

FOKUS **ADHS**

Workshop

ADHS & Sucht (mit Falldiskussionen)

Dr. med. Ute Rabus
Karl-Jaspers Klinik Bad Zwischenahn



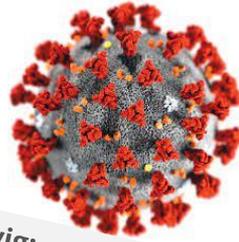
Disclosures / Erklärung über Interessenkonflikte (nach AWMF)

Dr. med. Ute Rabus

- Honorare (Wissenschaftliche Beratung, Vortrag, Advisory Board – in den letzten 5 Jahren):
Shire / Takeda, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH
- Keine finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern
- Keine Eigentümerinteressen an Arzneimitteln / Medizinprodukten
- Kein Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds
- Keine persönlichen Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft

ADHS und SUCHT

Abhängigkeitserkrankungen



Bundesdrogenbeauftragte Ludwig:
„Corona-Jahr 2020: 13 Prozent mehr Drogentote“

Substanz-gebundene Abhängigkeitserkrankungen:



Koffein



Alkohol



Nikotin / Cannabis



Kokain



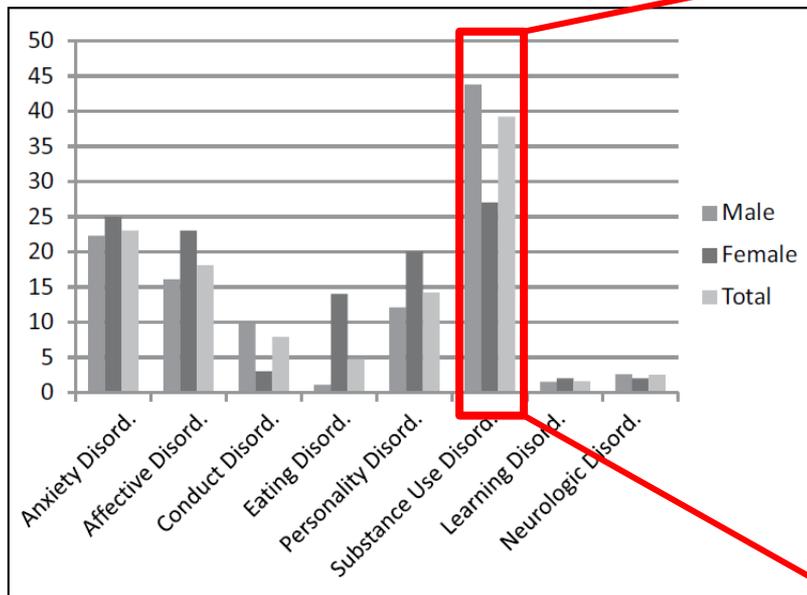
Speed, Ecstasy,
Crystal Meth



(Nicht Substanz-gebundene Abhängigkeitserkrankungen: Arbeits-, Sport-, Spiel-, Medien-, Kaufsucht etc.)

