

Substanzmittelabhängigkeit und ADHS Herausforderungen bei der Transition in die Adoleszenz

Prof. Dr. Martin Holtmann
Dr. Moritz Noack



LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik



Buchstabenkinder

DE



ADS

MCD

ADHS

ADDH

To the second

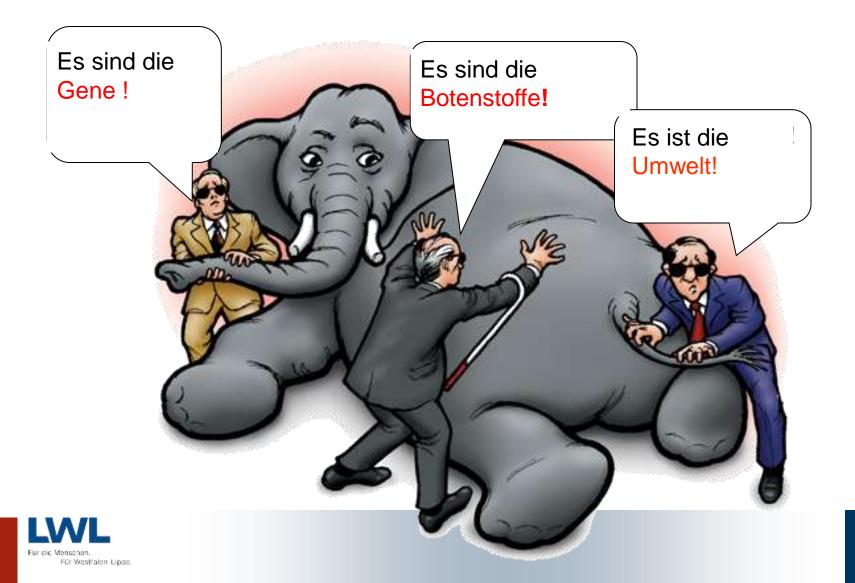
ADHS

- □ ADHS ist eine häufige Störung: ~ 2-3 %
 - Jungen häufiger als Mädchen
- □ ADHS wächst sich nicht (immer) aus
- ADHS führt oft zu Schwierigkeiten in Schule, Beruf und Beziehungen
- Begleitende Störungen sind die Regel





Erklärungsmodelle für ADHS





ADHS: wichtige Fakten

- Keine Modeerscheinung, sondern behandlungsbedürftige Erkrankung, die in unterschiedlichen Kulturen auftritt.
- Überwiegend genetische Ursachen, tritt deshalb oft in einer Familie gehäuft auf.
- Kann nicht auf Erziehungsmethoden oder Medienkonsum zurückgeführt werden.
- □ Für den Verlauf der ADHS sind psychosoziale Faktoren von großer Bedeutung.



Verlauf hyperkinetischer Störungen

□ Säuglings- und Kleinkindalter

schwer gegen physiologische Aktivität abgrenzbar

□ Vorschulalter

- motorische Unruhe
- geringe Spielintensität und -ausdauer
- Entwicklungsdefizite
- oppositionelles Verhalten !!
- ungünstige Eltern-Kind-Interaktion







ADHS im Altersverlauf: ein "Thema mit Variation"

- ADHS wächst sich nicht (immer) einfach aus
- Jugendliche:
- □ Hypermotorik oft "überstanden"
- weiter Konzentrationsdefizite
- mangelnde Alltagsorganisation
- ineffiziente Arbeitsweise
- schlechte Impulskontrolle
- emotionale Labilität

Erwachsene:

- klinisch relevante Symptome bei 70%
 - Sobanski & Alm (2004) Nervenarzt 75:697–716
 - Adam et al (2002) Kindheit und Entwicklung 11: 73-81





Exkurs: ADHS bei Erwachsenen

Symptome im Erwachsenenalter (Sobanski et al., 2004)

