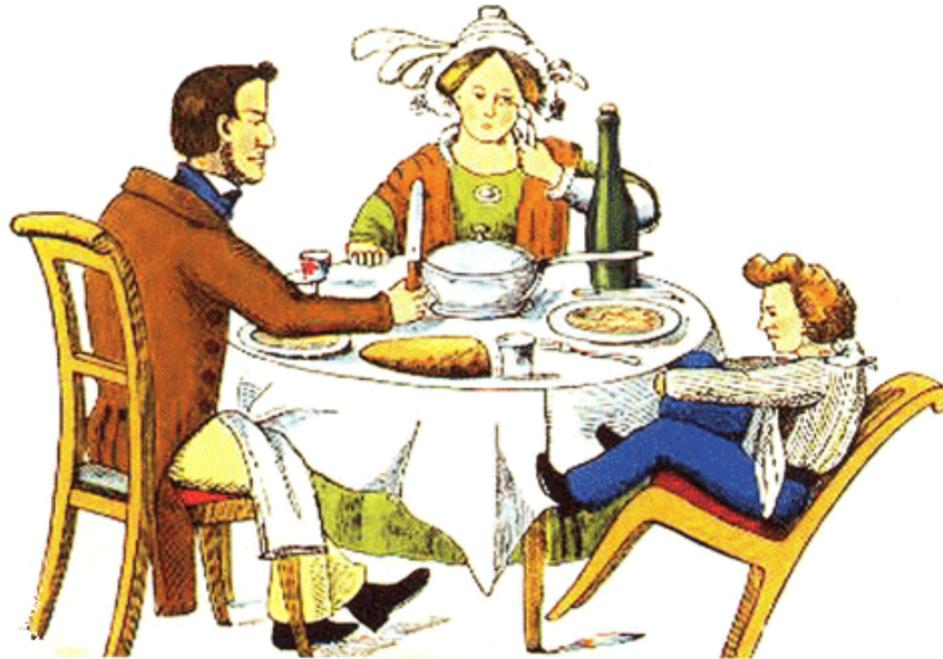


AD(H)S – Behandlung als Prävention



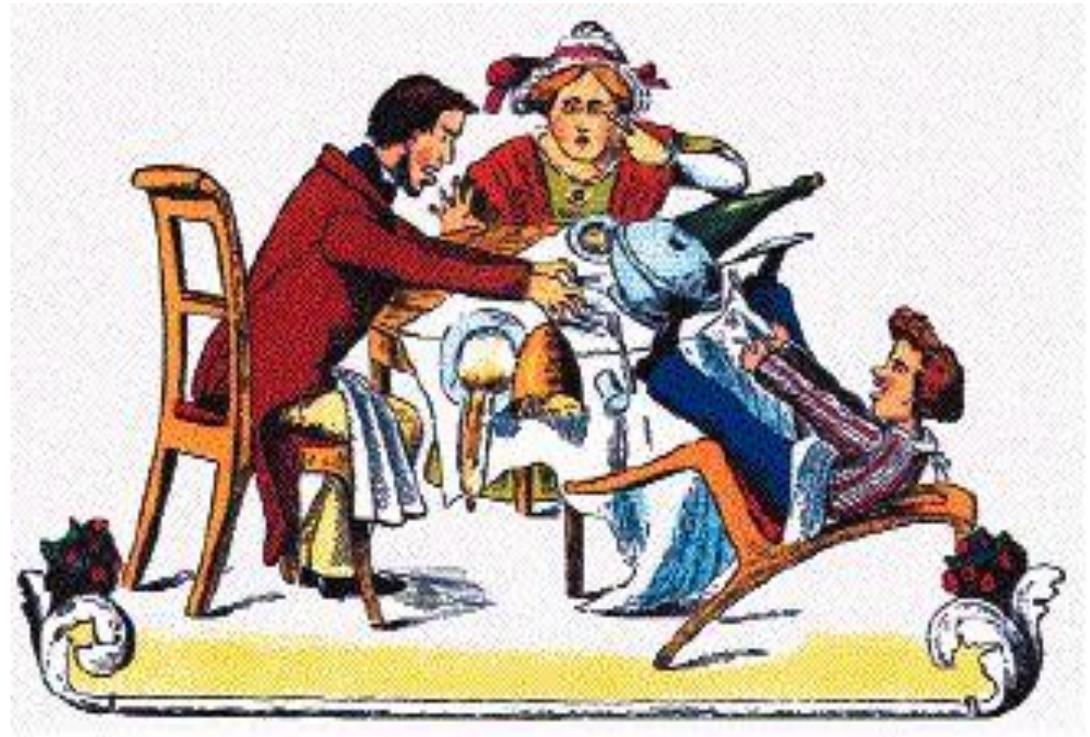
Dr. med. Andreas Rhode
Chefarzt der Fachklinik Release