ADHS und Sucht: Häufigste Komorbidität bei Erwachsenen

~40% Komorbidität Sucht bei Erwachsenen

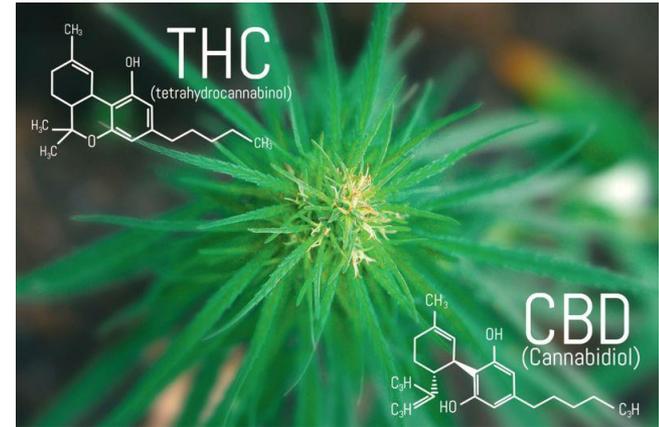


Substance use disorders	157 (45.0)
Alcohol abuse	43 (12.3)
Alcohol dependence	37 (10.6)
Sedative abuse	12 (3.4)
Sedative dependence	8 (2.3)
Cannabis abuse	53 (15.2)
Cannabis dependence	62 (17.8)
Amphetamine abuse	30 (8.6)
Amphetamine dependence	15 (4.3)
Opiate abuse	13 (3.7)
Opiate dependence	9 (2.6)
Cocaine abuse	22 (6.3)
Cocaine dependence	8 (2.3)
Hallucinogen abuse	27 (7.7)
Hallucinogen dependence	5 (1.4)
Polysubstance abuse	14 (4.0)
Polysubstance dependence	17 (4.9)
Other substances abuse	1 (0.3)
Other substances dependence	2 (0.6)

Sucht bei ADHS häufig mit hohem Schweregrad

ADHS und Sucht: Allgemeines über Cannabis

- Pflanze enthält neben THC u. CBD mind. **60** unterschiedliche **Cannabinoide**
- Wirkung vor allem über **Cannabinoid-Rezeptoren** CB1 u. CB2, die sich **am häufigsten in zerebralen Regionen für Körperbewegung, Lernen, Gedächtnis** und im **Belohnungssystem** finden
- 4,5 % der Deutschen rauchen Cannabis, **16,2% der 18- bis 20-Jährigen** (Zahlen steigen kontinuierlich)
- Entwicklung von **Abhängigkeit** bei 9 % aller Cannabis-Konsumenten (**17 %**, wenn Konsum in **Adoleszenz beginnt**, 25-50 %, wenn täglich konsumiert wird)



McGough et al., Am J Psychiatry 2005; Piñeiro-Dieguez et al. 2016; Mariani et al. 2007

Di Forti et al. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe. Lancet Psych 2019.

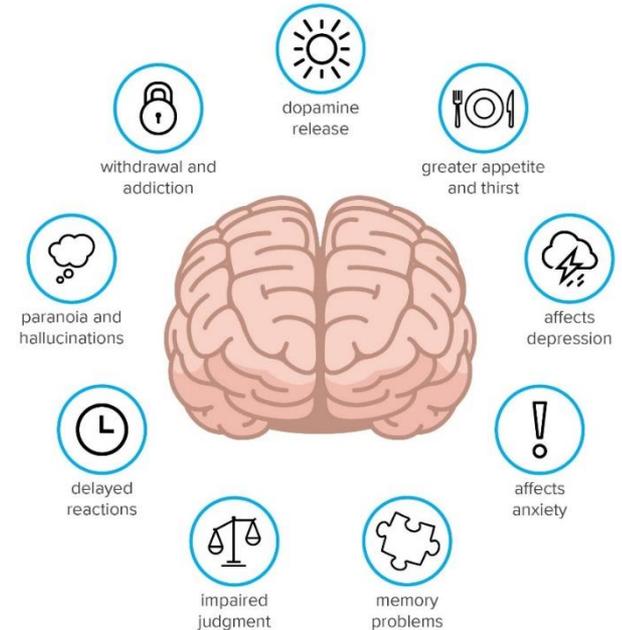
Pasman et al. GWAS of lifetime cannabis use reveals new risk loci, genetic overlap with psychiatric traits, and a causal influence of schizophrenia. Nature Neuroscience 2018.

ADHS und Sucht: Gefahren des Cannabiskonsums

- **50-90 %** aller Cannabisabhängigen haben **weitere psychiatrische Diagnose oder Abhängigkeiten**
- **Konsum** während Hirnentwicklung kann **irreversible** gesundheitliche **Folgen** haben
- **Gefahr** für den Ausbruch einer **Schizophrenie** mit lebenslangen Folgen, insbesondere **durch hohe THC-Dosis** und bei **jüngeren Konsumenten**
- Cannabis kann zahlreiche **zerebrale und somatische Veränderungen** verursachen

MEDICALNEWS TODAY

Effects on the Brain Marijuana



Hamilton, et al. Cannabis and Psychosis: Are We any Closer to Understanding the Relationship?. Current Psych Reports 2018.