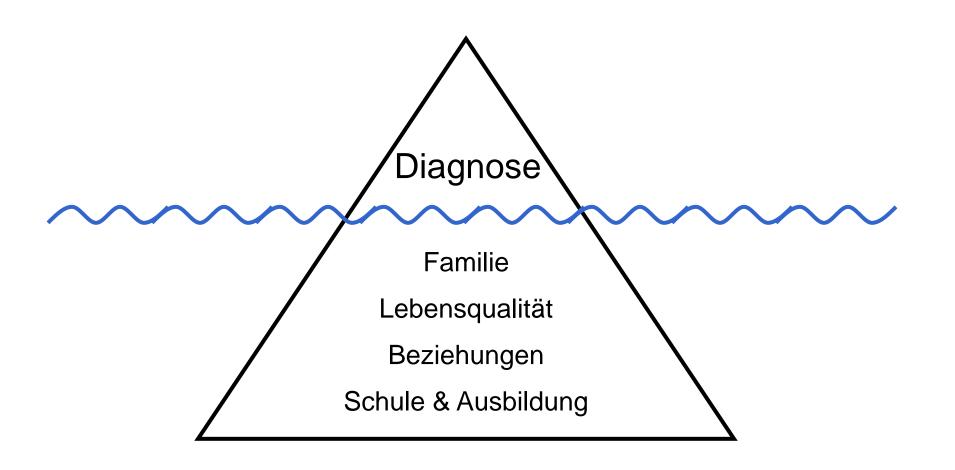
- Mangelnde Alltagsorganisation
- Konzentrationsstörungen
- Erhöhtes Bewegungsbedürfnis
- Geringe Impulskontrolle
- Affektdysregulation

Komorbiditäten (Spencer et al., 2005)

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











Kinder mit ADHS: Unfallrisiko

- großer Bewegungsdrang bedeutet nicht mehr "Fitness"
- Risiko von Unfällen & Vergiftungen
- Unfallrate am höchsten bei Kindern ohne medikamentöse Therapie





Jugendliche mit ADHS: Sexualität und Partnerschaft

- Früherer Beginn sexueller Beziehungen
- Riskanteres Sexualverhalten
- Seltener Empfängnisverhütung
- Mehr sexuell übertragbare Krankheiten (4fach)
- Stark erhöhte Rate von Teenager-Schwangerschaften (bis zu 40fach!!)

Barkley et al., 2002





Wird ADHS überdiagnostiziert?

Katrin Bruchmüller¹ · Silvia Schneider²

- ¹ Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychiatrie, Universität Basel, Schweiz
- ² Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Ruhr-Universität Bochum

Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom? 16.7% falsch positiv diagnostiziert

ABER:

bei 16.6% bliebADHS unerkannt





Erstdiagnose in Jugendalter & Adoleszenz

- "Underreporting" & "Overshadowing"
- Andere Themen stehen im Vordergrund:
 - Pubertät
 - Beziehungskrisen
 - Substanzkonsum
 - Emotionale Labilität
 - Defizite im Bereich der sozialen Interaktion





Pubertät / Adoleszenz / "emerging adulthood": Spezifische Herausforderungen

- □ Anforderungen steigen
- zentrales Problem: Selbstorganisation
- Ausbleiben von Anerkennung
- Selbstwahrnehmung: gestellteAnforderungen nicht bewältigbar
- Impulsivität undStimmungsschwankungen







Exekutive Dysfunktion

- □ Klinisch: ungeschickt, ungebremst, chaotisch
- ☐ Kognitive Flexibilität
- Arbeitsgedächtnis
- Planungsfähigkeit
- Aufmerksamkeit
- Selbstregulation





fehlende "Bremse": Impulskontrolle





Motivationale Besonderheiten

- oft: lieber sofort eine kleine Belohnung als später eine große
- Verstärker funktionieren oft nicht
- "sensation seeking"
- Lieblingsbeschäftigungen!
- "Selbstbehandlung" u.a. mit Nikotin, Alkohol, exzessiven Verhaltensweisen
- Abneigung gegen Zeitverzögerungen: delay aversion

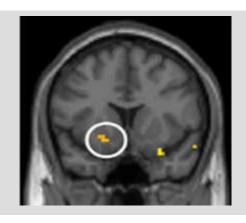




ADHS: Aktivierung im Belohnungssystem reduziert



Scheres et al. 2007 Biological Psychiatry



Ströhle et al. 2007 Neuroimage



Plichta et al. 2008 Biological Psychiatry





"Taktlose" Jugendliche: ADHS & Zeitwahrnehmung













Cannabismissbrauch als Vorstellungsgrund

- unerkanntes ADHS ?
- unbehandeltes ADHS ?
- "Selbstmedikation"?
- Qualifizierte Entzugsbehandlung, ggf. Entwöhnung = Diagnostik





ADHS bei Jugendlichen: Substanzmissbrauch

Substanzmissbrauch bei 16-Jährigen:

- 18% bei gesunden Jugendlichen
- □ 75% bei Jugendlichen mit unbehandeltem ADHS





ADHS bei Jugendlichen: Substanzmissbrauch

Substanzmissbrauch bei 16-Jährigen:

- 18% bei gesunden Jugendlichen
- 75% bei Jugendlichen mit unbehandeltem ADHS
- 25% bei Jugendlichen mit behandeltem ADHS

Biederman et al. *AJP* 2008 Biederman et al (1999) *Pediatrics* 104:e20





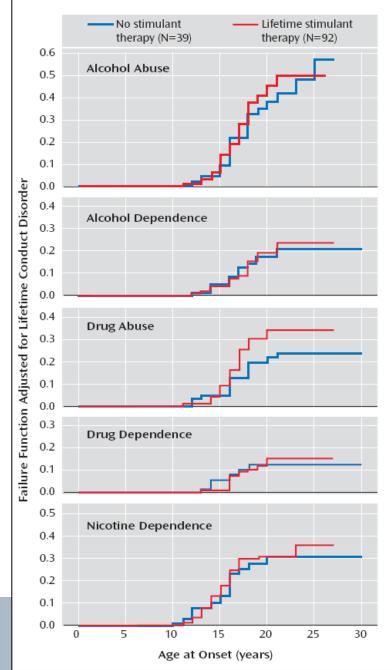
ADHS und Substanzmissbrauch

- Unbehandeltes ADHS geht mit mehr Substanzkonsum einher
- medikamentöse Behandlung erhöht <u>nicht</u> das Risiko einer Abhängigkeitssymptomatik.
- Datenlage: eher protektiverEffekt



Biederman et al. AJP 2008

FIGURE 1. Kaplan-Meier Failure Functions for Substance Use Outcome Stratified by Stimulant Treatment Status in Male ADHD Subjects



ORIGINAL CONTRIBUTION

European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD

```
J. Graham • T. Banaschewski • J. Buitelaar • D. Coghill • M. Danckaerts • R. W. Dittmann • M. Döpfner • R. Hamilton • C. Hollis • M. Holtmann • M. Hulpke-Wette • M. Lecendreux • E. Rosenthal • A. Rothenberger • P. Santosh • J. Sergeant • E. Simonoff • E. Sonuga-Barke • I. C. K. Wong • A. Zuddas • H.-C. Steinhausen • E. Taylor • (for the European Guidelines Group)
```

Journal of Child Psychology and Psychiatry 54:3 (2013), pp 227-246

doi:10.1111/jcpp.12036

Practitioner Review: Current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents

Samuele Cortese, 1,2,3,* Martin Holtmann,4,* Tobias Banaschewski,5 Jan Buitelaar,6 David Coghill,7 Marina Danckaerts,8 Ralf W. Dittmann,5 John Graham,9 Eric Taylor,10 Joseph Sergeant,11 on behalf of the European ADHD Guidelines Group†



ADHD und Substanzgebrauch

- Relative Kontraindikation: aktueller oder vergangener Substanzgebrauch
- Cannabis: nicht in jedem Fall Kontraindikation gegen Stimulanzien
- Kokain: absolute Kontraindikation wegen additiver dopaminerger Effekte
- Abhängigkeitserkrankung erst behandeln, ADHD zügig danach (Wilens & Morrison, 2011).
- Sehr enge Begleitung bei Stimulanzienbehandlung (ggf. sogar Tablettenzählen)
- retardiertes Methylphenidat oder Atomoxetin verwenden





ADHS: Diagnostik

- □ Klinische Diagnose.
- Wegweisend:
 - Selbstbeschreibungen
 - Verhaltensbeobachtungen von Eltern, Partnern, Lehrern, Arzt und Therapeuten.
- Unterstützend Fragebögen.
- ADHS ist nicht allein testpsychologisch diagnostizierbar.
- □ Teilleistungsstörungen?
- □ Hilfreich: erste Schulzeugnisse





ADHS im Jugendalter – Was kann es noch sein?

- Altersgemäßes Verhalten
- Reaktive Aufmerksamkeitsstörungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- Depression und Angststörungen
- Beginnende Borderline-Persönlichkeitsstörung
 - Keine chronische Suizidalität bei ADHS
 - Keine Symptome einer PTSD bei ADHS
- □ Überforderung, Teilleistungsstörungen, ...
- Hochbegabung / schulische Unterforderung
 - selten!