Netzwerk Suchthilfe
Arbeitskreis für Jugendhilfe

Gliederung

1. AD(H)S im Erwachsenenalter
2. AD(H)S und Sucht
3. Behandlung als Prävention



Historische Begrifflichkeit

- Minimal Brain Dysfunction
- Minimal Brain Damage
- Minimal Cerebral Dysfunction
- POS
- FKHS
- Hyperkinesia
- 1980 Attention Deficit Disorder ADD (DSM III)
- 1987 Attention Deficit Hyperactivity Disorder ADHD
- ICD 10: Hyperkinetische Störung (F90)

Diagnostik

- Symptome vor dem Alter von 6 Jahren
- Verhaltensauffälligkeiten weder Alter noch Entwicklungsstand entsprechend
- In zwei Lebensbereichen
- Dauer: Mindestens 6 Monate

Unaufmerksamkeit	Hyperaktivität	Impulsivität
<ul style="list-style-type: none"> •Macht viele Flüchtigkeitsfehler •Hat Schwierigkeiten, aufmerksam zu bleiben •Scheint oft nicht zuzuhören •Hat Schwierigkeiten, sich zu organisieren •Lässt sich schnell ablenken •Ist im Alltag übermäßig vergesslich 	<ul style="list-style-type: none"> •Zappelt mit Fingern und Füßen •Rutscht unruhig auf dem Stuhl hin und her •Steht während des Unterrichtes auf •Hat Schwierigkeiten, sich still zu beschäftigen 	<ul style="list-style-type: none"> •Platzt mit Antworten heraus •Hat Schwierigkeiten, zu warten, bis er/sie an der Reihe ist •Unterbricht und stört oft andere •Redet häufig extrem viel

Quelle:Dr. Dirk Ohlmann



Ursachen

- Nachweisbare biologisch bedingte, fehlerhafte Informationsverarbeitung in Teilen des Gehirns
- Genetische Komponente
- Störung im Neurotransmittersystem (Dopamin/ Noradrenalin)
- Mangelnde neuronale Hemmung/ Fokussierung → Folge: permanente Reizüberflutung
- Exogene Risikofaktoren: Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, Infektionen (Hirnhautentzündung), Toxine (pränatale Schädigung durch Alkohol und Nikotin)

ADHS: Heterogene Ätiologie



1. Swanson et al., Curr Opin Neurobiol. 1998; 8:263-271

2. Hauser et al., N Engl J Med. 1993; 328:997-1001

Cook et al., Am J Hum Genet. 1995; 56:993-998

Swanson et al., Mol Psychiatry 1998; 3:38-41

3. Milberger et al., Biol Psychiatry 1997; 41:65-75

4. Biederman et al., J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:1495-1502

Neurobiologische Grundlagen

- Betroffen zentral modulatorische Transmittersysteme
 - Noradrenalin (Aufmerksamkeit)
 - Serotonin (Impuls)
 - Dopamin (Antrieb) im Hirnstamm
- Veränderte Rezeptordichte bzw. erhöhte Dopamintransporterverfügbarkeit
- Dysfunktion der Dopaminrezeptoren
- Dopaminrezeptorbindungskapazität kann im Rahmen von „Selbsttherapieversuchen“ reduziert werden.
- Gestörte hemmende Aktivität (noradrenerg) im Bereich der vorderen Großhirnrinde
 - Störung in Aufmerksamkeit
 - Störung im Arbeitsgedächtnis
 - Störung in der Emotionsregulation
 - Störung im kreativen und abstrakten Denken
 - Störung in der Planungs- und Kontrollfunktion

