

Schepker, Renate

**Jugendpsychiatrische Suchtstationen – notwendig und sinnvoll?
Behandlungsverläufe von jugendpsychiatrischer Behandlung und
Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 9, S. 721-735

urn:nbn:de:bsz-psydok-44042

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Berns, I.: Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Psychotherapy and/or psychoanalysis with children and adolescents: Aspects contributed by a German therapist treating children and adolescents)	39
Bonney, H.: Unsichtbare Väter: Kindliche Entwicklung und Familiendynamik nach heterologer Insemination (DI) (Invisible fathers: Child development and family dynamics after heterologues insemination (DI))	118
Borowski, D.: Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter aus der Sicht des Gutachters (Depth psychologically founded psychotherapy with children and adolescents from the point of the reviewer)	49
Branik, E.: Störungen des Sozialverhaltens – Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Conduct disorders – Therapeutical possibilities and limits of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	533
Bräutigam, B.; Schnitker, A.: „Es paßt nichts mehr rein“ – Kasuistik einer eßgestörten kurdischen Jugendlichen vor dem familiären Hintergrund politischer Verfolgung (“There isn’t room for anything more” – The casuistry of a Kurdish adolescent before the family background of political persecution)	559
Fagg, M.: Beverly Lewis House – Bericht über den Aufbau einer Zufluchtseinrichtung für von Mißbrauchserfahrungen betroffene Frauen mit Lernschwierigkeiten (Beverly Lewis House – Setting up a safe house for women with learning disabilities who have experienced abuse)	653
Frölich, J.; Döpfner, M.; Biegert, H.; Lehmkuhl, G.: Praxis des pädagogischen Umgangs von Lehrern mit hyperkinetisch-aufmerksamkeitsgestörten Kindern im Schulunterricht (Teacher training in the management of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder)	494
Gensecke, J.; Bauer, A.; Scheder-Bieschin, F.; Lehmkuhl, U.: Drogenkonsum und psychische Störungen bei Jugendlichen mit Straßenkarrieren (Drug usage and psychiatric disorders in street youths)	385
Meng, H.; Bilke, O.; Braun-Scharm, H.; Zarotti, G.; Bürgin, D.: Zur Indikation einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung (About the indication for in-patient adolescent psychiatric treatment)	546
Meng, H.; Bürgin, D.: Soll eine Jugendpsychiatrische Klinik offen geführt werden? – Erste Auswertung von sieben Jahren Erfahrung (Should a psychiatric inpatient treatment of adolescents take place in an open ward? Data from seven years of experience)	373
Pfleiderer, B.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Depth psychologically founded psychotherapy for children and adolescents) . . .	31

Originalarbeiten / Original Articles

Boeger, A.; Mülders, S.; Mohn, A.: Aspekte des Körperbildes bei körperbehinderten Jugendlichen (Body image of physically handicapped adolescents)	165
Bohlen, G.: Die Erhebung der Selbstwirksamkeit in einer dyadischen Konfliktgesprächssituation zwischen Mutter und Kind an einer Erziehungsberatungsstelle (Measurement	

of self-efficacy in a controversial debating of a mother-child-dyad at a child guidance centre)	341
Brettel, H.; Poustka, F.: Häufungen abnormer psychosozialer Umstände bei jugendlichen Straftätern mit Beeinträchtigungen der Schuldfähigkeit (Accumulation of associated abnormal psychosocial situations in young delinquents with attenuation of penal responsibility)	523
Buddeberg-Fischer, B.; Klaghofer, R.: Entwicklung des Körpererlebens in der Adoleszenz (Development of body image in adolescence)	697
Di Gallo, A.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Behandlungsabbrüche in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Basel: eine Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung (Dropping-out at a child psychiatry outpatient clinic in Basel: An evaluation for quality control)	92
Distler, S.: Behandlungsmotivation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität aus der Sicht der Eltern an einer kinderpsychiatrischen Einrichtung – ein Beitrag zur Qualitätssicherung (Treatment motivation, treatment satisfaction, and the assessment of life quality in the view of parents in child psychiatry – A contribution to quality assurance) . . .	711
Flechtner, H.; Möller, K.; Kranendonk, S.; Luther, S.; Lehmkuhl, G.: Zur subjektiven Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen: Entwicklung und Validierung eines neuen Erhebungsinstruments (The subjective quality of life of children and adolescents with psychic disturbances: Development and validation of a new assessment tool)	77
Frölich, J.; Döpfner, M.; Berner, W.; Lehmkuhl, G.: Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elternt raining bei hyperkinetischen Kindern (Combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHD)	476
Haffner, J.; Esther, C.; Münch, H.; Parzer, P.; Raue, B.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie (Parent-reported problems of six year old pre-school children – Prevalence and risk factors in an epidemiological study)	675
Huss, M.; Völger, M.; Pfeiffer, E.; Lehmkuhl, U.: Diagnosis Related Groups (DRG) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse einer prospektiven Studie (Diagnosis related groups (DRG) in child and adolescent psychiatry: A prospective pilot study)	239
Kaltenborn, E.-K.: „Ich versuchte, so ungezogen wie möglich zu sein“ – Fallgeschichten mit autobiographischen Niederschriften: die Beziehung zum umgangsberechtigten Elternteil während der Kindheit in der Rückerinnerung von jungen Erwachsenen (“I tried to be as naughty as possible.” Case histories based on autobiographical narratives: the relationship with the non-residential parent during childhood remembered by young adults)	254
Ochs, M.; Seemann, H.; Franck, G.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter (Family body concepts and family illness attributions in primary headache in childhood and adolescence)	209
Roth, M.: Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl (Gender differences in the adolescent's body image and their relevance for general selfesteem)	150
Rudolph, H.; Petermann, F.; Laß-Lentzsch, A.; Warnken, A.; Hampel, P.: Streßverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit Krebs (Coping in children and adolescents with cancer)	329
Salbach, H.; Huss, M.; Lehmkuhl, U.: Impulsivität bei Kindern mit Hyperkinetischem Syndrom (Impulsivity in ADHD children)	466

Schepker, R.: Jugendpsychiatrische Suchtstationen – notwendig und sinnvoll? Behandlungsverläufe von jugendpsychiatrischer Behandlung und Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige (Is there a need for a separate juvenile drug treatment system? Course of treatment in an adolescent psychiatry and a rehabilitation unit with adolescent drug addicts)	721
Schleiffer, R.; Müller, S.: Die Bindungsrepräsentation von Jugendlichen in Heimerziehung (Attachment representation of adolescents in residential care)	747
Siniatchik, M.; Gerber, W.-D.: Die Rolle der Familie in der Entstehung neurophysiologischer Auffälligkeiten bei Kindern mit Migräne (The role of the family in the development of neurophysiological abnormalities in children suffering from migraine)	194
Waligora, K.: Der Einfluß sozialer Unterstützung durch Eltern und Peers auf körperliche Beschwerden bei Schülerinnen und Schülern (The influence of parental and peer-support on physical complaints in a student population)	178
Zerahn-Hartung, C.; Strehlow, U.; Haffner, J.; Pfüller, U.; Parzer, P.; Resch, F.: Normverschiebung bei Rechtschreibleistung und sprachfreier Intelligenz (Change of test norms for spelling achievement and for nonverbal intelligence)	281

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Degener, T.: Juristische Entwicklungsschritte – Vom Tabu zur sexuellen Selbstbestimmung für behinderte Menschen? (Steps of legal development – From taboo to sexual determination for people with developmental disabilities?)	598
Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.: Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Evidence based therapy of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)) . . .	419
Fegert, J. M.: Veränderung durch Forschung – Die multiplen Aufträge und Ziele eines Praxisforschungsmodellprojekts zur Thematik der sexuellen Selbstbestimmung und sexuellen Gewalt in Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung (Action research in benefit of children and adolescents and adult persons with learning difficulties. Different aims of a practical research project on sexual abuse and sexual self determination in care giving institutions)	626
Günter, M.: Reifung, Ablösung und soziale Integration. Einige entwicklungspsychologische Aspekte des Kindersports (Maturation, separation, and social integration. Children's sport from a developmental psychology perspective)	298
Häußler, G.: Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht (The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from a psychoanalytic point of view)	454
Huck, W.; Thorn, P.: Kinder und Familien im Zeitalter der Fortpflanzungstechnologie – neue Fragestellungen im Rahmen der kinderpsychiatrischen Arbeit (Children and families in the age of assisted human reproduction – New challenges within the field of child psychiatry)	103
Miller, Y.; Kuschel, A.; Hahlweg, K.: Frühprävention von externalisierenden Störungen – Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zur Prävention von expansiven kindlichen Verhaltensstörungen (Early prevention of conduct disorders – Basic principles and parent-based prevention trials of externalizing behavior disorders)	441
Retzlaff, R.: Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern (Working with children in systemic family therapy)	792

