

ADHS im Erwachsenenalter

Rationale Therapieoption bei komorbiden Suchterkrankungen

Patienten mit Suchterkrankungen weisen häufig eine vorbestehende Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) auf. Wie es gelingen kann, den Teufelskreis aus beruflichen Problemen, sozialer Ausgrenzung, negativem Selbstwertgefühl und kompensatorischem Suchtmittelkonsum zu durchbrechen und wann eine medikamentöse Therapie mit retardiertem Methylphenidat gerechtfertigt ist, verdeutlichen die drei folgenden Fallbeispiele von Mohamed Abu Khatir, Hürth.



Mohamed Abu Khatir,
Salus Klinik Hürth

Nach den Ergebnissen einer großen epidemiologischen Studie aus den USA erhöht eine ADHS das Risiko für die Entwicklung einer substanzbezogenen Suchterkrankung bis zu einem Faktor von acht (Tabelle 1) [1]. Mit ca. 50 % ist die Lebenszeitprävalenz von Suchterkrankungen bei Erwachsenen mit ADHS etwa zwei- bis dreimal höher als in der Allgemeinbevölkerung [2, 3]. Die deutschen Leitlinien zur ADHS im Erwachsenenalters empfehlen Methylphenidat (MPH, z. B. Medikinet® adult) als Psychopharmakotherapie der ersten Wahl [4].

Auch ADHS-Patienten mit süchtigem Verhalten können nach Entzugsbehandlung und erfolgreicher Entwöhnungsbehandlung von MPH profitieren – wenn der Patient bereit ist, im Zuge der Behandlung auf weiteren Suchtmittelkonsum zu verzichten. Das Missbrauchspotenzial von MPH gilt bei oraler Applikation von retardierten Darreichungsformen als gering, da hier kein relevanter „Kick“ entsteht [3]. Wie die drei folgenden Fallbeispiele aus der Salus Klinik Hürth zeigen, sollte einer Entscheidung zur Behandlung der adulten ADHS bei komorbider Suchterkrankung eine umfassende Differenzialdiagnose vorausgehen.

Kasuistik 1:

MPH bei positiver Abstinenzprognose

Der heute 23-jährige, ledige Patient bemerkte erstmals mit 21 Jahren, dass er ein Problem mit Drogen hat. Im Anamnesegespräch gab

er an, die Konsummenge nicht mehr kontrollieren zu können. Er ist in einem sozialen Brennpunkt und in schwierigen familiären Verhältnissen aufgewachsen. Im Alter von 13 Jahren hat er erstmalig Alkohol getrunken und Cannabis geraucht – zunächst ca. 0,5 g, später regelmäßig bis zu 5 g. Seit dem 14. Lebensjahr hat er Tabak geraucht, aktuell ca. 20 Zigaretten pro Tag. Mit 17 Jahren hat er begonnen, Amphetamin in steigender Menge (bis zu 5 g an einem Wochenende) zu konsumieren. Mit 18 Jahren kam MDMA (3,4-Methylenedioxy-N-methylamphetamin, Ecstasy) hinzu. Bevor der Patient sich in die stationäre Entwöhnungsbehandlung begab, hat er sich von dem Drogen konsumierenden Freundeskreis abgewandt. Im März 2014 hatte der Patient bereits eine Entzugsbehandlung regulär beendet. Außerdem gab er an, dass die Diagnose ADHS in der Vergangenheit „schon mal gefallen“, aber nie getestet und nie behandelt worden sei.

Diagnose

Das starke Verlangen, Drogen zu nehmen sowie die Schwierigkeiten, wider besseren Wissens den Substanzkonsum zu kontrollieren, führten zur Diagnose einer Mehrfachabhängigkeit (F19.2). Um einer zugrunde liegenden ADHS auf die Spur zu kommen, wurde eine entsprechende Testdiagnostik durchgeführt.

Die Wender-Utah-Rating-Scale-Kurzform (WURS-k), ein Screeningverfahren zur retrospektiven Erfassung von ADHS-Symptomen in der Kindheit, ergab Hinweise auf eine vorbestehende ADHS-Symptomatik (Gesamtwert: 52; Cut-off: 30). Die ADHS-Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB) zur Erfassung der ADHS-Symptomatik bei Erwachsenen untermauerte den Verdacht auf eine adulte ADHS (Gesamtwert: 25; Cut-off: 15). Im Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (d2) zeigte der Patient eine durchschnittliche Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung. Dabei konnte er zwar einerseits durchschnittlich viele Zeichen bearbeiten, machte aber überdurchschnittlich viele Fehler (Fehleranteil: 15,9%). Die Tests führten zur Diagnose einer hyperkinetischen Störung, persistierend bis ins Erwachsenenalter (F90.8).

tungs-Test (d2) zeigte der Patient eine durchschnittliche Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung. Dabei konnte er zwar einerseits durchschnittlich viele Zeichen bearbeiten, machte aber überdurchschnittlich viele Fehler (Fehleranteil: 15,9%). Die Tests führten zur Diagnose einer hyperkinetischen Störung, persistierend bis ins Erwachsenenalter (F90.8).

