhängigkeitsstörungen zu entwickeln, ist stark mit elterlichen Abhängigkeitsmustern assoziiert (Goodwin, 1987; Lachner & Wittchen, 1995). Auch bezüglich dem Mißbrauch von Drogen konnte eine Assoziation mit erhöhtem Risiko nachgewiesen werden (z.B. Merikangas et al., 1992).

- *psychopathologische Faktoren:* Antisoziale Persönlichkeitsstörungen scheinen mit SMA-Störungen insbesondere bezüglich Alkohol verknüpft (Hesselbrock et al., im Druck). Erhöhte Komorbiditätsraten mit anderen psychiatrischen Störungen ließen sich sowohl bei klinischen Untersuchungen als auch in epidemiologischen Studien nachweisen (Weiss, 1992; Regier et al., 1990b). Dabei ergeben sich signifikante Assoziationen für Angststörungen und zum Teil auch für depressive Erkrankungen. Ferner mehrten sich Hinweise darauf, daß frühe (Kindheit und frühe Adoleszenz) Ängste (subklinische Panikattacken, Einfache- und Soziale Phobien) spezifische Vulnerabilitätsfaktoren für SMA darstellen (Kushner et al., 1990). Epidemiologische Untersuchungen (Weyerer & Dilling, 1991) zeigen relativ eindeutig die höchsten Konsumraten bei psychotropen Substanzen bei Personen mit psychischen Störungen. Dabei weisen klinisch-epidemiologische Studien (Pariante et al., 1992; Wittchen & von Zerssen, 1987) insbesondere auf die Beziehung von Medikamentenmißbrauch und Angststörungen hin.

- *substanzspezifische Faktoren:* Ein früher Beginn des Gebrauchs von Alkohol oder Drogen scheint eng mit der Entwicklung von Mißbrauch und Abhängigkeit verknüpft zu sein (Wittchen & von Zerssen, 1987). Auch Einstellungen und Erwartungshaltungen gegenüber bestimmten Substanzen können wichtige Faktoren bei der Entwicklung von SMA sein (z.B. Stacy et al., 1992).

Dieser kurze Überblick macht deutlich, daß zahlreiche Befunde zu Faktoren vorliegen, die mit Entstehung, Verlauf oder Verhinderung von SMA assoziiert sind. Inwieweit es sich dabei aber um Risikofaktoren im engeren Sinne des Wortes oder lediglich den Nachweis von Assoziationen bzw. Risikoindikatoren handelt, bleibt jedoch oft ungeklärt. Die Gründe dafür liegen sowohl im methodischen Vorgehen als auch in einem Theoriedefizit. Viele Befunde epidemiologischer Untersuchungen stammen aus Querschnittstudien, die keine Beurteilung ermöglichen, ob den sogenannten Risikofaktoren prädisponierende Funktionen für die Entwicklung von SMA zukommen, ob sie zur Manifestation beitragen oder ob sie als Folge des Verlaufs von Mißbrauchs- oder Abhängigkeitsstörungen aufzufassen sind. Der Nachteil vieler klinischer Studien liegt darin, daß in der Regel „Samples of

Convenience“ untersucht werden, die die Gefahr von Fehlschlüssen beinhalten. Zudem variieren in vielen Untersuchungen die Stichprobencharakteristika, so daß teilweise nur beschränkte Interpretationen zulässig sind. Bei fast allen sozialwissenschaftlichen Studien ist vor allem bezüglich der Methodik kritisch anzumerken, daß trotz des Vorliegens beeindruckender Längsschnitterhebungen, z.B. von den Forschungsgruppen um Kellam (Kellam et al., 1983), Block (Shedler & Block, 1990), Brook (Brook et al., 1989) sowie Newcomb (Newcomb & Felix-Ortiz, 1992) oder Risikokohortenstudien bei Schülern (z.B. Nordlohne, 1992) kaum klinisch relevante Mißbrauchs- und Abhängigkeitsmuster, bzw. Stadienwechsel erfaßt wurden. Die Erhebung lediglich gebrauchsoientierter Daten ist hier die Regel. Untersuchungen der Bedingungen, die bei Phasenübergängen (z.B. Gebrauch - Mißbrauch - Gebrauch) oder Substanzwechseln (z.B. von Nikotin zu Alkohol) im Zusammenhang mit Vulnerabilitäts- und Protektionsfaktoren vorliegen, fehlen völlig.