Ribi, K.; Landolt, M.; Vollrath, M.: Väter chronisch kranker Kinder (Fathers of chronically ill children)	357
Rüger, R.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Depth psychologically founded psychotherapy)	12
Schick, A.; Ott, I.: Gewaltprävention an Schulen – Ansätze und Ergebnisse (Violence prevention at schools: Programs and results)	766
Thomas, H.; Wawrock, S.; Klein, S.; Jeschke, K.; Martinsohn-Schittkowski, W.; Sühlfleisch, U.; Wölkerling, U.; Ziegenhain, U.; Völger, M.; Fegert, J. M.; Lehmkuhl, U.: Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung – Bericht aus einem laufenden Bundesmodellprojekt (Dealing with sexual self-determination and sexual violence in residential-institutions for young people with mental retardation – Report form an on-going study process)	636
Walter, J.: Vom Tabu zur Selbstverwirklichung – Akzeptanzprobleme und Lernprozesse in der Arbeit mit behinderten Menschen (From taboo to self realization – Problems of acceptance and learning processes in working with people with disabilities)	587
Zemp, A.: Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen (Sexualised violence against people with development disabilities in institutions)	610

Buchbesprechungen

Andresen, B.; Mass, R.: Schizotypie – Psychometrische Entwicklungen und biopsychologische Forschungsansätze (O. Bilke)	317
Barthelmes, J.; Sander, E.: Erst die Freunde, dann die Medien. Medien als Begleiter in Pubertät und Adoleszenz (C. von Bülow-Faerber)	408
Bornhäuser, A.: Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Versorgungskonzepte der modernen Suchtkrankenhilfe (R. Ebner)	741
Buddeberg-Fischer, B.: Früherkennung und Prävention von Eßstörungen. Eßverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen (I. Seiffge-Krenke)	406
Cierpka, M.; Krebeck, S.; Retzlaff, R.: Arzt, Patient und Familie (L. Goldbeck)	318
Dutschmann, A.: Das Aggressions-Bewältigungs-Programm, Bd. 1-3 (D. Gröschke)	67
Eickhoff, E. W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 43 (M. Hirsch)	315
Frank, R.; Mangold, B. (Hg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (J. Wilken)	411
Gabriel, T.: Forschung zur Heimerziehung. Eine vergleichende Bilanzierung in Großbritannien und Deutschland (L. Unzner)	740
Gauda, G.: Theorie und Praxis des therapeutischen Puppenspiels. Lebendige Psychologie C. G. Jungs (B. Gussone)	410
Gloger-Tippelt, G. (Hg.): Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis (K. Brüggemann)	132
Greenspan, S. I.; Wieder, S.: Mein Kind lernt anders. Ein Handbuch zur Begleitung förderbedürftiger Kinder (L. Unzner)	514
Günder, R.: Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe (L. Unzner)	138
Heineman Pieper, M. H.; Pieper, W. J.: Smart Love. Erziehen mit Herz und Verstand (D. Irlich)	516
Henn, F.; Sartorius, N.; Helmchen, H.; Lauter, H. (Hg.): Contemporary Psychiatry (J. Koch)	230
Heubrock, D.; Petermann, F.: Aufmerksamkeitsdiagnostik (D. Irlich)	669

Heubrock, D.; Petermann, F.: Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Intervention (<i>K. Sarimski</i>)	66
Hoops, S.; Permien, H.; Rieker, P.: Zwischen null Toleranz und null Autorität. Strategien von Familien und Jugendhilfe im Umgang mit Kinderdelinquenz (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	226
Keenan, M.; Kerr, K. P.; Dillenburger, K. (Hg.): Parent's Education as Autism Therapists. Applied Behavior Analysis in Context (<i>H. E. Kehrner</i>)	225
Kilb, R.: Jugendhilfeplanung – ein kreatives Missverständnis? (<i>L. Unzner</i>)	130
Krucker, W.: Diagnose und Therapie in der klinischen Kinderpsychologie: Ein Handbuch für die Praxis (<i>L. Unzner</i>)	131
Lamprecht, F.: Praxis der Traumatherapie – Was kann EMDR leisten? (<i>P. Diederichs</i>)	135
Lauth, G.; Brack, U.; Linderkamp, F. (Hg.): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch (<i>D. Gröschke</i>)	228
Lenz, A.: Partizipation von Kindern in Beratung (<i>M. Seckinger</i>)	811
Lutz, R.; Stickelmann, B. (Hg.): Weglaufen und ohne Obdach. Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	407
Menzen, K.-H.: Grundlagen der Kunsttherapie (<i>D. Gröschke</i>)	671
Milch, W. E.; Wirth, H.-J. (Hg.): Psychosomatik und Kleinkindforschung (<i>L. Unzner</i>)	668
Muntean, W. (Hg.): Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Grundlagen (<i>E. Sticker</i>)	136
Nissen, G. (Hg.): Persönlichkeitsstörungen. Ursachen – Erkennung – Behandlung (<i>W. Schweizer</i>)	229
Noterdaeme, M.; Freisleder, F. J.; Schnöbel, E. (Hg.): Tiefgreifende und spezifische Entwicklungsstörungen (<i>M. Mickley</i>)	667
Petermann, F.; Döpfner, M.; Schmidt, M. H.: Aggressiv-dissoziale Störungen (<i>G. Roloff</i>)	814
Petersen, D.; Thiel, E.: Tonarten, Spielarten, Eigenarten. Kreative Elemente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen (<i>C. Brückner</i>)	667
Petzold, H. (Hg.): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte (<i>D. Gröschke</i>)	319
Poustka, F.; van Goor-Lambo, G. (Hg.): Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erfassung und Bewertung belastender Lebensumstände nach Kapitel V (F) der ICD 10 (<i>D. Gröschke</i>)	69
Pretis, M.: Frühförderung planen, durchführen, evaluieren (<i>H. Bichler</i>)	512
Rich, D.: Lernspiele für den EQ. So fördern Sie die emotionale Intelligenz Ihres Kindes (<i>A. Held</i>)	575
Sarimski, K.: Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe (<i>M. Naggl</i>)	127
Sarimski, K.: Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	572
Schacht, I.: Baustelle des Selbst. Psychisches Wachstum und Kreativität in der analytischen Kinderpsychotherapie (<i>B. Gussone</i>)	576
Steinhausen, H.-C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4. neu bearb. Aufl. (<i>E. Sticker</i>)	128
Sturzbecher, D. (Hg.): Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung (<i>D. Irblich</i>)	739
Szagon, G.: Wie Sprache entsteht. Spracherwerb bei Kindern mit beeinträchtigtem und normalem Hören (<i>L. Unzner</i>)	738
Timmermann, F.: Psychoanalytische Indikationsgespräche mit Adoleszenten. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung (<i>W. Bauers</i>)	578
von Gontard, A.: Einnässen im Kindesalter. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie (<i>H. Hollmann</i>)	509

von Tetzchner, S.; Martinsen, H.: Einführung in die Unterstützende Kommunikation (<i>D. Gröschke</i>)	68
Walter, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung, 2. Aufl. (<i>G. Roloff</i>)	815
Weinberger, S.: Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung (<i>D. Gröschke</i>)	572
Weiß, H. (Hg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (<i>E. Seus-Seberich</i>)	510
Wittmann, A. J.; Holling, H.: Hochbegabtenberatung in der Praxis. Ein Leitfaden für Psychologen, Lehrer und ehrenamtliche Berater (<i>H. Mackenberg</i>)	574

Neuere Testverfahren

Cierpka, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern der Klassen 1 bis 3 (<i>K. Waligora</i>)	580
Grimm, H.; Doil, H.: Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA) (<i>K. Waligora</i>)	321
Melfsen, S.; Florin, I.; Warnke, A.: Sozialphobie und –angstinventar für Kinder (SPAIK) (<i>K. Waligora</i>)	817
Petermann, F.; Stein, J. A.: Entwicklungsdiagnostik mit dem ET 6-6 (<i>K. Waligora</i>)	71

Editorial / Editorial	1, 147, 417, 585
Autoren und Autorinnen / Authors	59, 126, 224, 331, 399, 507, 571, 665, 736, 811
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	59, 400
Tagungskalender / Congress Dates	74, 141, 232, 324, 413, 518, 582, 673, 744, 819
Mitteilungen / Announcements	144, 328, 521, 745, 821

Jugendpsychiatrische Suchtstationen – notwendig und sinnvoll?