Dopamintransporterverfügbarkeit und ADHS

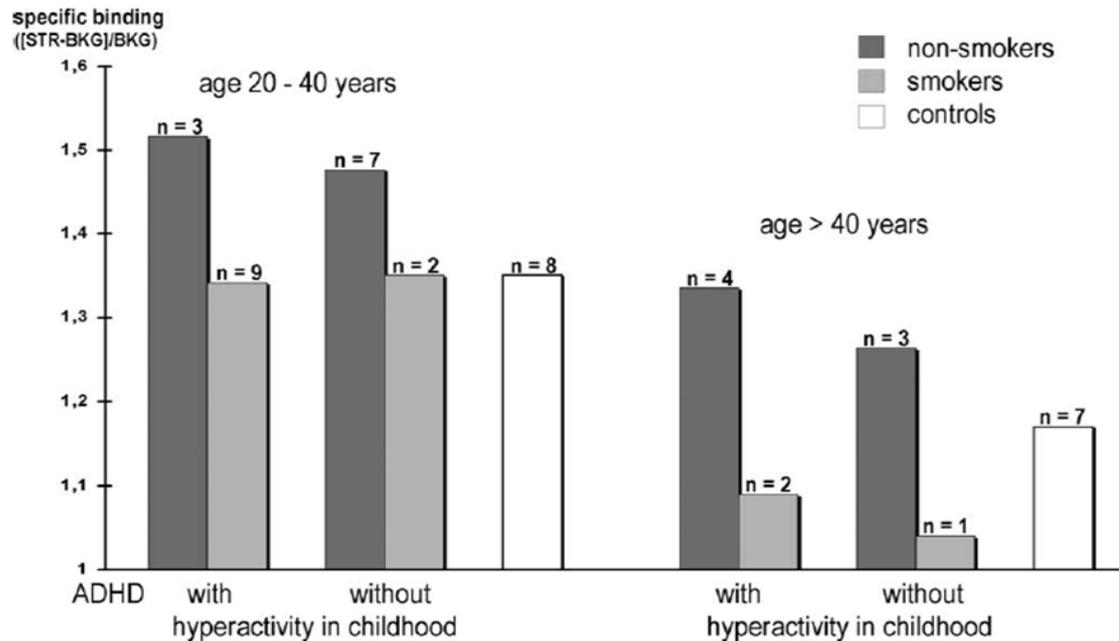


Fig. 4. Dopamine transporter binding in the striatum of smoking and non-smoking adults with ADHD with only inattentive symptoms since childhood and with hyperactivity/impulsivity in the childhood, mostly in combination with attention deficit and in non-smoking controls, shown by specific accumulation of [Tc-99m]TRODAT-1 in SPECT scans, in the age groups of 20–40 years and over 40 years.

Krause et al. 2003



Epidemiologie

- Im Kinder- und Jugendalter bei 3-5% (American Psychiatric Association, 1994: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), Washington D.C.)
- Im Erwachsenenalter bei circa 1-5% (US-Studie 4,4%)
- Höheres Risiko für Suizidalität: Suizidversuche im Erwachsenenalter doppelt so hoch (Barkley, R.A., Murphy, K., R. & Fischer, M. (2008): ADHD in adults: What the science says. New York: Guilford)
- ADHS-Subtypen (Barkley, Attention-deficit hyperactivity disorder. In: Mash, Barkley (eds.): Child Psychopathology 1996; 63-112)
 - Mischtypen 50-75%
 - Vorwiegend unaufmerksamer Typus 20-30%
 - Vorwiegend hyperaktiver/ impulsiver Typus unter 15%



Veränderungen der Symptomatik

Motorisch hyperaktiv
Aggressiv
Schnell frustriert
Impulsiv
Leicht ablenkbar
Unaufmerksam
Verschiebt und verlagert Aufgaben
leicht gelangweilt
Ungeduldig
Rastlos

Kinder



Erwachsene

Millstein et al., J Attention Disorder 1997; 2:159-166; Krause et al., Dtsch. med. Wschr. 1999; 124:1309-1313