Hilfreiche Bausteine für Jugendliche: "Mein persönliches ADHS"

- Psychoedukation: Betroffensein durch ADHS als Störung (nicht als Krankheit)
- Ambivalenz ernst nehmen
- Ablehnung von Medikation:
 - Furcht vor Verlust von Authentizität und Schwingungsfähigkeit
- Motivation (!) für Behandlung erarbeiten
- Individuell bedeutsame Ziele
- Motivierende Gesprächsführung: Welche positiven oder negativen Konsequenzen hätte Veränderung?

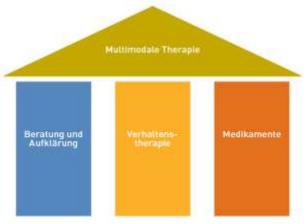




Therapiebausteine!!

Wirksame Therapien bei ADHS

- Pharmakotherapie
- Psychotherapie:Selbstmanagement, DBT, ...



Zunehmend beachtet: Komplementäre Verfahren

- Kognitives Training
- Jugendhilfe
- Diäten und Nahrungsergänzungsmittel
- **–** ...
- Neurofeedback













LWL-Universitätsklinik Hamm

Kinder- und Jugendpsychiatrie – Psychotherapie - Psychosomatik







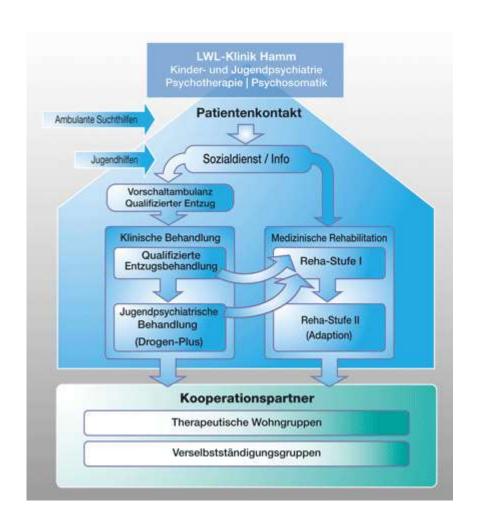




Suchttherapie in der LWL-Universitätsklinik Hamm



www.drug-out.de









"Es ist das Vorrecht der Jugend Fehler zu begehen, denn sie hat genügend Zeit, sie zu korrigieren" (Ernst Barlach)





Jugendliche versprechen sich von Drogen...

- Glücksgefühle
- Abbau von Hemmungen
- Vergessen von Alltagsproblemen
- Entspannung
- Spaß mit Freunden…..

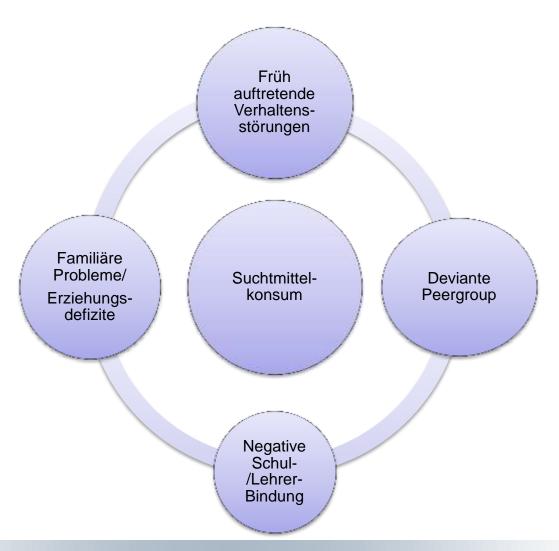


- Lösung alterstypischer Entwicklungsaufgaben
- Autonomie, eigener Stil, Ablösung von Eltern
- Peer-Group Status
- Einstellungsänderung im Verlauf "maturing out"





Viele Faktoren für eine Suchtentwicklung...