Behandlungsverläufe von jugendpsychiatrischer Behandlung und Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige

Renate Schepker¹

Summary

Is there a need for a separate juvenile drug treatment system? Course of treatment in an adolescent psychiatry and a rehabilitation unit with adolescent drug addicts

194 patients who were referred to an adolescent psychiatry inpatient unit (98) and a drug rehabilitation unit (96) in 1999 and 2000 were compared as to sociodemographic variables, comorbidity and course of treatment. Female patients were overrepresented in the psychiatry unit, whereas in the rehab unit more immigrants or referrals from juvenile detention were treated. Most psychiatry patients were comorbid with at least one, a quarter with more than one additional diagnosis and had less polysubstance dependence (69%). Due to a drop out rate of 71% in the patients with a criminal justice status, rehab patients did not complete treatment as often as psychiatry patients. Three years after their first dismissal and, in some cases, after several new admissions, 60% of rehabilitation clients completed the program. Both settings have their own right in the system because comorbid patients need highly individualised therapy, and rehab patients need programs able to address school-based, family-related, and gender-specific issues.

Zusammenfassung

194 Patienten, die 1999 und 2000 gezielt einer jugendpsychiatrischen (n=98) und einer Drogenrehabilitationsstation (n=96) zugewiesen worden waren, wurden hinsichtlich soziodemografischer, Comorbiditäts- und Therapieverlaufsvariablen verglichen. Die jugendpsychiatrische Station hatte vergleichsweise mehr Mädchen, die Rehabilitationsstation mehr Zuwanderer und mehr Strafgefangene behandelt. Jugendpsychiatrische Patienten hatten mindestens eine weitere, ein Viertel mehrere psychiatrische Diagnosen und waren seltener (69%) polytoxikoman. Bedingt durch

¹ Den Mitarbeitern des Rehabilitationsbereichs, insbesondere Frau Dipl.-Psych. Tigges-Gruhn, Herrn Dittrich und Herrn Wilczek, sei für die Hilfe bei der Zusammenstellung der Daten herzlich gedankt.

die hohe Abbruchquote (71 %) von Patienten aus dem Strafvollzug, beendeten Patienten der Rehabilitation die Behandlung seltener erfolgreich. Erst über drei Jahre nach Entlassung und zum Teil mehreren Wiederaufnahmen erreichen Rehabilitationspatienten eine Quote abgeschlossener Behandlungen von 60 %. Die Berechtigung beider Settings wird anhand der notwendigen hochindividualisierten Therapie bei Comorbidität und des differenzierten Bedarfs der Rehabilitanden an schulischen, familienbezogenen und geschlechtsspezifischen Angeboten belegt.

1 Einleitung

Europaweit nimmt der Konsum von Drogen bei Schülern zu, vor allem von Cannabis, Amphetaminen und Ecstasy. Substanzabhängig und nationenabhängig bestehen bei 15-16jährigen Lebenszeitprävalenzen zwischen 1 und 40 % (EBDD 1999). Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1999) geht für Deutschland von derzeit 21 % Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen bei 12-25jährigen aus. Collins und Mitarbeiter (1998) fanden einen Gebrauch mehrerer suchterzeugender Substanzen durch 28 % der befragten Zehnt- und Zwölftkläßler in den USA. Einigkeit besteht, daß Daten aus Befragungen verglichen mit Urin- und Haaranalysen zu niedrige Prävalenzen ergeben und die realen Gebrauchshäufigkeiten höher liegen (Mieczkowski et al. 1998).

Zwischen 1 und 15 % der in 23 Städten Europas 1997 behandelten 30.000 Drogenabhängigen hatten vor dem Alter von 15 Jahren mit dem Konsum begonnen (Council of Europe 1999). Das substanzabhängig unterschiedliche Erstkonsumentenalter bei Jugendlichen liegt weltweit überwiegend zwischen 10 und 14 Jahren (Huizinga et al. 1993; Morris et al. 1995; Prosser u. Mc Ardle 1996; Essau et al. 1998; Young et al. 1999).

Damit verbunden ist eine Zunahme drogeninduzierter psychiatrischer Comorbidität zu verzeichnen, die bei Jugendlichen besonders hoch ist (Milin et al. 1991; Schulz u. Remschmidt 1999; Englert et al. 1999; DGKJP 2000a; Jung u. Stolle 2001). Umgekehrt dürften die zum Teil vom Versorgungssystem nicht erfaßten Konsumtrends (Council of Europe 1999) und die Zugänglichkeit von Drogen zu einem häufigeren drogengebrauch-induzierenden Effekt vorbestehender psychiatrischer Störungsbilder geführt haben und damit zu einem höherem Abhängigkeitsrisiko von Risikogruppen (Crowley et al. 1998a). Hierbei kommt erschwerend hinzu, daß durch Drogenkonsum, damit verbundene Effekte der Einbindung in deviante Peergroups und die Beschaffungsnotwendigkeiten altersangemessene Entwicklungsschritte nicht absolviert oder auch zu früh Erwachsenenfunktionen übernommen werden (Krohn et al. 1997).

Die Behandlungsstrukturen für Erwachsene trennen zwischen „Qualifiziertem Entzug“ und „Entwöhnung“ mit dem Ziel der Wiedereingliederung (Mann u. Günthner 1999). Ersterer ist in psychiatrischen Kliniken, zweite in Rehabilitationskliniken² unter ärztlicher Leitung organisiert. Daneben weist die Psychiatrie-

² Rehabilitationseinrichtungen definieren sich nach SGB VI durch ärztliche und multiprofessionelle Beiträge zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung und verfolgen damit im Gegensatz zur vollstationären jugendpsychiatrischen Behandlung das wesentlich umfassendere Ziel, eine Dauerberentung

Personalverordnung (Psych-PV) für erwachsene Suchtkranke eigene Behandlungsbereiche mit differenzierten Settings aus, die sich von den allgemeinpsychiatrischen durch einen höheren Personalbedarf abheben. Deren Einführung wurde mit dem bis dato festzustellenden Nachholbedarf für diese „zum Teil vernachlässigten Zielgruppen“ begründet (Kunze u. Kaltenbach 1994, S. 10).

Derartige Untergliederungen sind in der Psych-PV für jugendpsychiatrische Behandlung nicht vorgesehen. Dennoch haben sich entsprechend der Bedarfsentwicklung in den letzten Jahren bundesweit 15 eigenständige Suchtabteilungen im Rahmen kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken etabliert, weitere sind in Planung (Möller u. Thoms 2000; Jung u. Stolle 2001), auch kooperative Projekte mit der Allgemeinpsychiatrie wurden initiiert (Burchard 2001). Selten sind ebenfalls bislang zielgruppenspezifische Rehabilitationseinrichtungen für Jugendliche (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1992), zum Teil konzeptuell und strukturell in Kooperation mit der Jugendhilfe. Von einer flächendeckenden Versorgung jugendlicher Suchtpatienten ist das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch weit entfernt (Englert et al. 1999; Lenssen u. Gunning 1999; DGKJP 2000b). Vielerorts herrscht berechtigte Zurückhaltung vor einer Integration dieser Patientengruppe in die Stationen der jugendpsychiatrischen Regelversorgung aufgrund von Befürchtungen, eine Durchmischung von Patientengruppen mit und ohne Drogenkonsum gefährde die non-user und überfordere die Rahmenbedingungen.

Mit dem neuen SGB-IX sind Fragen hinsichtlich der Zuständigkeit und Kostenträgerschaft für psychotherapeutisch-rehabilitative Leistungen Gegenstand aktueller Diskussionen geworden. Daher ist es bedeutsam, empirisch fundierte fachliche Grundpositionen zu den Versorgungsbedürfnissen jugendlicher Suchtkranker zu entwickeln, um die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zu gestalten.

Im folgenden werden patientenbezogene und Verlaufsdaten einer jugendpsychiatrischen Suchtbehandlungseinheit mit denen in einer medizinischen Rehabilitationseinheit für drogenabhängige Jugendliche verglichen. Je spezifischer die Profile der Patientengruppen sich darstellen lassen, um so eher würde dies den Bedarf nach differenzierten Behandlungseinheiten untermauern.