## Schlußfolgerungen und Ausblick

Ausgehend von neuen internationalen Klassifikationsansätzen konnte gezeigt werden, daß der Stand der epidemiologischen Forschung zur Prävalenz und zu Risikofaktoren von SMA unbefriedigend ist. Folgende Mängel fallen dabei besonders auf:

(1) Es fehlen neuere Untersuchungen, die repräsentativ klinisch relevante Daten zu SMA in der Allgemeinbevölkerung bereitstellen. Durch eine Vielzahl an Querschnitts- und seltener Paneluntersuchungen ist zwar der Kenntnisstand zur Häufigkeit des *Gebrauchs* von Alkohol sowie des *Gebrauchs* verschiedener legaler und illegaler psychotroper Substanzen (einschließlich Nikotin) zufriedenstellend, neuere Daten zur Prävalenz von spezifischen, klinisch-relevanten *Mißbrauchs- und Abhängigkeitsstörungen* auf der Basis der ICD-10 liegen jedoch bisher nicht vor. Vor allem mangelt es im Hinblick auf eine gezielte Prävention an methodisch befriedigenden Prävalenzangaben bei Risikogruppen, wie z.B. 15- bis 25jährigen in der Allgemeinbevölkerung. Betrachtet man die Vielfalt und vor allem bessere Verfügbarkeit auch verschiedener illegaler Drogen, die in den letzten Jahren eine zunehmend bedeutsame Rolle gespielt haben dürften, so kann vermutet werden, daß auch die Prävalenzraten für Mißbrauchs- und Abhängigkeitsstörungen stark variieren. Dies deuten auch die Jahresstatistiken der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke an (Simon et al., 1992; Simon et al., 1994).

(2) Es sind Längsschnittstudien vor allem im Rahmen von Einstiegsprozessen d.h. bei Jugendlichen erforderlich, bei denen Stadienwechsel und Remissionen im Verlauf überprüft werden. Eine bessere Kenntnis dieser Prozesse ermöglicht eine adäquatere Planung des Bedarfs an therapeutischen Maßnahmen und Einrichtungen auf empirischer Basis (vgl. auch Weyerer & Dilling, 1991).

(3) Ein Problem bei der Erhebung illegaler Substanzen ergibt sich vor allem dadurch, daß bestimmte Personengruppen wie z.B. Drogenabhängige in der Allgemeinbevölkerung nur schwer erreichbar oder nicht interessiert an einer Befragung sind (Reuband, 1990). Hier scheint vor allem die Zusammenführung und Auswertung verschiedener Datenquellen (repräsentative epidemiologische Studien, Erhebungen in Arztpraxen, institutionelle Erhebungen, etc.) eine gangbare Möglichkeit für eine vollständigere Erfassung zu sein. Hierzu sind zwar Ansätze vorhanden (z.B. Kooperationen des IFT), wobei sich aber je nach Datenquelle stark divergierende Einschätzungen vor allem des Gebrauchs illegaler Drogen beobachten lassen. Verstärkte Kooperationen sollten deshalb zunächst beim Erhebungsinstrumentarium ansetzen, wobei gemeinsame Kriterien wie ICD-10 oder DSM-III-R bzw. das in den USA jüngst erschienene DSM-IV (APA, 1994) Grundlagen für die Erhebung von Störungen durch Substanzgebrauch sein sollten.

(4) Bei den bisher eingesetzten Instrumenten z.B. den Verfahren der Repräsentativerhebungen fehlen wichtige Fragen zu Mißbrauch und Abhängigkeit bzw. die zu Beginn genannten Neuregelungen wurden kaum umgesetzt. Zudem sind die Fragebogen- und Interviewverfahren zum Teil ad hoc zusammengestellt und keiner Prüfung bezüglich Reliabilität und Validität unterzogen worden. Positive Entwicklungen zeichnen sich jedoch ab. So wurden einerseits im Rahmen der deutschen Repräsentativerhebungen Zusatz- und Kontrolluntersuchungen (Herbst et al., 1994) durchgeführt, die zwar grundsätzlich die Ergebnisse bezüglich der Häufigkeit des Gebrauchs bestätigen, jedoch auch Verbesserungen seitens der verwendeten Fragebögen vorschlagen (z.B. Länge des Fragebogens, Themenvielfalt, Intimität). Andererseits konnten auf dem Gebiet der Diagnostik von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit eine Reihe von methodischen Fortschritten erzielt werden, was sowohl für die Entwicklung von dimensionalen Screening-Fragebögen für Alkoholgefährdete (z.B. KFA, Feuerlein et al., 1989; AUDIT, Fleming et al., 1991), wie auch für Fragebogenentwicklungen zur Erfassung von Häufigkeit, Frequenz und Situationsklassen anderer Substanzen (z.B. DAST, Skinner, 1982) gilt (vgl. im Überblick Üstün & Wittchen, 1992). Der Einsatz