ADHS und jugendliche Eigenschaften

- Alles ausprobieren, neugierig, beeinflussbar sein
- Hohe Kritikempfindlichkeit ("hyper-sensibel")
- Tendenz zur Bewertung aus eigener Sicht ("kindliche Unreife")
- Suche nach Risiko und (extremen) Herausforderungen
- Alltag aushalten vs. Stimulierung, Reiz und Anspannung



...mit einer pubertären Neugierde auch Verbotenes auszuprobieren – steigt das Interesse für legale und illegale Drogen und ihre Wirkungen





ADHS und Suchtgefährdung

 Sucht als Ergebnis einer enttäuschten Auseinandersetzung, Demonstration des Anderssein, Provokation, Protest, Zugehörigkeit zu einer Peer-Group

Pseudo-Autonomie – Selbstwertregulierung – Kick und Spannung











ADHS und Sucht - Pathogenese

- Psychosoziale Belastungen: Familie, Schule und Peer-Group
- Substanzmissbrauch als Selbstmedikation
- Alkohol und Drogen (v.a. Cannabis) zur Spannungsreduktion und Stimmungsstabilisierung
- ADHS und Komorbidität Verstärkung des Suchtentwicklungsrisikos: Störung des Sozialverhaltens, Angststörungen und Depression
- Viele Kinder mit ADHS erfüllen im Erwachsenenalter die Kriterien für eine antisoziale Persönlichkeitsstörung



ADHS und Sucht - Studienlage

- ADHS im Kindesalter: 4x erhöhtes Risiko für Suchtmittelmissbrauch (Klein, 2002)
- Suchtmittelmissbrauch beginnt früher hält länger an (Willens, 2004)
- Verstärkter Alkohol- und Nikotinkonsum (Gilberg et al, 2004)
- Rascherer Wechsel auf andere Drogen (Biederman, 1998)
- Cannabis wird am häufigsten konsumiert (Biederman, 1995)
- Missbrauch mehrerer Drogen tritt verstärkt auf (Molina, et al., 2002)
- Schweregrad erhöht, Remissionsraten erniedrigt, therapeutische Compliance schlechter (Biederman 1998, Levin et al., 2004)
- Review: Frölich & Lehmkuhl (2006). "Epidemiologische und pathogenetische Aspekte von Substanzmissbrauch und abhängigkeit bei ADHS." Sucht, 52(6), 367-375



Die stationäre Suchtbehandlung - ein Trainingslager für einen Alltag ohne Drogen...







Einschränkungen für medikamentöse Therapie

- Bereits Missbrauch von Methylphenidat
- Zu kurze Behandlungszeit für Diagnostik und Therapie
- Unklare weitere Perspektive





Fallvorstellung 1: Tarkan, 18 Jahre

- Qualifizierter Entzug + stat. Rehabilitation für 7 Monate in unserer Klinik
- Täglicher Cannabismissbrauch mit Abhängigkeitssymptomatik seit dem 14. LJ, täglich circa 3 Gramm
- "Fühle mich nur unter Cannabis normal"
- Broken-Home-Situation, Schulabbrüche, Beschaffungskriminalität
- ADHS-Diagnose im 13. Lebensjahr mit Methylphenidat anbehandelt abgesetzt – Cannabiskonsum aufgenommen.







Fallvorstellung 1: Tarkan, 18 Jahre

- Auffällig im klinischen Verlauf: Impulsivität, Unruhe, Aufmerksamkeitsschwächen insbesondere in Gruppensituationen, Sprunghaftigkeit und Aktivitätsvermeidung, Misserfolgsorientierung
- Entscheidung zur begleitenden Medikation mit Medikinet Adult®
- Deutliche Verbesserung in Impulsivität, Strukturierung in Leistungssituationen (externes Praktika), Testdiagnostik und Patientengruppe
- Medikation als positiv verstärkende Intervention in der Behandlung





Fallvorstellung 2: Tevin, 19 Jahre

- Abhängigkeit von Cannabis (täglicher Konsum seit dem 13. LJ),
 Amphetaminen (täglicher Konsum seit 17. LJ)
- "Unruhige Kindheit und Probleme mit Erwachsenen"
- Schul- und Ausbildungsabbrüche, soziale Verführung zu Drogen durch Freundeskreis, Beschaffungskriminalität, Therapieauflage durch Gericht







Fallvorstellung 2: Tevin, 19 Jahre

- Im Stationsalltag unruhig, impulsiv, "Gruppen-Clown", Regel- und Grenzüberschreitungen – sehr wechselhafte Stimmung – Therapie drohte zu scheitern – Klinikschule
- Testdiagnostik: Impulsivität deutlich erhöht, Aufmerksamkeitsteilung unterdurchschnittlich (TAP)
- Hohe Unsicherheit und Vorbehalte gegenüber einer Medikation
- Gutes Ansprechen auf Methylphenidat mit Wirkung in Therapie
- "Verblindungsversuch" in der Therapiegruppe
- Therapieverlauf mit Aufbau von vermehrter Strukturierung deutlich verbessert – nach Entlassung: "Boah – ich hab" Sehnsucht nach Hamm"