Rahmenbedingungen: Nach 30 Jahren Erfahrung mit jugendlichen Drogenpatienten in der Klinik (Raschke et al. 1985) bestehen heute drei eigene Stationen: eine für qualifizierten Entzug, eine für jugendpsychiatrische Behandlung von Jugendlichen mit Drogenproblemen, eine für Rehabilitationsbehandlung. Es finden im Gegensatz zu den pflichtversorgenden Akutstationen keine Notfallaufnahmen statt. Die Stationen für Drogenabhängige partizipieren an der Infrastruktur der Institution, wie Schule für Kranke, Arbeitstrainingswerkstatt, Ergotherapie, Psychomotorik.

Vor jeder regulären Aufnahme wird ein Informationsgespräch durchgeführt. Je nach erster „Anlaufstelle“ und damit auch der Symptomatik der Patienten ist die

zu vermeiden bzw. eine dauerhafte Einschränkung der Erwerbsfähigkeit zu verbessern. Entsprechend dieses gesellschaftlichen Interesses stellt nicht ein Arzt, sondern die Verwaltung der Rentenversicherung die Aufnahmeindikation und bewilligt die Maßnahme aufgrund vorliegender ärztlicher Berichte. Dabei ist nicht die Krankheit, sondern das Ausmaß der Behinderung ausschlaggebend. Die Verwaltung erhält den Abschlußbericht.

Differentialindikation zwischen Rehabilitationsabteilung und jugendpsychiatrischer Behandlung oft bereits im Vorfeld getroffen worden: Drogenberatungsstellen haben häufig schon die Weichen in die Rehabilitationsbehandlung nach dem Muster der Erwachseneninstitutionen gestellt; Jugendpsychiater oder benachbarte Kliniken überweisen eher gezielt in jugendpsychiatrische Behandlung. Diese Differentialindikationen werden nur sehr selten nach dem Vorstellungsgespräch in Frage gestellt und gegebenenfalls verändert.

Der Personalschlüssel in der Rehabilitation ist etwa um die Hälfte geringer als im jugendpsychiatrischen Bereich (Kunze u. Kaltenbach 1994), die bewilligten Zeiträume sind demgegenüber deutlich länger als in der jugendpsychiatrischen Behandlung. Beide Bereiche sehen konzeptuell sowohl einzel-, gruppen- als auch familientherapeutische Angebote im Rahmen eines kontextuellen Ansatzes vor, unterscheiden sich jedoch in der Therapiefrequenz (höher im jugendpsychiatrischen Bereich) und der Bedeutung der Alltagsnähe und der Integration in kommunale Angebote (höher im Rehabilitationsbereich). Dementsprechend höher sind im Rehabilitationsbereich die Anforderungen an Selbstregulation und Einsichtsfähigkeit der Patienten. Regelmäßige externe Supervision ist eine Kostenträgerevorgabe für den Rehabilitationsbereich und wird ebenso regelmäßig für die jugendpsychiatrische Station angeboten.

2 Fragestellung und methodisches Vorgehen

Es wird davon ausgegangen, daß Zuweisungen in das eine oder andere Setting aufgrund gezielter Indikationen getroffen wurden. Von der Vergleichbarkeit operationalisierter Diagnosestellungen ist in der Klinik aufgrund allen Mitarbeitern gleichermaßen angebotener Fortbildungsmaßnahmen und der gleichen ärztlichen Leitung auszugehen. Die Datenerhebung erfolgte kontinuierlich im Rahmen des klinikeigenen Dokumentations- und Qualitätssicherungssystems.

- *Patientenmerkmale 1:* Es wird von vergleichbaren soziodemographischen Merkmalen (u. a. Geschlecht, Ethnizität) in beiden Settings ausgegangen, da dies für die Indikationsstellung nicht relevant ist. Mädchen dürften insgesamt unterrepräsentiert sein, aber häufiger problematische Behandlungsverläufe aufweisen.
- *Patientenmerkmale 2:* Es wird erwartet, daß die Patienten im jugendpsychiatrischen Bereich sich durch einen höheren Krankheitsschweregrad, d. h. durch eine höhere Comorbidität mit anderen psychiatrischen Störungen auszeichnen.
- *Verlaufsmerkmale:* Es wird davon ausgegangen, daß aufgrund größerer Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung und geringerer Einsichtsfähigkeit der Patienten sowie durch das Angebot der Entgiftung Behandlungsabbrüche und disziplinarische Entlassungen auf der jugendpsychiatrischen Station häufiger erfolgen.

Zwei vollständige Jahrgänge (1999 und 2000) an konsekutiv behandelten und entlassenen Patienten wurden hinsichtlich ihrer soziodemographischen Variablen, Ethnizität und Geschlecht, der Zuweisungswege, der Störungsbilder und Comorbidität und des Therapieverlaufs verglichen. Die Daten wurden mit Hilfe der SPSS-Syntax statistisch ausgewertet. Hierbei kamen deskriptive Statistikverfahren und

Kreuztabellen mit Chi-Quadrat-Berechnungen nach Pearson und Fisher's exact test zum Einsatz; im folgenden werden jeweils die Werte der exakten einseitigen Signifikanz wiedergegeben.

In die Auswertung gingen Daten von 98 jugendpsychiatrischen und 96 Rehabilitationspatienten ein. Sofern eine spätere Übernahme aus dem jugendpsychiatrischen in den Rehabilitationsbereich erfolgt war ($n=7$ Patienten) wurden diese Patienten ausschließlich im Rehabilitationsbereich berücksichtigt. Ein Patient wurde rückverlegt und dementsprechend dem jugendpsychiatrischen Klientel zugerechnet.

3 Ergebnisse

3.1 Patientenmerkmale

Überwiegend wurden männliche Patienten behandelt. Der Mädchenanteil betrug im Rehabilitationsbereich 21 %, im jugendpsychiatrischen 46 %. Damit wurden 70 % aller Mädchen jugendpsychiatrisch behandelt, so daß ihr Anteil im jugendpsychiatrischen Setting signifikant ($p=.000$, Fisher's exact test) höher lag. Mädchen und Jungen unterschieden sich nicht in der Gefahr vorzeitiger Beendigung durch Abbruch oder disziplinarische Entlassung ($p=.337$, Fisher's exact test).

Die Herkunft der Patienten unterschied sich zwischen beiden Settings stark: Während Patienten ohne festen Wohnsitz ($n=5$) sich nur im jugendpsychiatrischen Bereich fanden (davon 4 aus Voraufenthalt bekannte Patienten als Wiederaufnahmen), kam der Rest der jugendpsychiatrischen Patienten überwiegend aus dem Elternhaus oder lebte in eigener Wohnung. Beide Settings unterschieden sich darin hochsignifikant (Fisher's exact test: $p=.000$). Mädchen wurden deutlich häufiger von zu Hause aufgenommen (62,5 %) als Jungen (38,4 %; Fisher's exact test: $p=.001$).

Patienten aus dem Strafvollzug und Patienten aus anderen Suchteinrichtungen fanden sich ganz überwiegend im Rehabilitationsbereich. Patienten aus Zuwanderer- oder Aussiedlerfamilien waren in der Rehabilitation (29,2 %) deutlich stärker vertreten als in der Jugendpsychiatrie (7,1 %; $p<.001$, Fisher's exact test)

Tab. 1: Herkunft und Behandlungssetting

Herkunft	Jugendpsychiatr. Behandlung	Rehabilitation	gesamt
Zuhause	62 (63.3%)	28 (29.2%)	90 (46.4%)
(Jugend-) Psychiatrische Klinik (auch eigene)	12 (12.2%)	15 (15.6%)	27 (13.9%)
Suchteinrichtung	2 (2.0%)	19 (19.8%)	21 (10.7%)
Erziehungshilfe oder betreute Einrichtung	14 (14.3%)	8 (8.3%)	22 (11.3%)
Strafvollzug	3 (3.1%)	25 (26.0%)	28 (14.4%)
o. f. W.	5 (5.1%)	0	5 (2.6%)
o. A.		1	

3.2 Morbiditätsspektrum

Patienten im jugendpsychiatrischen Bereich waren zu zwei Dritteln von drei und mehr Substanzen polyvalent abhängig, Patienten in Rehabilitation jedoch zu 96% (Zahlen nur aus dem Jahr 2000 wegen Umstellung auf ICD-10-Diagnosen).