von Screeningverfahren scheint allerdings nur bei der Untersuchung einzelner niedrigprävalenter Substanzen sinnvoll. Noch gravierender ist, daß er keine vollständige Erfassung der verschiedenen möglichen Mißbrauchs- und Abhängigkeitsmuster erlaubt, die im Rahmen einer Suchtentwicklung auftreten können. Zudem hat sich der in der Vergangenheit bevorzugte zweistufige epidemiologische Ansatz aufgrund der Ausfallsrate nach dem Screening bei repräsentativen Studien nicht bewährt und wurde in neueren Studien nicht weiterverfolgt. Die neueren standardisierten diagnostischen Instrumente erlauben dagegen in einer Sitzung eine reliable und valide Diagnosenstellung. Als Beispiel für eine positive Entwicklung kann hier das Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Wittchen & Semmler, 1990) genannt werden, das in einer neuen Forschungsversion Diagnosen nach DSM-IV erlaubt (Wittchen, Beloch, Garczynski et al., 1995) und zusammen mit einem substanzspezifischen Teil (Substance Abuse Module, SAM; Cottler, 1991; Lachner & Wittchen, 1996) eine vollstandardisierte und strukturierte Erhebung ermöglicht. Gegenüber halbstrukturierten bzw. freien klinischen Interviews hat das CIDI den Vorteil einer hohen Interrater-Übereinstimmung und -Reliabilität (Wittchen, 1994). Es erlaubt nicht nur die reliable, sondern auch für fast alle Substanzbereiche valide Erfassung spezifischer Substanzformen und ihres Gebrauchs-, Mißbrauchs- und Abhängigkeitsmusters im zeitlichen Verlauf nach DSM-III-R und ICD-10 (Übersicht bei Cottler et al., 1991; Üstün & Wittchen, 1992). Darüber hinaus ermöglicht der CIDI-SAM-Ansatz durch die Verwendung von spezifischen Skalen zur Zeitverlaufs- und Schweregradsbeurteilung die standardisierte Erfassung von Beziehungen zwischen Substanzmißbrauch und dem Auftreten anderer psychopathologischer Auffälligkeiten. Insbesondere stoffbezogene und somatoforme Phänomene, sowie Manifestationen von Angst und Depression, zu denen Ergebnisse als Risikoindikatoren vorliegen, können so reliabel und valide erfaßt werden (Bronisch & Wittchen, 1992, Wittchen & Essau, 1993a).

(5) Bei der Auswertung der Untersuchungen sind vor allem im Falle von Repräsentativerhebungen komplexere Analysemethoden notwendig. Die große Anzahl an Daten zum Gebrauch von Substanzen kann neben dem Fehlen von Mißbrauchs- und Abhängigkeitskriterien nicht darüber hinwegtäuschen, daß eine adäquate statistisch-analytische Auswertung fehlt (z.B. die Überprüfung signifikanter Unterschiede bzgl. soziodemographischer Charakteristika etc.).

(6) Die Ergebnisse der Untersuchungen zu Risikofaktoren, die größtenteils aus den USA stammen, lassen sich nicht ohne weiteres auf die Bundesrepublik

übertragen. Auf nationaler Ebene gibt es jedoch abgesehen von Untersuchungen zu groben Risikoindikatoren wie soziodemographischen Merkmalen nur wenige Untersuchungen, die entsprechende Ergebnisse bereitstellen.

(7) Bei der Untersuchung von Risikofaktoren zu SMA sind multifaktorielle Modelle nötig, die eine Überprüfung komplexerer Zusammenhänge erlauben. Insbesondere ist über die Art und Weise des Zusammenwirkens von Vulnerabilitäts- und Protektionsfaktoren bei verschiedenen Stadien einer Mißbrauchs- und Abhängigkeitsentwicklung noch wenig bekannt.