Symptomatik im Erwachsenenalter

Beispielhaft

Liegenlassen von Gegenständen

Vergessen von Ausführungen von Aufträgen

Der Versuch eines Multi-Taskings

Innere Anspannung

Vermehrtes Redebedürfnis mit häufig unangebrachten Kommentaren

Erhöhte Impulsivität

Affektlabilität und mangelnde Affektkontrolle

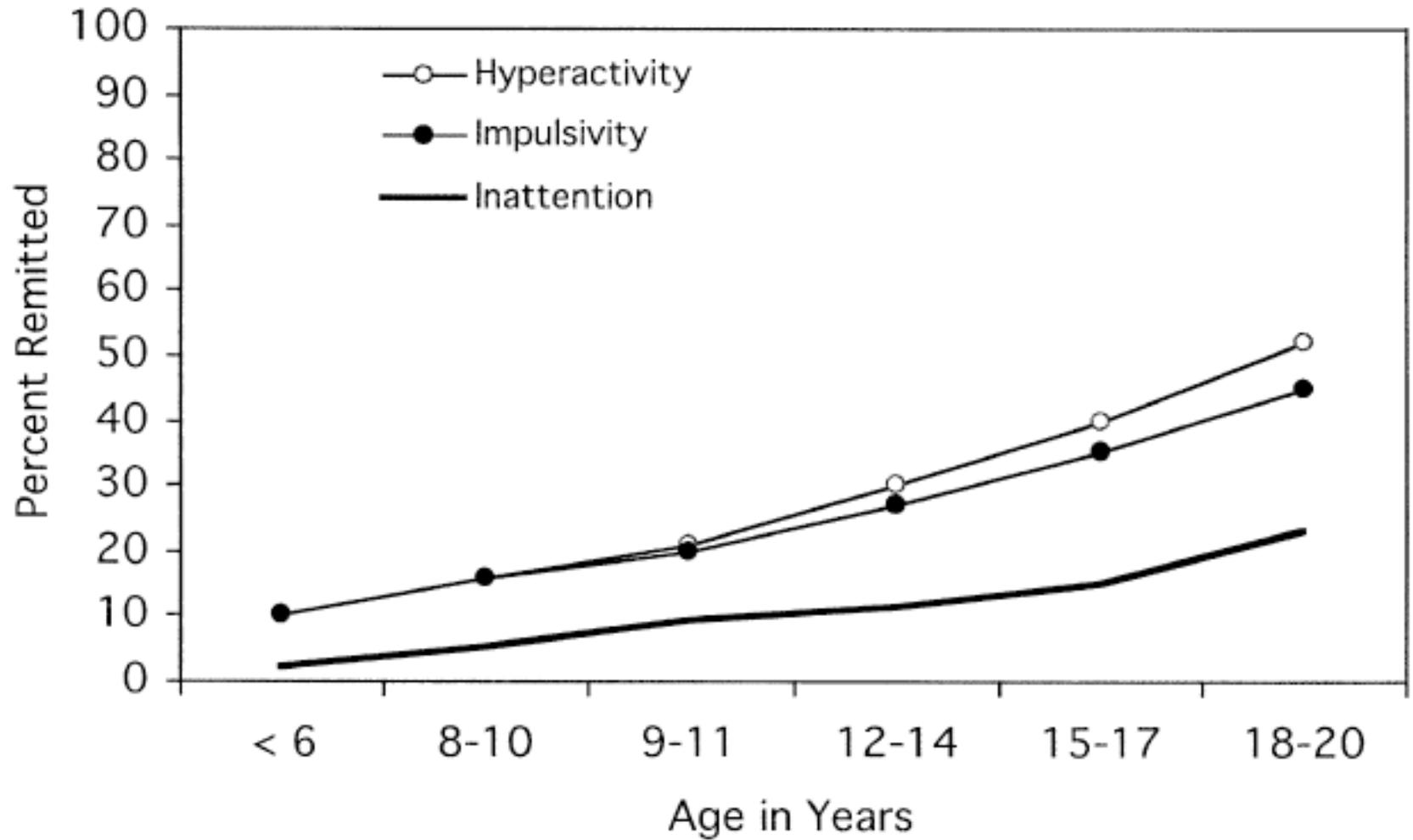
Geringe Stresstoleranz

Mangelnde Organisationsfähigkeit

Weniger motorische Unruhe → kompensieren viele Patienten durch sportliche Aktivität

<u>Schulalter</u> ca. 2–6% aller Kinder	<u>Jugendalter</u> ca. 30–60% davon noch mit deutlichen Symptomen	<u>Erwachsenenalter</u> etwa 50% behalten Symptome bei
Schulschwächen Klassenkasper Aufsässigkeit Aggressivität soziale Ausgrenzung 400% höheres Unfallrisiko	Drogenkonsum Jugendkriminalität Unfallrisiko Dissozialität emotionale Labilität Aggressivität 35% ohne Schulabschluss	niedriger beruflicher Status/Beschäftigung Organisationsdefizit Risikobereitschaft Polizeikonflikte Delinquenz 85% höheres Drogenrisiko

Quelle: Dr. Dirk Ohlmann



Mick E et al.
2004



Lebensbereiche

- Probleme Schule/ Beruf: 42% haben Klasse wiederholt, 5 Fehltage pro Jahr mehr bei Arbeit
- Familiäre Probleme: Erziehungsschwierigkeiten, Mütter häufiger depressiv, Partnerschaftsprobleme
- Soziale Probleme: mangelnde soziale Fähigkeiten, vermindertes Selbstwertgefühl

Auswirkungen am Arbeitsplatz

- Kann eigenen Fähigkeiten nicht gerecht werden (niedrige Position, häufige Arbeitsplatzwechsel)
- Beurteilung durch Arbeitgeber (werden Arbeitsanforderungen häufig nicht gerecht, weniger selbstständige Arbeitsweise, häufiger Probleme mit Arbeitgeber, höhere Wahrscheinlichkeit einer Entlassung)

Barkley, J Clin Psychiatry 2002; 63(Suppl. 12):10-15



Komorbidität bei adulter AD(H)S

- Affektive Störung circa 65%
- Angststörung circa 50%
- Abhängigkeitserkrankung circa 55%
- Persönlichkeitsstörung circa 25%
- Schlafstörungen 70%