Tab.2: Drogenkonsummuster 2000

	Jugendpsychiatr. Beh.	Reha
F 10.x, Alkohol	5 (10%)	1
F 11.x, Opioide	6 (12%)	-
F 12.x, Cannabis	5 (10%)	1
F.15.x, XTC	3 (6%)	-
F 19 Polysubstanzmißbrauch	36 (69%)	51 (96%)

Das gleichzeitige Vorkommen anderer psychiatrischer Erkrankungen unterschied die Patienten beider Settings hochsignifikant ($p=.000$, Fisher's exact test). Überwiegend handelte es sich um psychotische Erkrankungen. Persönlichkeitsstörungen waren ebenfalls sehr häufig. Störungen des Sozialverhaltens wurden nur dann verschlüsselt, wenn mehr Regelverstöße vorlagen als nur solche Handlungen, die im Kontext von Drogenbeschaffung zu verstehen waren. Alle Eßstörungen waren vom Typ Bulimia nervosa.

Tab.3: Comorbidität

	Jugendpsychiatrische Behandlung	Rehabilitation
Psychosen/psychotische Episoden	37	8
Affektive Störungen	10	1
Störungen des Sozialverhaltens	28	4
Persönlichkeitsstörungen	14	3
Eßstörungen	12	2
Emotionale Strörungen	11	5
Neurotische/funktionelle Störungen	9	0
ADS	9	0
Posttraumatische Belastungsstörung	3	1
Gesamtzahl an Diagnosen F 2x.x bis F 9x.x	133	24
Comorbidität insgesamt als Diagnosen/Patient*	2.35	1.25

* incl. Suchtdiagnose

3.3 Verlaufsmerkmale

Die *Verweildauern* schwankten zwischen 0 und 276 Tagen in der Jugendpsychiatrie und zwischen 0 und 498 Tagen in der Rehabilitation (Mittelwerte: 81,56 Tage vs. 109,9 Tage). Der Unterschied ist statistisch signifikant ($F=8,276$; $df=192$; $p<.05$).

Nur 43 % der jugendpsychiatrischen und 23 % der Rehabilitationspatienten erreichten einen regulären Behandlungsabschluß. Disziplinarische Entlassungen (üblicherweise aufgrund von Drogenrückfällen, selten aufgrund von anderen schweren Regelverstößen) und Abbrüche unterschieden sich zwischen den Settings statistisch nicht, jedoch erreichten ohne Berücksichtigung der verschiedenen Gründe der Beendigung während der Zeit in der Klinik signifikant weniger Rehabilitationspatienten als jugendpsychiatrische Patienten eine reguläre Entlassung.

Tab. 4: Entlassungsmodus

Entlassungsmodus	Jugendpsychiatrische Behandlung	Rehabilitation
Abbruch durch Patienten	28 (28,6%)	38 (39,6%)
Disziplinarische Entlassung	18 (18,4%)	20 (20,8%)
Entlassung in gegenseit. Einvernehmen	4 (4,1%)	11 (11,5%)
Reguläre Beendigung	46 (46,9%)	22 (23%)**
Entlassung in eigene Nachsorge-WG	–	4 (4,2%)
Entlassung in somatische Klinik	2 (2%)	–

(** $p=0,14$, Fisher's exact test)

Abbrüche und disziplinarische Entlassungen erfolgten im Bereich der jugendpsychiatrischen Behandlung zu 26 % innerhalb der ersten 9 Tage; zu 45,6 % in den ersten 4 Wochen und zu 78 % bis zum 90. Tag. Im Rehabilitationsbereich liegen die vorzeitigen Beendigungen mit 29 % innerhalb der ersten 9 Tage, erreichen die 50 %-Marge innerhalb von 6 Wochen und die 75 %-Marge in 90 Tagen. Damit bilden jeweils die ersten 10 Tage eine besondere „Risikophase“ für etwas mehr als ein Viertel der Patienten, während sich danach eine recht gleichmäßige Verteilung der vorzeitigen Entlassungen ergibt und Abbrüche auch nach drei Monaten durchaus noch vorkamen.

Es fanden sich keine geschlechts- oder ethnizitätsspezifischen Abbruchrisiken. Jedoch brachen 20 der 28 Patienten, die aus dem Strafvollzug aufgenommen worden waren, die Behandlung ab oder mußten vorzeitig entlassen werden (71 %) und hatten damit ein signifikant höheres Risiko vorzeitiger Beendigung ($p=.032$, Fisher's exact test). Der Unterschied in den Erfolgsquoten zwischen jugendpsychiatrischem und Rehabilitationsbereich läßt sich eindeutig auf diese Patientengruppe zurückführen, da sich ohne die aus der Haft aufgenommenen Patienten statistisch der Unterschied in den Abbruch- und Erfolgsquoten nivellierte ($p=.150$, Fisher's exact test).

21,6 % der Patienten kamen zum zweiten Mal, 4,6 % zum dritten Mal und 1 % zum vierten Mal in dieselbe Abteilung in Behandlung. Hierbei bestand kein Unterschied zwischen den beiden Settings. Abbrüche oder disziplinarische Entlassungen erfolgten bei mehrfach aufgenommenen Patienten im Querschnitt nicht seltener als bei erstmalig aufgenommenen ($p=.355$, Pearson's Chi-Quadrat=3.246, $df=3$). Einige Patienten zeigten erst über mehrere Aufnahmen hinweg einen guten Verlauf. Verfolgt man den Langzeitverlauf über mehrere Jahre – hier für die Rehabilitationspatienten

bis zum Jahr 2000 einschließlich über drei Jahre nach Erstentlassung erfaßt –, so zeigt sich bei einigen Patienten eine positive Entwicklung erst nach mehreren Anläufen und unterschiedlichen Einstiegen über das Versorgungsnetz. Dann erst ergibt sich ein positiver Trend erfolgreich abgeschlossener Behandlungen mit 60 %.

Tab.5: Entlassene Patienten der Rehabilitationsstation 1997 und 1998

N=76 (100%)		Verlauf 1. Aufnahme				
		davon später	davon	davon später	davon später	
Mädchen	12 (16%)					
Nichtdt. Herkunft	18 (24%)					
		Abbruch:30	Wiederauf- nahme: 12			
				Abbruch/ disz.E.: 12		
		Disz. E.: 27	Wiederauf- nahme: 19			
					2. Wieder- aufn.*: 6	3./4. Wieder- aufn.*: 2
Bilanz	76	-57	+31	-12	+6	+2
In Behandlg. ver- bleibend		19		+19	+6	+2
Summe		19 (25%)		38	44	46 = 60%
abgeschl. Beh.						

* 2.-4. Wiederaufnahmen: hier nur erfolgreiche Verläufe ohne Abbrüche und disziplinarische Entlassungen gezählt.

4 Diskussion

Die Zuweisungswege und Zusammensetzungen der beiden Patientengruppen stimmen in unserer Stichprobe mit den Ergebnissen der größten US-Multicenterstudie an jugendlichen Drogenpatienten überein (Rounds-Bryant et al. 1999): Rehabilitations-Patienten sind seltener weiblich, gehören häufiger ethnischen Minderheiten an und sind häufiger per gerichtlicher Auflage aufgenommen worden.

Die EU-Untersuchung der Pompidou-Gruppe zeigte eine starke Streuung der Anteile weiblicher Drogenpatienten in den verschiedenen Zentren zwischen 8 und 44% und schlußfolgerte, daß Frauen und Mädchen offensichtlich nicht durch alle Programme genügend erreicht werden (Council of Europe 1999).

Epidemiologische Erkenntnisse belegen die starke Jungenwendigkeit bei Substanzmißbrauch (Essau et al. 1998). In unserer Population waren Mädchen im Rehabilitationsbereich stark unterrepräsentiert und im jugendpsychiatrischen immer noch geringer vertreten als Jungen. Patienten im Rehabilitationssetting haben weit-

aus seltener weitere psychiatrische Störungen (Tab. 3) als die im klinischen Setting. Byquist und Olsson (1998) weisen auf unterschiedliche Subtypen von Drogenmißbrauchern hin und trennen eine Gruppe mit primärer Kriminalitätsbelastung und hoher Gruppenanbindung von einer Gruppe mit sekundärer Kriminalitätsbelastung und niedrigerer Gruppenanbindung, aber „typischer Drogenkarriere“, von der dritten Gruppe mit höherer psychischer Labilität, höherer psychiatrischer Morbidität und geringerer sozialer Belastung. Ob Mädchen früher in der Drogenkarriere behandlungsbedürftige comorbide Störungen entwickeln als Jungen oder umgekehrt eher auf dem Boden einer vorbestehenden Störung in eine Drogenabhängigkeit geraten (Krausz et al. 2000) und ob dies einen Teil des Geschlechterunterschieds zwischen unseren beiden Settings erklärt, wäre interessant zu untersuchen.