## Literatur

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., revised). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.) Washington DC: American Psychiatric Association.
- Balter, M., Mannheimer, D.I., Mellinger, G.D. & Uhlenhuth, E.H. (1984). A cross national comparison of anti-anxiety/sedative drug use. *Current Medical Research and Opinion*, 8 (suppl.4), 5-20.
- Barnes, G. M., Welte, J. W., & Dintcheff, B. (1992). Alcohol misuse among college students and other young adults: findings from a general population study in New York State. *The International Journal of Addictions*, 27 (8), 917-934.
- Baumann, U., Amann, G., Rambichler, R., & Lexel-Gartner, S. (1987). Zur Frage der Spezifität von sozialen Netzwerken und sozialer Unterstützung bei Alkoholikern und Drogenkonsumenten - eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16 (4), 407-413.
- Berman, S. M., & Noble, E. P. (1993). Childhood antecedents of substance misuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 6, 382-387.
- 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.
- Brook, J. S., Nomura, C., & Cohen, P. (1989). A network of influences on adolescent drug involvement: neighborhood, school, peer, and family. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 115, 125-145.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (1991). *Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren*. Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft.
- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. In M.D. Glantz & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC.: APA.

- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Frone, M. R., & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology, 101* (1), 139-152.
- Cottler, L., Robins, L. N., Grant, B., Blaine, J., Towle, I., Wittchen, H.-U., Sartorius, N., Burke, J., Regier, D., Helzer, J. & Janca, A. (1991). The CIDI-core substance abuse and dependence questions: Cross cultural and nosological issues. *British Journal of Psychiatry, 159*, 653-658.
- Cottler, L. N. (1991). The use of the CIDI substance abuse module (SAM) in the DSM-IV field trial. *DIS Newsletter, 8*, 1-13.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F)*. Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber.
- Dilling, H., Weyerer, S. & Castell, R. (Eds.) (1984). *Forum der Psychiatrie. Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Haf, C.M., Ringer, C. & Antons, K. (1989). *Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA)*. Weinheim: Beltz.
- 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* (S. 91-116). Weinheim: VCH.
- Fleming, M. F., Barry, K. L. & MacDonald, R. (1991). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a College Sample. *International Journal of Addictions, 26*, 1173-1185.
- Folsom, A. R., Hughes, J. R., Buehler, J. F., Mittlemark, M. B., Jacobs, D. R. & Grimm, R. H. von. (1985). Do type A men drink more frequently than type B men? Findings in the multiple risk factor intervention trial (MRFIT). *Journal of Behavior Medicine, 8*, 227-235.
- Goldberg, D. P., Cooper, B., Eastwood, M. R., Kedward, H. B. & Shepherd, M. (1970). A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *British Journal Prevention and Social Medicine, 24*, 18.
- Goodwin, D. W. (1987). Genetic influences in alcoholism. *Advances in Internal Medicine, 32*, 283-298.
- Hachmann, E. & Bühringer, G. (1980). Beschreibung eines einrichtungsbezogenen Informationssystems EBIS mit beispielhaften Ergebnissen aus der Erprobungsphase von 1977 bis 1979. *Suchtgefahren, 26*, 97-111.
- Hawkins, W. E., Hawkins, M. J. & Seeley, J. (1992). Stress, health-related behavior and quality of life on depressive symptomatology in a sample of adolescents. *Psychological Reports, 71*, 183-186.
- Hesselbrock, V., Meyer, R. & Hesselbrock, M. (im Druck). Psychopathology and addictive disorders: The specific case of antisocial personality disorder. In C. P. O'Brien (Ed.), *Psychopathology and the Addictive States*. New York: Raven Press.
- Hser, Y.-I. (1993). Data sources: problems and issues. *The Journal of Drug Issues, 23* (2), 217-228.
- Hurrelmann, K. & Hesse, S. (1991). Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung im Jugendalter. *Sucht, 37*, 240-252.
- Häfner, H. & Weyerer, S. (1990). Epidemiologie. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie* (S. 38-48). Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber.
- Herbst, K., Schumann, J. & Kraus, L. (1994). *Zusatz- und Kontrolluntersuchungen im Rahmen der Bundesstudie: „Repräsentativerhebung zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren“* (IFT-Berichte Bd. 73). München: IFT.
- Infratest (1980). *Drogen und Rauschmittelmisbrauch. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung unter Jugendlichen*. In Ministerium für Soziales, Gesundheit und Umwelt, Rheinland Pfalz u. andere Bundesländer.
- Infratest (1983). *Konsum und Mißbrauch von Alkohol, illegalen Drogen und Tabakwaren durch junge Menschen*. Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn: Reha-Verlag.
- Infratest (1984). *Alkohol, Drogen, Medikamente, Tabak. Jugend fragt Jugend. Repräsentativerhebungen bei Jugendlichen in Bayern 1973, 1976, 1980 und 1984*. Interministerielle Arbeitsgruppe zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmisbrauchs.
- Infratest (1989). *Suchtbekämpfung. Junge Menschen und Sucht*. Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung. Baden-Württemberg.
- Infratest (1991). *Daten des Gesundheitswesens. Berichte der Untersuchungen 80/81, 86/87, 90*. Bundesministerium für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- Infratest (1991/1992). *Repräsentativstudie zum Konsum von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten*. Unveröffentlichte Berichte einzelner Bundesländer.
- Janlert, U. & Hammarström, A. (1992). Alcohol consumption among unemployed youths: results from a prospective study. *British Journal of Addiction, 87*, 703-714.
- Johnson, K. A. & Jennison, K. M. (1992). The drinking-smoking syndrome and social context. *The International Journal of the Addictions, 27* (7), 749-792.
- Kellam, S. G., Brown, C. H., Rubin, B. R. & Ensminger, M. E. (1983). Paths leading to teenage psychiatric symptoms and substance use: developmental epidemiological studies in Woodlawn. In S. B. Guze, F. J. Earls & J. E. Barrett (Eds.), *Childhood Psychopathology and Development* (pp. 17-47). New York: Raven 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.
- Koenig, W., Rüther, E., Remmers, A. & Keil, U. (1987). Comparison of Psychotropic Drug Intake in Two Populations in West Germany. *Pharmacopsychiatry, 20*, 111-115.
- Kushner, M. G., Sher, K. J. & Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry, 147* (6), 685-695.
- Lachner, G. & Wittchen, H.-U. (1995). Familiär übertragene Vulnerabilitätsindikatoren für Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 24*.