Spencer T et al. 2005 (N=104)

Symptome der adulten AD(H)S

Mangelnde Alltagsorganisation

Konzentrationsstörungen

Erhöhtes Bewegungsbedürfnis

Geringe Impulskontrolle

Affektdysregulation

Sobanski E et al 2004

Psychiatrische Komorbidität bei adulter ADHS

Psychiatrische Diagnose	Häufigkeit der Komorbidität in Prozent
Angsterkrankungen	25–50
Affektive Störungen	19–37
Antisoziales Verhalten	18–28
Persönlichkeitsstörungen	10–20
Alkoholmissbrauch	8–32
Andere Suchterkrankungen	32–53

Quelle: Wender et al.: Adults with ADHD: an overview; Ann NY Acad Sci 2001; 931-16.



Therapie adulter AD(H)S Leitlinie

- Aus Diagnose noch keine Behandlungsindikation
- Behandlungseinleitung in Abhängigkeit vom Schweregrad der Symptomatik und psychosozialen Beeinträchtigung
- Behandlung empfohlen, wenn in einem Lebensbereich ausgeprägte oder in mehreren Lebensbereichen leichte Beeinträchtigung bestehen

- Wirksame Therapien
 - Verhaltenstherapie/ kognitive Therapie
 - Pharmakotherapie
 - Pädagogische Konzepte
 - Psychosoziale Therapie

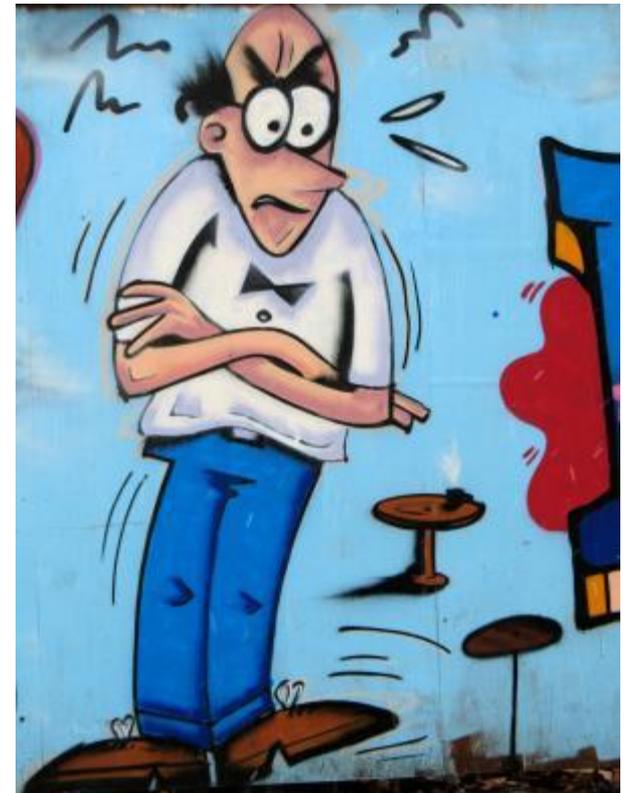
- Empirisch nicht belegte Therapiemöglichkeiten
 - Diäten und Nahrungsergänzungsmittel
 - Psychoanalytische Therapieansätze
 - Ergotherapie, Krankengymnastik u.ä.
 - DGKJPP u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarbeitete Aufl., Deutscher Ärzte Verla, Köln, 2003

Komb. medik. und psychotherapeutische Behandlung indiziert

Warum heilt die AD(H)S in vielen Fällen aus?