Die behandelten Mädchen bei Byquist (1999) waren teilweise stärker gestört und hatten längere Drogenkarrieren. Dakof (2000) beschreibt komplexer gestörte Herkunftsfamilien und mehr Angst- und depressive Störungen bei Mädchen. Diese klinische Erfahrung hat auch in unserem Setting zur Einrichtung Mädchenspezifischer Angebote („Mädchengruppe“, „Mädchensport, -entspannung“) geführt.

Zwar schließt eine bestehende Comorbidität eine Rehabilitationsbehandlung nicht aus, jedoch muß im Einzelfall eingeschätzt werden, ob die Abhängigkeit das vorrangig zu bearbeitende Störungsbild ist. So gibt es z. B. die Patienten mit Bulimie und Drogenabhängigkeit, deren Drogenabhängigkeit mit den damit verbundenen sekundären Problemen (Prostitution und Traumatisierung) vorrangig zu behandeln ist, da diese Problematik einer erfolgreichen Psychotherapie der Eßstörung entgegensteht und da über den zu erwartenden Selbstwertzuwachs nach erfolgreicher Drogentherapie die bulimische Symptomatik leichter angebar ist. Strasser et al. (1992) bestätigen mindestens ebenso gute Erfolge einer Bulimie-Behandlung nach Behandlung der Abhängigkeit verglichen mit einer Gruppe nichtabhängiger Frauen trotz initial höherer Angst- und Depressionswerte der ehemals abhängigen. Andererseits erlaubt eine bestehende chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung, in deren Rahmen Drogenkonsum zur Selbsttherapie eingesetzt wurde, möglicherweise keinen therapeutischen Aufschub. Ebenso muß eine psychotische Erkrankung mit Negativsymptomatik und kognitiven Defiziten behandelt sein, bevor an eine Rehabilitation gedacht werden kann. Bei diesen Überlegungen sind Kausalitätserwägungen (etwa: bei einer drogeninduzierten Psychose oder bei drogenasoziierten Traumatisierungen müßte der Drogenkonsum als primär vorhanden zuerst behandelt werden, ansonsten umgekehrt) nicht ausschlaggebend für die therapeutische Strategie. Entscheidend sind allein Überlegungen hinsichtlich der aktuell bestehenden Defizite und Ressourcen eines Patienten und seiner Umgebung, der notwendigen Intensität von Führung, Kontrolle und Behandlung und der Motivationsspanne (Rounds-Bryant et al. 1999). Kausalitätserwägungen scheinen nicht zuletzt deswegen obsolet zu sein, da neue Langzeitstudien für den Bereich von psychiatrischen, dissozialen und Drogenstörungen bei Jugendlichen gemeinsame Wurzeln in frühen familiären Sozialisationserfahrungen nachweisen konnten (Fergusson u. Horwood 1997; Dembo et al. 2000). Bei jüngeren Adoleszenten kann auf sexuellen Mißbrauch eine Vielzahl psychiatrischer Probleme einschließlich Drogenabhängigkeit folgen, wobei sich Mißbrauchserlebnisse durch Beschaffungsprostitu-

tion wiederholen (Chandy et al 1996; Neumark-Sztainer et al. 1997). Ebenso können posttraumatische Belastungsstörungen sowohl Ursache als auch Folge von Drogenkarrieren sein (Crimmins et al. 2000). Die Neigung zu psychotischen Exazerbationen aufgrund von bedrohlichen Lebensereignissen bei metamphetamin-induzierten Psychosen bleibt auch ohne fortgesetzten Drogenkonsum erhalten (Yui et al. 2000). Wiederum wird eine primäre Comorbidität mit externalisierenden Verhaltensstörungen die Prognose der Drogenproblematik verschlechtern (Crowley et al. 1998 a,b; Loeber et al. 1999; Randall et al. 1999; Latimer et al. 2000). Bei den Patienten mit comorbiden Störungen des Sozialverhaltens fanden Crowley et al. (1998), daß diese überwiegend dem Substanzmißbrauch vorausgegangen waren. Für Aufmerksamkeitsdefizitsyndrome sind die Ergebnisse widersprüchlich (positiv: Thompson et al. 1996; Wilens et al. 1997; Crowley et al. 1998a vs. negativ Fergusson et al. 1997; Disney et al. 1999; Loeber et al. 1999, sofern intervenierende andere Variablen berücksichtigt werden, wie familiäre Faktoren und weitere Comorbidität). Einige Studien berichten darüber hinaus von psychiatrischer Multimorbidität insbesondere in Kombination mit Depression (Feehan et al. 1994; Riggs et al. 1995; Young et al. 1995). Unsere Daten bestätigen die Befunde von Neighbors und Mitarbeitern (1992), daß die Wahrscheinlichkeit von mehr als einer psychiatrischen Zweitdiagnose auf über 50% steigt, wenn – wie auch überwiegend bei den hier behandelten Jugendlichen – mehrere Substanzen parallel konsumiert werden (vgl. auch Brown et al. 2000). Die hohe Comorbidität von jugendlichen Patienten mit Drogenabhängigkeit ist seit langem bekannt. Milin und Mitarbeiter (1991) fanden bei 39% der drogenabhängigen jugendlichen Delinquenten unter Ausschluß von Störungen des Sozialverhaltens und oppositioneller Störungen psychiatrische Zweitdiagnosen. Unsere Erfahrungen bestätigen diese Tendenz, wenngleich durch die Differenzierung der Settings anhand dieses Kriteriums im Rehabilitationsbereich eindeutig weniger psychiatrische Zweitdiagnosen bestanden, im jugendpsychiatrischen hingegen ausschließlich. Depressive Symptomatik, häufig vor allem zu Beginn der Entwöhnungsbehandlung, wurde in unserer Untersuchung nicht eigens verschlüsselt, da hier Zusammenhänge mit der stattgefundenen Entgiftung naheliegen (Günthner et al. 2000). Die auffällig hohe Rate an schizophrenen Erkrankungen bzw. psychotischen Episoden im jugendpsychiatrischen Setting läßt sich mit Zuweisungs- und Selektionseffekten erklären. Psychosen stehen bei erwachsenen Drogenpatienten nicht an erster Stelle der Comorbiditätshäufigkeit (Günthner et al. 2000), sind jedoch mit schlechter Prognose assoziiert (Krausz et al. 1996). Eher jugendtypisch ist die hohe Rate an Aufmerksamkeitsdefizitstörungen (s. u.).

Das bedeutet, daß in vielen Fällen von Comorbidität bei Drogenpatienten zwei oder mehr distinkte Störungen sowohl in ihrer Wechselseitigkeit als auch in ihrer Eigengesetzlichkeit zu betrachten sind, und daß die Therapieplanung beides zu berücksichtigen hat (Scherbaum 1999; Möller u. Thoms 2000).

Nicht erhoben wurde hier die Prävalenz von „Umschriebenen Entwicklungsstörungen“ (MAS, 2. Achse). Jedoch belegen neuropsychologische Befunde das Verschlimmern von Konzentrationsstörungen mit der Dauer des Drogenkonsums sowie das Auftreten von Teilleistungsstörungen nach schwerer Entzugssymptomatik (Tappert u. Brown 1999, 2000), auch wenn eine direkte Wirkung des Konsums nicht nach-

gewiesen werden konnte (Teichner et al. 2000). Der Befund unterstreicht den Stellenwert integrierter schulischer Maßnahmen im Reha-Bereich (Giancola et al. 1998).

Die häufigen Gesundheitsprobleme drogenabhängiger Jugendlicher gehen über psychiatrische Comorbidität noch weit hinaus – hier sind besonders sexuell übertragbare Infektionen neben Fehl- und Mangelernährung, zahnärztlichem Behandlungsbedarf und Hepatitis zu nennen (Aarons et al. 1999). Eine Behandlung im Rehabilitationsbereich setzt die abgeschlossene Abklärung und Behandlung der anderen gesundheitlichen Probleme voraus (BAG für Rehabilitation 1992).