Therapie

Zur Behandlung der ADHS wurde retardiertes MPH in 10-mg-Schritten auf 40 mg/Tag (30-10-0-0) auftitriert. Während der Eindosierungsphase erfolgten zwei EKG-Kontrollen und über zwei Wochen hinweg regelmäßige Blutdruck- und Herzfrequenzkontrollen. Der Patient zeigte eine gute Compliance und berichtete über einen Rückgang der Beschwerdesymptomatik. Er fühlte sich ruhiger, ausgeglichener, konzentrationsfähiger und insgesamt belastbarer. Die MPH-Therapie wurde über einen Zeitraum von sechs Wochen von psychoedukativen Maßnahmen flankiert. Trotz des Mehrfachabhängigkeitssyndroms konnte MPH verabreicht werden, weil in Bezug auf die Suchtmittelabstinenz eine positive Prognose bestand und regelmäßige Multidrogentests durchgeführt wurden.

Kasuistik 2: Fortführung einer vorbestehenden MPH-Gabe

Bei der 36-jährigen Patientin lag eine bis in das Erwachsenenalter persistierende hyperkinetische Störung mit Aufmerksamkeitsdefizit (F90.8) vor sowie ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (F10.2), Medienabhängigkeit (F63.8), ein zurückliegendes Mehrfachabhängigkeitssyndrom (F19.20) und eine Essstörung (F50.9). Ihre Stelle als Hauswirtschafterin in einem Seniorenheim hat sie nach langen Arbeitsunfähigkeitszeiten krankheitsbedingt gekündigt. Die Patientin berichtete, dass beide Eltern heroinabhängig und der Vater zusätzlich spielsüchtig gewesen seien. Das Familienleben war geprägt durch Streitigkeiten und Aggressionen. Ihre Schulzeit war schwierig; sie war unruhig und hat den Unterricht oft gestört. Seit

dem 25. Lebensjahr trinkt sie regelmäßig und in steigenden Mengen Alkohol. Zudem hat sie zwischen ihrem 19. und 30. Lebensjahr Amphetamine konsumiert und verbringt rund sechs Stunden am Tag im Internet. Die Internetnutzung kann sie schwer kontrollieren.

Diagnose

Schon vor Beginn der stationären Entwöhnungsbehandlung war die Diagnose einer ADHS gestellt worden. Die Patientin war auf 40 mg MPH in retardierter Formulierung (40-0-0-0) eingestellt. Die aktuelle Testung bestätigte die Vordiagnose: Der WURS-k ergab einen Gesamtwert von 49 (Cut-off: 30), der ADHS-SB einen Gesamtwert von 47 (Cut-off: 15); im d2 zeigte sie eine durchschnittliche Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung.

Therapie

Zur Optimierung der ADHS-Therapie wurde die MPH-Tagesdosis auf zwei Einzeldosen aufgeteilt (20-20-0-0). Nach der Umstellung erfolgten zwei EKGs sowie Blutdruck- und Herzfrequenzkontrollen über zwei Wochen. Mit dem neuen Dosisregime konnten zum einen die Nebenwirkungen reduziert und zum anderen die Wirkung bis in den späten Nachmittag verlängert werden. Über einen Zeitraum von sechs Wochen nahm die Patientin einmal wöchentlich an einer Psychoedukation teil.

Nach insgesamt 20 Wochen schloss die Patientin die Entwöhnungsbehandlung regulär und ohne Rückfall ab. Die Motivation zur langfristigen Abstinenz von Alkohol, Drogen und pathologischem Internetgebrauch konnte gefestigt werden. Auch in diesem Fall konnte eine Therapie der ADHS mit MPH erfolgen, weil eine positive Prognose in Bezug auf die Suchtmittelabstinenz bestand, ein regelmäßiges Drogen-Screening erfolgte und bei bereits vorbestehender ADHS schon eine MPH-Vormedikation bestand.