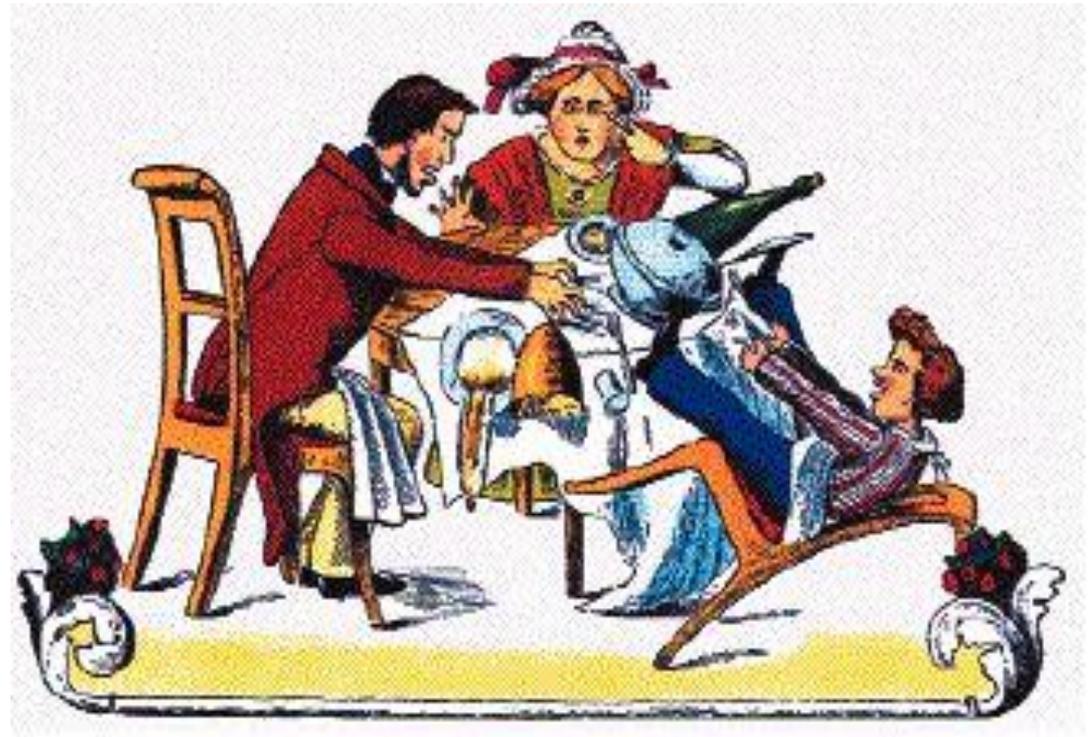
- Hirnentwicklung und Hirnreifung erst im 20. Lebensjahr abgeschlossen
- Möglicherweise normaler Schulunterricht für AD(H)S-Kinder ungeeignet, suchen sich hinter „passenden“ Beruf
- Möglicherweise greifen Selbstkompensationsmechanismen

→ letztendlich ist Frage nicht beantwortbar!



Gliederung

1. AD(H)S im Erwachsenenalter
2. AD(H)S und Sucht
3. Behandlung als Prävention



Ausgangslage

- Oft Symptomwechsel nach der Adoleszenz
- Symptomüberschneidungen v.a. mit Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Suchstoffwirkungen und Entzugssymptome
- 80% Komorbidität, davon circa 60% Sucht
- Auf einer Suchtstation: 20% Komorbidität bei Alkoholabhängigkeit, 50% bei Drogenabhängigkeit (Ohlmeier et al.)
- Bei 10% der Suchtrehabilitanden ADHS (Wessel, Brock 2004)
- ADHS: früherer Einstieg in die Sucht, ungünstiger Suchtverlauf, schlechtere Prognose



Biedermann et al. 1998, Levin et al. 2004

Diagnose der adulten AD(H)S

Typische Symptomatik durchgängig seit Grundschulzeit

Aktuelle Symptomatik nach ICD-10

Für Therapie wichtig: Schwere der Symptomatik, psychosoziale Beeinträchtigung, Komorbidität

Für Diagnostik wichtig: Eigenanamnese, Fremdanamnese, Grunschulzeugnisse, testpsychologische Untersuchung (HASE, ggf. IDA, d2, Wiener Testsystem)