Entgegen der Erwartung waren erfolgreich abgeschlossene Behandlungen im Rehabilitationssetting seltener. Dies läßt sich auf die unterschiedlichen Zuweisungswege der Patienten zurückführen: Wer von den Patienten Rehabilitation als den „leichteren Weg“ anstelle einer Gefängnisstrafe absolvieren wollte, scheiterte damit überwiegend. Zum Teil bestand bei Aufnahme der inhaftierten Patienten in die Rehabilitation keine Drogenfreiheit. Dies, obwohl alle Patienten vor Aufnahme mehrfach hinsichtlich ihrer bestehenden Eigenmotivation untersucht worden waren.

Große epidemiologische Studien (Arseneault et al. 2000; Terry et al. 2000) wiesen wiederholt darauf hin, daß bei psychisch gestörten *und* delinquenten Patienten alle Zugangswege zu Hilfen (ob durch das medizinische oder das juristische System) berücksichtigt werden müssen und Durchlässigkeit zwischen den Systemen durch ein gutes case management im Sinne der Betroffenen gefordert ist. Dies wird gleichermaßen im jüngsten Drogenbericht der Bundesregierung gefordert. Möglicherweise ist bei Patienten aus dem Strafvollzug mehr Augenmerk auf eine bestehende Comorbidität zu richten und die Zuweisung zum intensiveren Behandlungssetting nicht von vornherein auszuschließen.

Hohe Abbruchraten bei jugendlichen Drogenabhängigen sollen durch Einbezug der Familien verringert und durch einen aufsuchenden Einbezug nahezu eliminiert werden können (Henggeler et al. 1996). Zwar enthält unser hier vorgestelltes Setting einen systematischen Einbezug der Familien, jedoch nicht in aufsuchender Form. Letzteres könnte erklären, warum die Quoten erfolgreich abgeschlossener Behandlungen nach der Möglichkeit von Zweit- und Drittaufnahmen wesentlich besser ausfallen als die mit 20-25 % in der Literatur genannten (Übersicht bei Küfner et al. 1994). Die soziale Basis ist auch bei Mehrfachaufnahmen nicht zu vernachlässigen: vier von fünf Aufnahmen bekannter Patienten „von der Straße“ scheiterten.

5 Schlußfolgerungen

Versorgungspolitisch zeigen die vorgelegten Ergebnisse, daß sich Drogenbehandlungsstationen für Jugendliche im psychiatrischen und im Rehabilitationsbereich anhand der Nachvollziehbarkeit differentieller Indikationen unterscheiden.

Darüber hinaus kann bestätigt werden, daß ein Bedarf für einen psychiatrischen Behandlungsbereich zwischen „Qualifiziertem Entzug“ und Rehabilitation existiert. Psychiatrisch comorbide Patienten mit hohem Behandlungsaufwand benötigen den vollstationären Behandlungsbereich und eine hochgradig individualisierte Therapieplanung.

Die Überselektion von Mädchen im jugendpsychiatrischen Setting bedarf weiterer Aufklärung. Mädchenspezifische Angebote scheinen dahin gehend sinnvoll, daß die Behandlungsergebnisse sich dann nicht von denen der Jungen unterscheiden.

Ein jugendlichen Entwicklungsbedürfnissen gerecht werdendes pädagogisch-milieutherapeutisches Setting, ein enger therapeutischer Einbezug der Herkunftsfamilien auch bei nicht mehr zu Hause lebenden Jugendlichen und eine Schule für Kranke sind unverzichtbar, so daß Überlegungen, jugendliche Suchtkranke etwa aus ökonomischen Gründen oder aus Mangel an Behandlungsplätzen allgemeinpsychiatrischen Institutionen bzw. Rehabilitationseinrichtungen zuzuweisen, inhaltlich nicht zielführend sind.

Nach der Behandlungs- oder Rehabilitationsphase besteht die Notwendigkeit schneller Interventions- und Wiederaufnahmemöglichkeiten auf dem Hintergrund enger Kooperationsstrukturen und Vernetzung. Die Möglichkeit der Wiederaufnahme nach Abbruch oder Rückfall muß in der gleichen Institution gegeben sein und ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal. Erst eine Längsschnittbetrachtung erlaubt die Einschätzung von Therapieerfolgen bei dieser Klientel. Häufig sind im Rahmen der Nachbetreuung Jugendhilfemaßnahmen indiziert. Dies gilt für beide Settings, so daß die Integration in einen Lebensalltag ohne begleitende Hilfen nur sehr langfristig erreicht werden kann.

Literatur

- Aarons, G.A.; Brown, S.A.; Coe, M.T.; Myers, M.G.; Garland, A.F.; Ezzet-Lofstrom, R.; Hazen, A.L.; Hough, R.L. (1999): Adolescent alcohol and drug abuse and health. *J. Adolesc. Health* 24: 412-421.
- Arseneault, L.; Moffitt, T.E.; Caspi, A.; Taylor, P.J.; Silva, P.A. (2000): Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Arch. Gen. Psychiatry* 57: 979-986.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärzte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (1992): Zielsetzungen und Orientierungsdaten. Eigenverlag.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1992): Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken. Eigenverlag.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1999): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Köln.
- Brown, S.A.; Tapert, S.F.; Tate, S.R.; Abrantes, A.M. (2000): The role of alcohol in adolescent relapse and outcome. *J. Psychoactive Drugs* 32: 107-115.
- Burchard, F. (2001): Entgiftung und Neuorientierung bei Jugendlichen. Vortrag beim Bundesdrogenkongreß, Leipzig 8.5.2001.
- Byqvist, S. (1999): Criminality among female drug abusers. *J. Psychoactive Drugs* 31: 353-362.
- Byqvist, S.; Olsson, B. (1998): Male drug abuse, criminality and subcultural affiliation in a career perspective. *J. Psychoactive Drugs* 30: 53-68.
- Chandy, J.M.; Blum, R.W.; Resnick, M.D. (1996): Gender-specific outcomes for sexually abused adolescents. *Child Abuse Negl.* 20: 1219-1231.
- Collins, R.L.; Ellickson, P.L.; Bell, R.M. (1998): Simultaneous polydrug use among teens: prevalence and predictors. *J. Subst. Abuse* 10: 233-253.
- Council of Europe, Pompidou group project on treatment demand (1999): Treated drug users in 23 European cities. Data 1997, Trends 1996-97. Final report. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Crimmins, S.M.; Cleary S.D.; Brownstein, H.H.; Spunt, B.J.; Warley, R.M. (2000): Trauma, drugs and violence among juvenile offenders. *J. Psychoactive Drugs* 32:43-54.