DeFilippis et al. Marijuana Use in Patients With Cardiovascular Disease: JACC Review Topic of the Week. J Am Coll Cardiol 2020.

Winhusen et al. The association between regular cannabis use, with and without tobacco co-use, and adverse cardiovascular outcomes: cannabis may have a greater impact in non-tobacco smokers. Am J Drug and Alcohol Abuse 1019.

ADHS und Sucht

Somatische Gefahren des Cannabiskonsums

Region und Beschwerden bzw. Folgen
Mund und Rachen
Wucherungen des Zahnfleisches, Entzündungen der Mundschleimhaut (Stomatitis) oder der Uvula (Uvulitis)
Respirationstrakt
Reizung des respiratorischen Systems, Schädigung der Bronchiolen und chronische Bronchitis
Dyspnoe, Heiserkeit, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen oder Pharyngitis bei kombiniertem Konsum von Cannabis und Tabak; die Befunde für Tabak- und Cannabisinhalation gehen nicht in die gleiche Richtung; mehrere Kohortenstudien mit unterschiedlichen Ergebnissen
lebensbedrohliche bronchodilatatorische Emphyse
Gastrointestinales System
Verschlechterung der Verdauung
Cannabis-Hyperemesis-Syndrom: wiederholte Episoden von Übelkeit und Erbrechen
kardiovaskuläres System
Tachykardien, RR-Erhöhung, Rhythmusstörungen bis hin zu Vorhofflimmern
Todesfälle durch zerebrale und kardiale Ischämien
Wirkungen auf Haut und Schleimhäute
Entzündung der Bindehaut des Auges (Konjunktivitis) bis hin zur Entzündung des posterioren Gaumens
Einzelfälle: Urtikaria, Pruritus (Juckreiz), exkoritative Prurigo, Typ-1-Allergien (asthmatische und anaphylaktische Reaktionen)
Folgen für den Hormonhaushalt
erhöhte viszerale Fetteinlagerung und Insulinresistenz

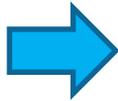
Früher, hochdosierter, langjähriger und regelmäßiger Cannabiskonsum kann zu Störungen der psychischen und körperlichen Gesundheit und der altersgerechten Entwicklung führen.

Region und Beschwerden bzw. Folgen
komatöse Zustände
Einzelfälle komatöser Zustände bei Cannabisingestionen durch Kinder
Gesamt mortalität
einige ungünstige Wirkungen des Cannabiskonsums (z. B. erhöhtes Risiko für Verkehrsunfälle und Tumoren) können die Gesamt mortalität beeinflussen
Folgen für das Reproduktionssystem
bei Frauen: Beeinträchtigung der Frequenz des Menstruationszyklus, der Oogenese („Reifung der Eizellen“), des Lernerfolgs, des Lernerfolgs, des Lernerfolgs
nasopharyngeale Tumoren (unabhängig vom Tabakgebrauch)
Risiko für Lungentumoren erhöht, wobei der gleichzeitige Tabakkonsum eine mögliche konfundierende Variable ist
Tumorerkrankungen des Kopfes und Halses
Wirkungen auf das Immunsystem
Immunsuppressive Wirkung bei einer Reihe von Autoimmunerkrankungen oder inflammatorischen Prozessen (z. B. Multiple Sklerose, Atherosklerose, Asthma, rheumatische, gastrointestinale und Lebererkrankungen)

ADHS und Sucht Risikofaktoren

- **Genetik**
- **Emotionale Störungen**
- **Impulsivität**
- **Störung des Sozialverhaltens oder antisoziale Persönlichkeitsstörung**
- **Broken-Home-Situationen und Fehlen von Vorbildern**
- **Konsumverhalten des Umfelds bzw. der Peergroup**
- **Gesellschaftliche Rahmenbedingungen**
- **Zu späte oder keine Behandlung**