- Lalive, J. (1989). Epidémiologie des traitements au long cours. *Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie*, 140, 429-438.
- Merikangas, K. R., Rounsaville, B. J. & Prusoff, B. A. (1992). Familial factors in vulnerability to substance abuse. In M. D. Glantz & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to Drug Abuse* (pp. 75-97). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nathan, P. E. (1988). The addictive personality is the behavior of the addict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (2), 183-188.
- National Institute on Drug Abuse. (1990). *The National Household Survey on Drug Abuse. Main Findings, Population Estimates*. Rockville, Md.: NIDA.
- Newcomb, M. D. & Felix-Ortiz, M. (1992). Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: cross-sectional and prospective findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (2), 280-296.
- Newcomb, M. D. & Harlow, L. L. von. (1986). Life events and substance use among adolescents: Mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 564-577.
- Nordlohne, E. (1992). *Die Kosten jugendlicher Problembewältigung. Alkohol, Zigaretten- und Arzneimittelkonsum im Jugendalter*. Weinheim, München: Juventa.
- Pariente, P., Lepine, J. P. & Lellouch, J. (1992). Self-reported psychotropic drug use and associated factors in a French community sample. *Psychological Medicine*, 22 (1), 181-190.
- Regier, D. A., Burke, J. D. & Burke, K. C. (1990a). *Comorbidity of affective and anxiety disorders in the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. & Goodwin, F. K. (1990b). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264 (19), 2511-2518.
- Reuband, K.-H. (1988). Drogenkonsum im Wandel. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 8, 54-68.
- Reuband, K.-H. (1990). Research on drug use: a review of problems, needs and future perspectives. *Drug and Alcohol Dependence*, 25, 149-152.
- Reuband, K.-H. (1992). The epidemiology of drug use in Germany: Basic data and trends. In G. Bühringer & J.J. Platt (Eds.), *Drug addiction treatment research. German and American perspectives* (pp. 3-16). Malabar, Florida: Krieger Publishing Comp.
- Robins, L. N., Orvaschel, H., Antony, J., Blazer, D., Burnam, A. & Burke, J. (1985). The Diagnostic Interview Schedule. In W. W. Eaton & L. G. Kessler (Eds.), *Epidemiologic Methods in Psychiatry: The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program*. Orlando, FL: Academic Press.
- Robins, L. N. & Regier, D. A. (Eds.). (1991). *Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Maxwell Macmillan International.
- Schepank, H. (Hrsg.) (1987). *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim*. Berlin: Springer.
- Shedler, J. & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health. *American Psychologist*, 45 (5), 612-630.
- Silbereisen, R. K. & Eyferth, K. (1985). Der Berliner Jugendlängsschnitt. Projekt „Jugendentwicklung und Drogen“. Dritter Fortsetzungsantrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft. In R. K. Silbereisen & H. Eyferth (Hrsg.), *Berichte aus der Arbeitsgruppe Tudrop Jugendforschung, 50/85*. Berlin: Technische Universität.
- Simon, R., Strobl, M., Schmidtbreick, B., Hüllinghorst, R., Bühringer, G. & Helas, I. (1992). *Jahresstatistik 1991 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland* (EBIS-Berichte Bd. 16). Hamm: EBIS-AG.
- Simon, R., Strobl, M., Hüllinghorst, R., Bühringer, G., Helas, I. & Schmidtbreick, B. (1992). *Jahresstatistik 1993 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland* (EBIS-Berichte Bd. 19). Hamm: EBIS-AG.
- Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.
- Stacy A. W., Newcomb, M. D. & Bentler, P. M. (1991) Cognitive Motivation and drug use: A 9-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 502-515.
- Tress, W. & Schepank, H. (1990). Zur Epidemiologie psychogener Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. In M. H. Schmidt (Hrsg.), *Fortschritte in der Psychiatrischen Epidemiologie* (S. 75-90). Weinheim: VCH.
- Üstün, T. B. & Wittchen, H.-U. (1992). Instruments for the assessment of substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 5, 412-419.
- Weiss, R.D. (1992). The role of psychopathology in the transition from drug use to abuse and dependence. In M. Glantz & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to Drug Abuse* (pp. 137-147). Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- Weyerer, S. & Dilling, H. (1991). Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: Results from the upper bavarian field study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 303-311.
- Wing, J. K., Mann, S.A., Leff, J. P. & Nixon, J. M. (1978). The concept of a „case“ in psychiatric population surveys. *Psychological Medicine*, 8, 203-217.
- Wittchen, H.-U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28 (1), 57-84, 1994.
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonig, A., Pfütze, E.-M., Schuster, P., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U., Ziegglängsberger, S. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Version 2.2, a) Manual, b) Interviewheft, c) Listenheft*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.
- Wittchen, H.-U. & Essau, C. A. (1993). The epidemiology of neurosis, benzodiazepine use and abuse. In C. Hallström (Ed.), *Benzodiazepine dependence: A multiauthor book* (pp. 162-185). Oxford: Oxford University Press.
- Wittchen, H.-U. & Essau, C. A. (1993a). Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorders: Is there epidemiolo-