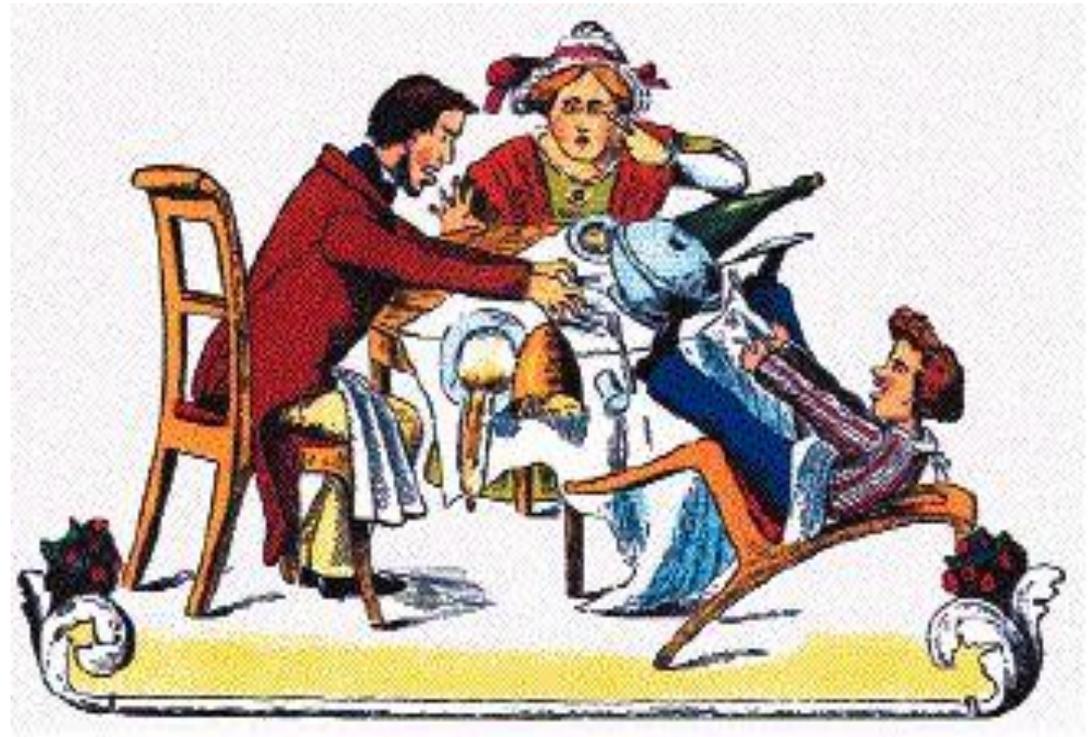
Erklärungsmodelle

- Inadäquater „Selbstmedikationsversuch“
- Alkoholiker berichten, sich „ruhig zu trinken“, andererseits wird das Suchtmittel auch als Stimulierung auf der Suche nach dem „Kick“ eingesetzt.
- Bei bislang nicht diagnostizierter ADHS: Typisch konnten sich bereits zur Schulzeit mit Cannabis und Alkohol besser konzentrieren
- Häufig, aber nicht immer: paradoxe Wirkung von Amphetaminen
- Kokain wird wegen ausbleibenden Kicks seltener konsumiert
- Cannabis wegen beruhigender Wirkung gerne