Diskussion und offene Fragen

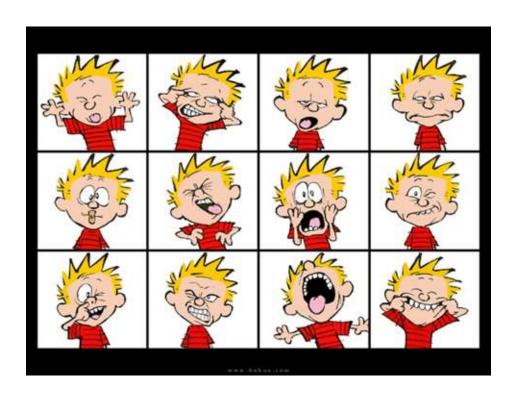
- Gute Erfahrungen im stationären Kontext nach Beendigung der Therapie – wie geht es dann weiter?
- Reicht eine gelungene (An-)Behandlung des ADHS aus für eine ausreichende Compliance und Abstinenzfähigkeit?
- Können bereits vorhandene Suchtstrukturen (insb. bei Erwachsenen) durch eine kombinierte ADHS-Behandlung verändert werden?
- Was sind Ihre Erfahrungen?







Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!













- Artikel im Nervenarzt 1998 (Krause, Krause und Trott: "Das hyperkinetische Syndrom (Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom) des Erwachsenenalters")
- Persistenz von ADHS-Symptomen ins Erwachsenenalter bis zu 66% (Krause, 2005)
- Doppelt so hohes Risiko auf Suizidversuche im Erwachsenenalter (Barkley, Murphy, Fisher, 2008)
- Niedrigerer beruflicher Status, Organisationsdefizit,
 Risikobereitschaft, Deliquenz, Suchtmittelmissbrauch erhöht
- Leitlinie der DGPPN zu ADHS im Erwachsenenalter von 2003
- Zulassung von Medikinet adult® in Deutschland seit April 2011



Symptome im Erwachsenenalter (Sobanski et al., 2004)

- Mangelnde Alltagsorganisation
- Konzentrationsstörungen
- Erhöhtes Bewegungsbedürfnis
- Geringe Impulskontrolle
- Affektdysregulation

Komorbiditäten (Spencer et al., 2005)

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





Therapie nach DGPPN-Leitlinie (2003)

- Aus Diagnose ergibt sich 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
- Kombinierte Psychotherapie und medikamentöse Therapie empfohlen (Stimulanzien gelten auch hier als 1. Wahl)



Therapie nach DGPPN-Leitlinie (2003)

- Aus Diagnose ergibt sich 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
- Kombinierte Psychotherapie und medikamentöse Therapie empfohlen (Stimulanzien gelten auch hier als 1. Wahl)



Zusammenfassung

- Bei Suchtpatienten muss die Vergabe von BtM-pflichtigen Medikamenten immer kritisch überprüft werden + an Abstinenz-Kontexte gekoppelt werden.
- Untersuchung zu Methylphenidat-Missbrauch (Unglaub et al. 2007)
 - 55% über Szene, 18% über eigene Kinder, 27% über Arzt, 9% über Dealer
 - 65% oraler Konsum, 55% intravenös
 - 75% probieren 1-2x, 9% konsumieren 6-10x, 18% konsumieren 21-50x
- Methylphenidat wird auch in anderen Studien kein eigenständiges Abhängigkeitspotential zugesprochen
- "Kunstfehler": Die Behandlung unkritisch auf die Verschreibung des Medikamentes zu reduzieren

"Rechte ohne Ressourcen sind ein grausamer Scherz."

(Julian Rappaport)





Diskussion und offene Fragen

- Gute Erfahrungen im stationären Kontext nach Beendigung der Therapie – wie geht es dann weiter?
- Reicht eine gelungene (An-)Behandlung des ADHS aus für eine ausreichende Compliance und Abstinenzfähigkeit?
- Können bereits vorhandene Suchtstrukturen (insb. bei Erwachsenen) durch eine kombinierte ADHS-Behandlung verändert werden?
- Was sind Ihre Erfahrungen?