Kasuistik 3: Verdacht auf missbräuchlichen Konsum

Bei der 31-jährigen ledigen Patientin besteht eine ausgeprägte Abhängigkeit gegenüber Amphetaminen, Cannabis und Alkohol. Sie hat nicht-organische Schlafstörungen (F51.0), eine bis in das Erwachsenenalter persistierende

	mit ADHS		ohne ADHS		statistische Analyse	
	Anteil (%)	SE	Anteil (%)	SE	OR	95 %-KI
Alkoholmissbrauch	5.9	2.5	2.4	0.2	2.5	0.9–6.6
Alkoholabhängigkeit	5.8	2.9	2.0	0.4	2.8	0.8–9.8
Drogenmissbrauch	2.4	2.3	1.4	0.2	1.5	0.2–10.5
Drogenabhängigkeit	4.4	2.3	0.6	0.1	7.9*	2.3–27.3
Jegliche substanzbezogene Erkrankung	15.2	4.8	5.6	0.6	3.0*	1.4–6.5

KI=Konfidenzintervall; OR=Odds Ratio; SE=Standardfehler; * $p < 0,05$

Tabelle 1: Komorbide Suchterkrankungen bei erwachsenen Patienten mit ADHS (nach [1])

hyperkinetische Störung (hyperkinetisch-impulsiver Typ) sowie eine emotional instabile Persönlichkeitsakzentuierung auf Borderline-Niveau (Z73.1). Die Patientin gab an, sich sowohl privat durch die Verpflichtungen gegenüber ihrer 10-jährigen Tochter als auch in ihrem Beruf als Zahnartheltherin überlastet zu fühlen. Zuletzt hatte sie Schwierigkeiten mit filigranen, feinmotorischen Arbeiten und ihrer Konzentration. Um ihre Konzentration zu steigern, hat sie sie Amphetamine konsumiert. Um schlafen zu können, hat sie sie Cannabis oder ersatzweise auch Alkohol konsumiert.

Diagnose

Vor der Aufnahme in die Suchtklinik war keine F90-Diagnose bekannt und auch keine MPH-Therapie erfolgt. Der WURS-k ergab Hinweise auf eine mögliche ADHS in der Kindheit (Gesamtwert 30; Cut-off: 30). Deutlicher waren die Hinweise in der Selbstbeurteilung mittels der ADHS-SB (Gesamtwert: 44; Cut-off: 15).

Therapie

Aufgrund der bestehenden Amphetaminabhängigkeit bei schlechter Abstinenzprognose und der ungünstigen psychiatrischen Komorbiditäten war eine psychopharmakologische Behandlung mit MPH kontraindiziert. Eine alternative Eindosierung von Atomoxetin wurde aufgrund von Nebenwirkungen und subjektiv empfundener fehlender Wirkung abgebrochen. Insgesamt bestand bei der Patientin eine zu hohe Erwünschtheit einer MPH-Medikation. Sie hatte die Vorstellung, durch MPH

ihre Tagesmüdigkeit und Motivationsdefizite beseitigen zu können.

Fazit für die Praxis

ADHS und Suchterkrankungen können eng miteinander verknüpft sein. Der Einsatz von MPH bei Patienten mit adulter ADHS und komorbiden Suchterkrankungen erfordert eine substanzabhängiges und risikoadaptiertes Vorgehen. MPH soll bei bekannter Drogen- oder Alkoholabhängigkeit mit Vorsicht angewendet werden [5]. Nach erfolgreicher Entgiftung, Entwöhnung und einer günstigen Abstinenzprognose kann eine ADHS auch bei komorbider Suchterkrankung erfolgreich mit retardiertem MPH behandelt werden. Zudem ist es wichtig, die Patienten hinsichtlich Zweckentfremdung, Missbrauch und Fehlgebrauch von MPH sorgfältig zu überwachen. Bei Rückfälligkeit ist die MPH-Therapie sofort abzusetzen, verbunden mit der Empfehlung, sich an das Suchthilfesystem zu wenden, um den Suchtmittelkonsum zu unterbrechen. Eine erneute Eindosierung auf MPH kann bei Aufrechterhaltung der Abstinenz in Betracht gezogen werden. Parallel zu der Pharmakotherapie sollten auch verhaltens- und psychotherapeutische Ansätze zum Einsatz kommen.

Literatur

1. Kessler RC et al., Am J Psychiatry 2006, 163:716–723
2. Sullivan MA, Rudnik-Levin F, Ann NY Acad Sci 2001, 931:251–270
3. Paslakis G et al., Nervenarzt 2010, 81:277–288
4. Ebert D et al., Nervenarzt 2003, 74:939–946
5. Fachinformation Medikinet® adult, Stand: April 2014

Impressum „Rationale Therapieoption bei komorbiden Suchterkrankungen“, Literaturarbeit und Kasuistiken • Medizin Report aktuell Nr. 416144 in: DNP – Der Neurologe & Psychiater 10/2015 • Berichterstattung: Abdol A. Ameri, Weidenstetten • Redaktion: Dr. Petra Stawinski, Dr. Annette Schilling • Leitung Corporate Publishing: Ulrike Hafner (verantwortlich) • Springer Medizin, Springer-Verlag GmbH, Tiergartenstraße 17, 69121 Heidelberg • © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Mit freundlicher Unterstützung der MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, Iserlohn

Die Herausgeber der Zeitschrift übernehmen keine Verantwortung für diese Rubrik.