- gical evidence? *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (1) (Suppl.), 9-15.
- Lachner, G. & Wittchen, H.-U. (1996). *Das Composite International Diagnostic Interview Substance Abuse Module (CIDI-SAM)*. In K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 147-156). Stuttgart: G. Fischer.
- Wittchen, H.-U. & Perkonig, A. (im Druck). Epidemiologie psychischer Störungen. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Eds.), *Enzyklopädie der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Saß, H., Zaudig, M. & Koehler, K. (Hrsg.) (1991). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R*. Übersetzt nach der Revision der dritten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. 3., korrigierte Auflage. Weinheim: Beltz.
- Wittchen, H.-U., Schramm, E., Zaudig, M., Spengler, P., Rummeler, R. & Mombour, W. (1991). *SKID: Strukturier-tes Klinisches Interview für DSM-III-R: a) Interviewheft; b) Manual; Version 2.0* (2. korrigierte Auflage). Weinheim: Beltz Verlag.
- Wittchen, H.-U. & Schulte, D. (1988). Diagnostische Kriterien und operationalisierte Diagnosen. Grundlagen der Klassifikation psychischer Störungen. *Diagnostica*, 34 (1), 3-27.
- Wittchen, H.U. & Semler, G. (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.0)* Weinheim: Beltz Verlag.
- Wittchen, H.-U. & Zerssen, D. von (1987). *Verläufe behandel-ter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen. Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung*. Berlin: Springer.
- World Health Organization. (1991). *ICD-10, Chapter V. Mental and behavioural disorders (including disorder of psychopathological development): a) Diagnostic guidelines, b) Diagnostic criteria for research*. WHO, Geneva.
- Zintl-Wiegand, A., Krumm, B., Weyerer, S. & Dilling, H. (1988). Psychiatric morbidity and referral rates in general practices: comparison of an industrial town and a rural area in West Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 49-56.

Manuskript eingereicht: 29. 1. 1994

Manuskript angenommen: 24. 7. 1995