Wenn ADHS in
Kindheit nicht
behandelt wird



- **3x erhöhte Nikotinabhängigkeit u. größere Schwierigkeiten Rauchen einzustellen**
- **2x erhöhte Alkoholabhängigkeit**
- **1,5x erhöhte Marihuana / Cannabis-Abhängigkeit**
- **2x erhöhte Kokainabhängigkeit**

ADHS und Sucht

Häufig weitere Komorbiditäten

Comorbid disorder (1037/168) ^a	ADHD ⁻	ADHD ⁺	OR ^{bcd} e	95% CI	σ^2_u (SE) ^f
Current depression(%) ^g					
Primary substance alcohol (607/58) ^a	15.3	39.7	4.1 ^{***}	2.1–7.8	0.63 (0.33)
Primary substance drugs (426/107) ^a	22.8	24.3	1.2	0.7–2.2	0.44 (0.28)
Current (hypo)mania (%)	4.1	14.9	4.3 ^{***}	2.1–8.7	3.17 (1.58)
Antisocial personality disorder (%)	17.0	51.8	2.8 ^{***}	1.8–4.2	0.40 (0.21)
Borderline personality disorder(%) ^g					
Primary substance alcohol (607/58) ^a	8.2	34.5	7.0 ^{***}	3.1–15.6	1.55 (0.85)
Primary substance drugs (426/107) ^a	16.7	29.0	3.4	1.8–6.4	0.58 (0.37)

75% der Sucht-Patienten mit ADHS haben weitere psychiatrische Diagnosen oder Abhängigkeiten

Weitere psychiatrische Komorbiditäten erhöhen das Risiko für Sucht

ADHS und Sucht Wechselseitige Beeinflussung

ADHS und Sucht wirken sich negativ auf
Verlauf, Therapie und Prognose beider Störungsbilder aus

Ca. 23-40% der Sucht-
Patienten haben auch
eine ADHS



Sucht-Patienten:
Immer auf ADHS screenen!

(Mittels ASRS-SV u. ggf. WURS + Beobachtung + Anamnese)

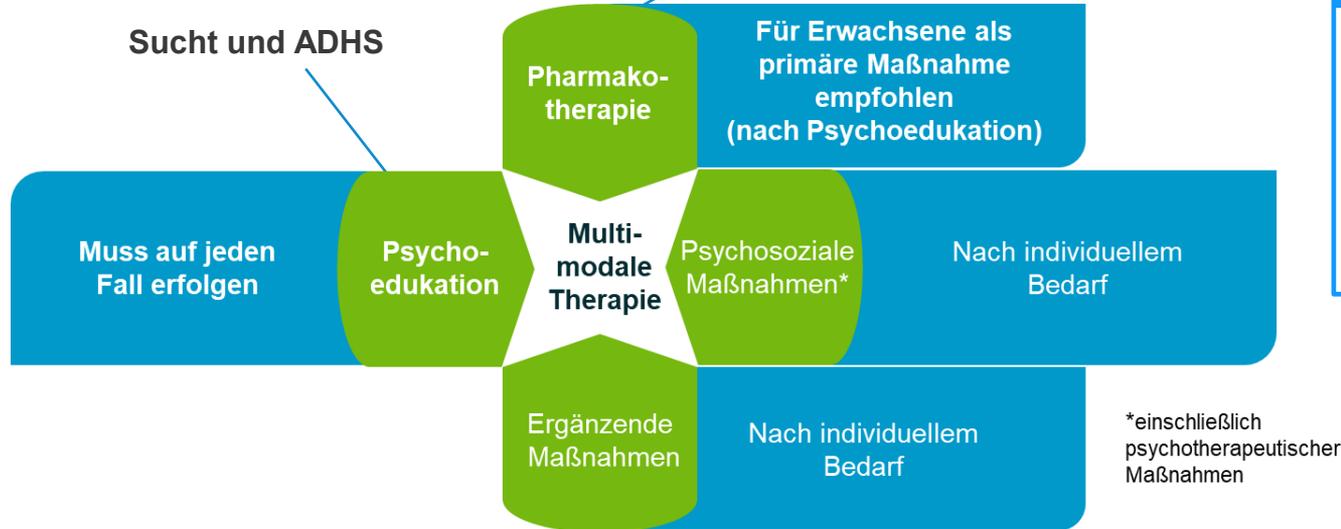
(Fragen nach ADHS Symptomen im Drogen-freien Intervall)

ADHS-Patienten:
Immer auf Sucht screenen!