- Crowley, T.J.; MacDonald, M.J.; Whitmore, E.A.; Mikulich, S.K. (1998 a): Cannabis dependence, withdrawal, and reinforcing effects among adolescents with conduct symptoms and substance use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 50: 27-37.
- Crowley, T.J.; Mikulich, S.K.; MacDonald, M.; Young, S.E.; Zerbe, G.O. (1998 b): Substance-dependent, conduct-disordered adolescent males: severity of diagnosis predicts 2-year outcome. *Drug Alcohol Depend.* 49: 225-237.
- Dakof, G.A. (2000): Understanding gender differences in adolescent drug abuse: issues of comorbidity and family functioning. *J. Psychoactive Drugs* 32: 25-32.
- Dembo, R.; Wothke, W.; Seeberger, W.; Shemwell, M.; Pacheco, K.; Rollie, M.; Schmeidler, J.; Klein, L.; Hartsfield, A.; Livingston, S. (2000): Testing a model of the influence of family problem factors on high-risk youths' troubled behavior: a three-wave longitudinal study. *J. Psychoactive Drugs* 32: 55-65.
- DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al. (Hg.) (2000a): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al. (Hg.) (2000b): Symposium Sucht im Jugendalter. XXVI. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jena, 5.-6.4.2000.
- Disney, E.R.; Elkins, I.J.; McGue, M.; Iacono, W.G. (1999): Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *Am. J. Psychiatry* 156: 1515-1521.
- EBDD (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) (1999): Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union. Eigendruck, Amt für amtliche Veröffentlichungen der EG, Luxemburg/Belgien.
- Englert, E.; Fegert, J.; Poustka, F. (1999): Issues in documentation and quality management of adolescent addiction care. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 8, Suppl 2: 121.
- Essau, C.A.; Baschta, M.; Koglin, U.; Meyer, L.; Petermann, F. (1998): Substanzmißbrauch und –abhängigkeit bei Jugendlichen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 47: 754-766.
- Feehan, M.; McGee, R.; Raja, S.N.; Williams, S.M. (1994): DSM-III-R disorders in New Zealand 18-year-olds. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 28: 87-99.
- Fergusson, D.M.; Horwood, L.J. (1997): Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction* 92: 279-296.
- Fergusson, D.M.; Lynskey, M.T.; Horwood, L.J. (1997): Attentional difficulties in middle childhood and psychosocial outcomes in young adulthood. *J. Child Psychol. Psychiatry* 38: 633-644.
- Giancola, P.R.; Mezzich, A.C.; Tarter, R.E. (1998): Disruptive, delinquent and aggressive behavior in female adolescents with a psychoactive substance use disorder: relation to executive cognitive functioning. *J. Stud. Alcohol* 59: 560-567.
- Günthner, A.; Dedner, C.; Schäfer, G.; Berl, J.; Kuder, T.; Bader, T.; Dengler, W. (2000): Komorbidität bei Drogenabhängigen. *Suchttherapie* 1: 16-20.
- Henggeler, S.W.; Pickrel, S.G.; Brondino, M.J.; Crouch, J.L. (1996): Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *Am. J. Psychiatry* 153: 427-428.
- Huizinga, D.; Loeber, R.; Thornberry, T.P. (1993): Longitudinal study of delinquency, drug use, sexual activity, and pregnancy among children and youth in three cities. *Public Health Rep.* 108 Suppl. 1: 90-96.
- Jung, M.; Stolle, D. (2001): Zur Komorbidität stationärer Suchtpatienten. Vortrag, Symposium „Jugendpsychiatrische Behandlung von Suchtpatienten“, Lübeck, 15.6.2001.
- Krausz, M.; Mass, R.; Haasen, C.; Gross, J. (1996): Psychopathology in patients with schizophrenia and substance abuse. *Psychopathology* 29: 95-103.
- Krausz, M.; Degkwitz, P.; Verthein, U. (2000): Psychiatrische Comorbidität und Suchtbehandlung. *Suchttherapie* 1: 3-7.
- Krohn, M.D.; Lizotte, A.J.; Perez, C.M. (1997): The interrelationship between substance use and precocious transitions to adult statuses. *J. Health Soc. Behav.* 38: 87-103.
- Küfner, H.; Denis, A.; Roch, I.; Arzt, J.; Rug, U. (1994): Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms. Baden-Baden: Nomos.

- Kunze, H.; Kaltenbach, L. (Hg.) (1994): *Psychiatrie-Personalverordnung*, 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Latimer, W.W.; Winters, K.C.; Stinchfield, R.; Traver, R.E. (2000): Demographic, individual, and interpersonal predictors of adolescent alcohol and marijuana use following treatment. *Psychol. Addict Behav.* 14: 162-173.
- Loeber, R.; Stouthamer-Loeber, M.; White, H.R. (1999): Developmental aspects of delinquency and internalizing problems and their association with persistent juvenile substance use between ages 7 and 18. *J. Clin. Child Psychol.* 28: 322-332.
- Lenssen, A.; Gunning, W.B. (1999): Drug policy in adolescent psychiatric treatment centres. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 8, Suppl. 2: 120.
- Mann, K.; Günthner, A. (1999): Suchterkrankungen. In: Berger, M.; Stieglitz, R.D. (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban & Schwarzenberg, S. 345-403.
- Mieczkowski, T.; Newel, R.; Wraight, B. (1998): Using hair analysis, urinalysis, and self-reports to estimate drug use in a sample of detained juveniles. *Subst. Use Misuse* 33: 1547-1567.
- Milín, R.; Halikas, J.A.; Meller, J.E.; Morse, C. (1991): Psychopathology among substance abusing juvenile offenders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 30: 569-574.
- Morris, R.E.; Harrison, E.A.; Knox, G.W.; Tromanhauser, E.; Marquis, D.K.; Watts, L.L. (1995): Health risk behavioral survey from 39 juvenile correctional facilities in the United States. *J. Adolesc. Health* 17: 334-344.
- Möller, C.; Thoms, E. (2000): Drogenabhängigkeit durch ein tragendes therapeutisches Beziehungsangebot überwinden. *Suchtmedizin* 2: 172-174.
- Neighbors, B.; Kempton, T.; Forehand, R. (1992): Co-occurrence of substance abuse with conduct, anxiety, and depression disorders in juvenile delinquents. *Addict. Behav.* 17: 379-386.
- Neumark-Sztainer, D.; Story, M.; French, S.A.; Resnick, M.D. (1997): Psychosocial correlates of health compromising behaviors among adolescents. *Health Educ. Res.* 12: 37-52.
- Prosser, J.; McArdle, P. (1996): The changing mental health of children and adolescents: evidence for a deterioration? *Psychol. Med.* 26: 715-725.
- Randall, J.; Henggeler, S.W.; Pickrel, S.G.; Brondino, M.J. (1999): Psychiatric comorbidity and the 16-month trajectory of substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 38: 1118-1124.
- Raschke, P.; Schliehe, F.; Groenemeyer, A. (1985): *Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten. Langzeitstudie am Beispiel des „Hammer Modells“*. Düsseldorf: MAGS NRW.
- Riggs, P.D.; Baker, S.; Mikulich, S.K.; Young, S.E.; Crowley, T.J. (1995): Depression in substance-dependent delinquents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 34: 764-771.
- Rounds-Bryant, J.L.; Kristiansen, P.L.; Hubbard, R.L. (1999): Drug abuse treatment outcome study of adolescents: a comparison of client characteristics and pretreatment behaviors in three treatment modalities. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 25: 573-591.
- Scherbaum, N. (1999): Grundprinzipien der Therapie. In: Gastpar, M.; Mann, K.; Rommelspacher, H. (Hg.): *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Stuttgart: Thieme, S. 94-103.
- Schultz, E.; Remschmidt, H. (1999): Substanzmißbrauch und Drogenabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt* 96, A 414-418.
- Strasser, T.J.; Pike, K.M.; Walsh, T. (1992): The impact of prior substance abuse on treatment outcome for bulimia nervosa. *Addictive Behavior* 17: 387-395.
- Tapert, S.F.; Brown, S.A. (1999): Neuropsychological correlates of adolescent substance abuse: four-year outcomes. *J. Int. Neuropsychol. Soc* 5: 481-493.
- Tapert, S.F.; Brown, S.A. (2000): Substance dependence, family history of alcohol dependence and neuropsychological functioning in adolescence. *Addiction* 95: 1043-1053.
- Teichner, G.; Donohue, B.; Crum, T.A.; Azrin, N.H.; Golden, C.J. (2000): The relationship of neuropsychological functioning to measures of substance use in an adolescent drug abusing sample. *Int. J. Neurosci.* 104: 113-124.
- Terry, Y.M.; Van der Waal, C.J.; McBride, D.C.; Van Buren, H. (2000): Provision of drug treatment services in the juvenile justice system: a system reform. *J. Behav. Health Serv. Res.* 27:194-214.

- Thompson, L.L.; Riggs, P.D.; Mikulich, S.K.; Crowley, T.J. (1996): Contribution of ADHD symptoms to substance problems and delinquency in conduct-disordered adolescents. *J. Abnorm. Child Psychol.* 24: 325-347.
- Wilens, T.E.; Biederman, J.; Mick, E.; Faraone, S.V.; Spencer, T. (1997): Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.* 185: 475-482.
- Young, S.E.; Mikulich, S.K.; Goodwin, M.B.; Hardy, J.; Martin, C.L.; Zoccolillo, M.S.; Crowley, T.J. (1995): Treated delinquent boys' substance use: onset, pattern, relationship to conduct and mood disorders. *Drug Alcohol Depend.* 37: 149-162.
- Yui, K.; Goto, K.; Ikemoto, S.; Ishiguro, T.; Kamata, Y. (2000): Increased sensitivity to stress in spontaneous recurrence of methamphetamine psychosis: noradrenergic hyperactivity with contribution from dopaminergic hyperactivity. *J. Clin. Psychopharmacol.* 20:165-174.
- Young, S.J.; Longstaffe, S.; Tenenbein, M. (1999): Inhalant abuse and the abuse of other drugs. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 25: 371-375.

Anschrift der Verfasserin: Priv.-Doz. Dr. Renate Schepker, Westfälisches Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik Hamm, Heithofer Allee 64, 59071 Hamm.