Gliederung

1. AD(H)S im Erwachsenenalter
2. AD(H)S und Sucht
3. Behandlung als Prävention

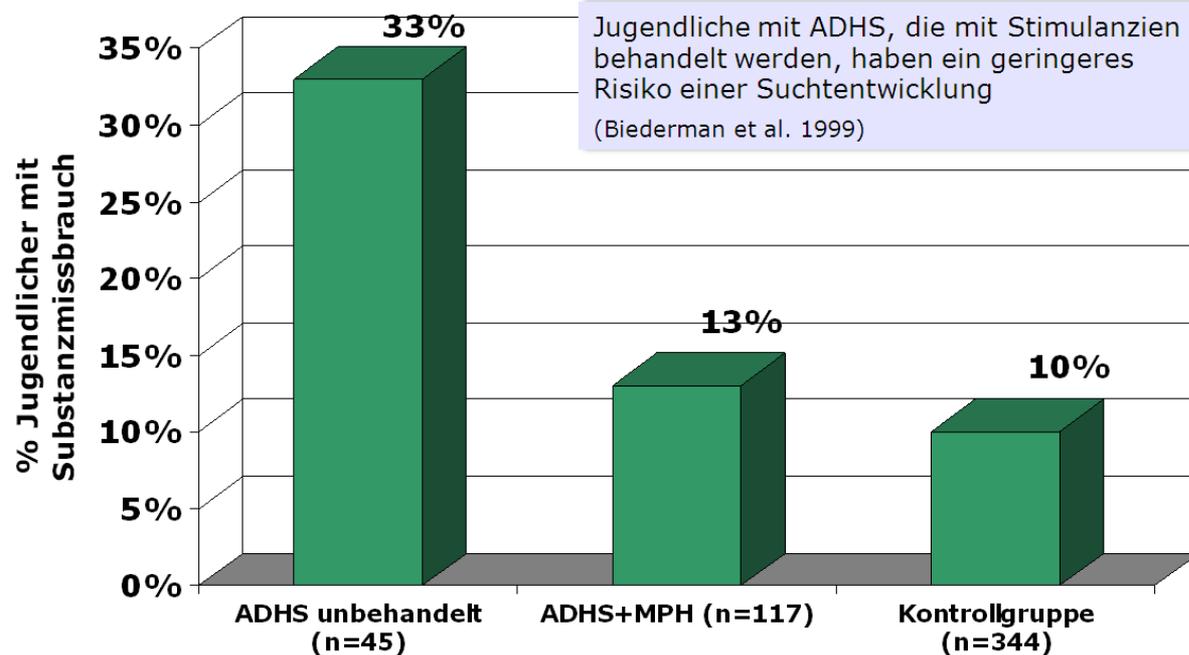


Behandlung als Prävention

- Negative Auswirkungen einer unbehandelnden AD(H)S auf eine Suchtstörung sprechen für Behandlung
- Abnahme der besonderen Gefährdung einer Suchtentwicklung von bis zu 85% (Biedermann 1999)
- Diagnostik, medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung orientieren sich an den fachlichen Standards adulter ADHS-Behandlung, sind aber hoch individuell mit suchtspezifischen Besonderheiten umsetzen
- Die Mehrzahl der Patienten mit einer adulten AD(H)S profitieren von Methylphenidat, einem Austausch und Psychotherapie
- Bei ADHS – Patienten mit Kokainabusus wurde in einer offenen Studie nicht nur eine Besserung der ADS unter Methylphenidat beobachtet, sondern auch eine Reduktion der Kokainmenge (Levin et al. 1998, Levin et al. 2002).

Behandlung der ADHS senkt Risiko des Substanzmissbrauchs

Gesundheit
Nordhessen
Klinikum Kassel





Zu beachten bei Methylphenidat und Sucht – I -

•Cannabismißbrauch, Alkoholmißbrauch

- Abstinenz als Zielvereinbarung, keine Vorbedingung für Behandlung, kontinuierliche Überprüfung der Abstinenz
- Ambulanter Behandlungsbeginn möglich

•Cannabisabhängigkeit, Alkoholabhängigkeit

- Abstinenz als Voraussetzung für Behandlung, kontinuierliche Überprüfung der Abstinenz
- Behandlungsbeginn nach stationären Entzug

Zu beachten bei Methylphenidat und Sucht – II -

•Opiatabhängigkeit, polyvalenter Konsum

- Abstinenz als Voraussetzung der Behandlung, kontinuierliche Überprüfung der Abstinenz
- Behandlungsbeginn meist vollstationär (oder in Rehabilitation)
- Bei Abstinenz oder stabiler Substitution auch ambulanter Behandlungsbeginn möglich
- Unglaub et al. 2007: Untersuchung mißbräulich verwendetes Methylphenidat: 27% über Arzt, 9% über Dealer, 18% über Kinder, 55% über Szene. 65% oraler Konsum, 55% intravenös. 75% 1-2X, 9% 6-10X, 18% 21-50
- Andere Autoren: kaum Suchtpotential von Methylphenidat, außer bei nicht bestimmungsmäßigen Konsum (intravenös)
 - kein kritikloser Einsatz von Methylphenidat
 - kritische Auseinandersetzung über Notwendigkeit, Abwägen von Alternativen
 - wenn Methylphenidat, nur retadiert

medikamentöse Behandlungsstrategien

- Bei Suchtpatienten Vergabe von Btm-pflichtigen Substanzen kritisch überprüfen
- Strattera als selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer seit 2005 zugelassen, aber nur, wenn Medikation aus Jugendbereich fortgeführt wird
- Zulassung für adulte AD(H)S für April 2013 erwartet

- Nicht zugelassen, aber trotzdem empfohlen
 - Dopamin-/ Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (Bupropion)
 - Duale Antidepressive (Venlafaxin)

AD(H)S und Substitution

- In 10wöchiger Beobachtungsstudie Vergleich von Substitutionspatienten in drei Armen: Bupropion, Methylphenidat und Placebo
- Keine signifikanten Unterschiede zwischen Therapiearmen
- Auch hinsichtlich des Beikonsums keine Unterschiede

Levin et al. 2006

- Wenn Methylphenidat, sollte es an Substitutionsvergabe gekoppelt werden!





Psychotherapie

- **Essentieller Bestandteil der Behandlung der AD(H)S**
- Probleme der Motivation sind essentieller Bestandteil der AD(H)S
- Oft lassen sich Themen oder Interessen ermitteln, die mit hoher intrinsischer Motivation einhergehen
- Bei therapeutischer Arbeit eher Stärken nutzen, als sich an Schwächen abzarbeiten
- Unabdingbares Ziel ist die Abstinenz
- Auf Suchtverlagerungen auch auf nicht-stoffgebundene Süchte achten



Psychotherapie – Basics

- Verhaltenstherapeutische Maßnahmen
- Nach funktionierenden Mechanismen suchen
- Welche Elemente funktionierender Mechanismen können sich auf bisher negative Lebenserfahrungen übertragen
- Therapeutische Arbeit zielorientiert an konkreten Aufgaben
- Impulskontrolle bearbeiten
- An Kommunikationsstrategien arbeiten
- Fokussierung auf konkrete Aufgaben erlernen
- **In der Fachklinik Release mit konkreten Aufgaben acht Therapieeinheiten**

- **Psychotherapie ggf. mit medikamentöser Therapie verbinden**
 - > wird in der Fachklinik Release durchgeführt

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