Leitlinien ADHS und Sucht: Multimodale Therapie

Gemäß aktueller S3-Leitlinie, unter Berücksichtigung von persönlichen Faktoren, Umgebungsfaktoren, Teilhabe, Schweregrad der Störung bzw. der koexistierenden Störung(en):

Nach Risikogruppen



„Pills make no Skills“

Aber:

- Verbessern die Erfolgchancen auch einer zusätzlichen Psychotherapie u. eines Skills-Trainings
- Schützen vor späterem Substanzmissbrauch

S3-Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“, 2018, AWMF-Registernummer 028-045, DGKJP, DGPPN, DGSPJ (Hrsg.);

Sonuga-Barke, E.J., et al., Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. Am J Psychiatry, 2013. 170(3): p. 275-89.

Daley, D., et al., Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a metaanalysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2014. 53(8): p. 835-47, 847 e1-5.

van der Oord, S., et al., Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. Clin Psychol Rev, 2008. 28(5): p. 783-800.

MTA Cooperative Group, A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. Arch Gen Psychiatry, 1999. 56(12): p. 1073-86.

Hammeress & Biedermann, Journal of Pediatrics 2012; Biedermann, Wilens, Mick et al., Pediatrics 1999; Biedermann J. APSARD Washington 2018

Leitlinien ADHS und Sucht: Consensus Statements for Adults and Adolescents



Adults

Level of evidence Level of recommendation

Behandlung:

- Sowohl Sucht als auch ADHS behandeln
- Multimodal: Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie
- Auch Komorbiditäten behandeln
- Pharmakotherapie mit: Retardiertem Methylphenidat oder Lisdexamfetamin oder Atomoxetin
- Vorsicht bei Anzeichen von Missbrauch (engmaschige Kontrolle!)

Adolescents

Consensus reached
in round No.

Pharmacological treatment of comorbid ADHD and SUD

20	Despite the lack of evidence for the efficacy of pharmacotherapy in adolescents with concurrent ADHD and SUD, it is recommended that pharmacological treatment of ADHD, particularly with psychostimulants, should be considered for this group	1
21	Each adolescent with concurrent ADHD and SUD and his/her parents should receive information about the option of pharmacotherapy for ADHD and its preconditions and monitoring	1
22	Before starting stimulant pharmacotherapy in adolescents with concurrent ADHD and SUD, it is important that the adolescents are abstinent or have reduced/stabilized their substance use. If this is not the case, the clinician should consider non-stimulant pharmacotherapy (e.g., atomoxetine, guanfacine, or bupropion)	No consensus reached

Frage:

Ist für Sie Abstinenz eine Therapievoraussetzung für die Verordnung von Stimulanzien ?



- JA
- NEIN
- WEISS NICHT
- HÄNGT VON WEITEREN FAKTOREN AB

ADHS und Sucht: Therapie und Missbrauchspotenzial

- Missbrauchspotenzial umso größer, je kürzer die Zeit zwischen Einnahme und erwünschter Wirkung (steile Dosis-Wirkungskurve)
- Alle Medikamente können missbraucht werden
- Geringstes Missbrauchsrisiko: Nicht-Stimulanzen und langwirksame Präparate (langsames Anfluten u. kontinuierliche Wirkstofffreisetzung über viele Stunde)
- Vorteil bei LDX: Kinetik von der enzymatischen Aktivierung in den Erythrozyten bestimmt u. dadurch verlangsamt
- Generell geringere Wirksamkeit der ADHS-Medikamente bei Sucht
- Häufig höhere Dosen notwendig (bis zu 180 mg/d)

Therapie der ADHS und Sucht: Modifizierter Vorschlag* für Therapie nach Missbrauchsrisikogruppe**

Gruppe 1: Geringes Risiko

- Substanzgebrauch nur in Vergangenheit
- Langwirksame Stimulanzien oder Nonstimulanz

Gruppe 2: Mittleres Risiko

- Fortgesetzter Substanzgebrauch, ohne o. mit Abhängigkeit, aber hoher Abstinenzbereitschaft
 - Ohne Abhängigkeit: Nonstimulanz oder langwirksame Stimulanzien mit häufigeren Visiten, Urintoxikologie, unter enger Kontrolle
 - Mit Abhängigkeit: Langwirksame Stimulanzien nur in einem strukturierten, überwachten „Klinikambulanz-Behandlungsprogramm

Gruppe 3: Hohes Risiko

- Aktuell Substanzgebrauch mit Abhängigkeit ohne Abstinenzbereitschaft
 - *Nur* Nonstimulanz

Nicht-Stimulanzien

Antidepressiva

Atomoxetin

- Selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer u. Blockade der NMDA-Rezeptoren
- Häufig Nebenwirkungen (cave: CYP4502D6 poor metabolizer)
- Voller Wirkeintritt erst nach 2-8 Wochen
- Kaum Suchtpotential (nur bei sehr hohen Dosen)

Bupropion

- Hemmung der Wiederaufnahme von Dopamin u. Noradrenalin
- Senkung der Krampfschwelle beachten
- Auch zur komorbiden Behandlung von Depression
- Indikation zur Raucherentwöhnung
- Geringer wirksam auf ADHS-Symptomatik als Stimulanzien u. Atomoxetin
- Keine Zulassung für ADHS

Nicht-Stimulanzien

Antidepressiva

Venlafaxin

- Selektiver Serotonin- u. Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
- Kaum Studiendaten bei Erwachsenen mit ADHS u. Sucht
- Zweite Wahl und wenn Stimmungsregulation im Vordergrund
- Häufig sexuelle Dysfunktion

Duloxetin

- Selektiver Serotonin- u. Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
- Kaum Studiendaten

Fluoxetin

- Selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
- Gleicht der chem. Struktur von Atomoxetin
- Auch bei Autismus-Spektrum-Störungen wirksam

Nicht-Stimulanzien

Alpha-2-Agonisten

Guanfacin, Clonidin*

- Führen zur erhöhten Wirkung von Noradrenalin und verstärken die synaptische Vernetzung
- Cave: Blutdrucksenkung
- Langsamer Wirkeintritt
- Studie zur Wirksamkeit bei Störungen des Sozialverhaltens (Pringsheim et al, 2015, Schulz et al, 2013)
- Nur Daten am Tiermodell zu ADHS u. Sucht (vergleichbar zu Naltrexon bei Alkoholabhängigkeit, Frederiksson et al. 2015)
- Nicht für Erwachsene zugelassen

* Clonidin ist zugelassen zur Behandlung von Bluthochdruck in Deutschland

Langwirksame Stimulanzien

Retardpräparate Methylphenidat

Medikinet ret, Ritalin LA, Concerta, Equasym ret, Kinecteen:

- Hemmen die Wiederaufnahme von Dopamin u. Noradrenalin
- Unterschiede in der Freisetzungskinetik u. Löslichkeit u. Bioverfügbarkeit
- Geringeres Missbrauchspotential als unretardierte Präparate

Medikinet retard:

- Resorption abhängig von Nahrungsaufnahme
- Anfluten nach ca. 45 min

Ritalin LA:

- Resorption unabhängig von Nahrungsaufnahme
- Schnelles Anfluten ca. 20min u. längstes Plateau

Equasym Retard:

- Keine Zulassung bei Erwachsenen
- Langsames Anfluten erfordert ggf. zusätzliche Gabe von unretardiertem MPH am Morgen*

Concerta:

- Geht nur sehr schwer in Lösung
- Keine Zulassung für Ersteinsatz bei Erwachsenen
- Langsames Anfluten erfordert ggf. zusätzliche Gabe von unretardiertem MPH am Morgen*

* Praxiserfahrung Dr. U. Rabus

Langwirksame Stimulanzen Amfetamine

Lisdexamfetamin:

- Hemmt Wiederaufnahme von Dopamin und Noradrenalin und vermehrte Transmitterfreisetzung
- Hohe Wirksamkeit und stimulantientypische Nebenwirkungen
- Bis zu 14 Stunden lange Wirkdauer
- Weniger Gefühl „on drugs“ zu sein durch langsames An- und Abfluten
- Weniger Rebound als Methylphenidat
- Einmaldosis unabhängig vom Essen und erhöhte Adhärenz

Insgesamt geringstes Missbrauchspotenzial von allen Stimulanzen



ATX=Atomoxetin;
 OROS-MPH=osmotic release oral system methylphenidate
 LA: langwirksam (long acting);
 SA: kurzwirksam (short acting);

*LA-AMF=langwirksames Amfetamin=
 gemischte Amfetaminsalze;
 in Deutschland nicht zugelassen

Vergleich der geschätzten Adhärenz bei erwachsenen Patienten unter Elvanse oder anderen ADHS-Medikamenten

Behandlungsgruppe	Anteil der adhärennten Patienten, n (%)						
	LDX	ATX	OROS-MPH	LA-MPH	SA-MPH	LA-AMF	SA-AMF
Therapienaiv	792 (24.6)	433 (10.5)	603 (14.1)	234 (9.6)	245 (9.4)	2,195 (22.4)	1,311 (20.2)
p-Wert		<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.0126	<0.0001
Vorbehandelt	991 (25.2)	143 (11.7)	279 (15.5)	226 (11.3)	145 (7.2)	921 (22.1)	1,070 (19.0)
p-Wert		<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.0011	<0.0001

ADHS und Sucht

Wichtige Fakten

- **Sucht ist häufigste Komorbidität** von ADHS (insbes. Alkohol u. Cannabis)
- Aufgrund der **wechselseitigen negativen Beeinflussung** sollten ADHS-Patienten auf Sucht und Sucht-Patienten auf ADHS gescreent und beides behandelt werden
- **Frühzeitige Behandlung** einer ADHS im Kindesalter ist die beste **Suchtprävention**
- **Je später** der Beginn der **ADHS-Behandlung, desto größer das Risiko** für Substanzmissbrauch / -störung
- Die Behandlung mit **Stimulanzien erhöht NICHT das Risiko** von Experimentieren, Abhängigkeit oder Missbrauch
- 14 % der ADHS-Betroffenen mit Sucht **missbrauchen** überwiegend **kurzwirksame Stimulanzien**
- **Weitere psychiatrische Komorbiditäten erhöhen das Risiko** für Sucht

ADHS und Sucht Therapieempfehlungen

- Parallele Behandlung der **Komorbiditäten**
- Patienten mit ADHS + Sucht sollten **individuell von Spezialisten behandelt** werden
- **Multimodale Therapie** mit Pharmako- und Psychotherapie / -edukation sowie einem **integriertem Therapiekonzept** für Sucht und ADHS
- Deutsche und internationale Leitlinien empfehlen langwirksame Stimulanzien u. Nicht-Stimulanzien, es besteht jedoch **Uneinigkeit, ob Abstinenz eine Therapievoraussetzung für Stimulanzien** sein sollte
- Unter den retardierten Methylphenidat-Präparaten hat **Ritalin LA viele Vorteile** (schneller Wirkeintritt, unabhängig von Nahrungsaufnahme, langes Dosisplateau)
- **Lisdexamfetamin** ist für Suchtpatienten **besonders geeignet** (durch langsamem An- u. Abfluten, kein „on drugs“ Gefühl und weniger Rebound, langes Dosisplateau, lange Wirkdauer und gute Adhärenz bei Einmalgabe)

Referenzen

- Phippsen et al. Effects of group psychotherapy, individual counseling, methylphenidate and placebo in the treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder. A randomized trial.. JAMA Psychiatry 2015.
- Castells et al. Efficacy of methylphenidat for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a meta regression analysis.CNS drugs 2011.
- Skolund et al. Factors associated with adherence to methylphenidat treatment in adult patients with attention-deficit hyperactivity disorder and substance use disorder. J Clin Psychopharm 2016.
- Bihlar et al. Long-term outcomes of pharmacologically treated versus non-treated adults with ADHD and substance use disorder: a naturalistic study. J Substance Abuse Treatment 2015.
- Thurstone et al. Randomized controlled trial of atomoxetine for ADHD in adolescents with SUD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010
- Wilens et al. Atomoxetine treatment of adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders. Drug and alcohol dependence 2008.
- Cunill et al. Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder with co-morbid drug dependence. J Psychopharmacol 2015
- Konstenius et al. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial. Addiction 2014;
- Levin et al. Extended-release mixed amphetamine salts vs placebo for comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and cocaine use disorder: a randomized clinical trial. JAMA Psych 2015.
- Van Emmerik-van Oortmerssen et al. Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: results of a randomized clinical trial. Drug Alcohol Depend. 2019.

FOKUS **ADHS**

Falldiskussionen

Anmerkung: Bei den folgenden Fällen handelt es sich um modifizierte Patientenfälle



ERNE,
GERECH,
KOTHERAPI
PIERFOL
GLICHE CHANC
UALISIERT,
E BEI KINDE
ENDLICHE
LE ALLTAGS
LTIGUNG
SCHE
KTE

Fall 1

Patient, 35 Jahre, verheiratet, 3 Kinder

Fall 1: Patient, 35 Jahre, verheiratet, 3 Kinder

Ausbildung:

- Realschulabschluss, Ausbildung als Kaufmann abgeschlossen, Fachabitur nachgeholt und BWL studiert u. abgeschlossen

Familienanamnese:

- Scheidung der Eltern, als er 1,5 Jahre alt war. Bei alleinerziehender Mutter aufgewachsen. Zwei Halbgeschwister seitens des Vaters. Vor 10 Jahren hat sich Mutter in Kroatien suizidiert. Die Familie hat erst 3 Jahre später davon erfahren. Seit 3 Jahren kein Kontakt mehr zum Vater.
- 2015: Heirat, 3 Kinder (2015 ♂, 2018 ♀, 2019 ♂)



Fall 1: Patient, 35 Jahre, verheiratet, 3 Kinder



Aktuelle Anamnese:

- 40.000 EUR Spielschulden
- Cannabiskonsum
- Aug 2020: Erstmals vom Hausarzt zur Akutaufnahme angekündigt worden und eine Woche später in der Akutaufnahme vorstellig.
- Aufgrund fehlender Eigen- u. Fremdgefährdung wurde Pat. auf Warteliste für die stationäre Behandlung gesetzt. Termin hat er immer wieder verschoben. Dann schließlich erste stationäre Aufnahme im Januar 2021.

Psychopathologischer Befund:

- Zunehmend gedrückte Stimmung über die letzten Monate, morgens kein Antrieb, sozialer Rückzug, Interessenlosigkeit, Unruhe, Schlafstörungen
- Aktuelle Medikation: Escitalopram 10-0-0-0 mg

Frage:

Was würden Sie den Patient noch zusätzlich fragen?



- Verhaltensauffälligkeiten / Krankheiten in eigener Kindheit / Jugend?
- Verhaltensauffälligkeiten / Krankheiten bei den eigenen Kindern?
- Wie lange und wie oft spielt er?
- Wieviel Cannabis und wie oft konsumiert er und seit wann? Wann das letzte Mal?
- Alle genannten Fragen würde ich stellen

Fall 1: Patient, 35 Jahre, verheiratet, 3 Kinder

Ausbildung:

- Realschulabschluss, Ausbildung als Kaufmann abgeschlossen, Fachabitur nachgeholt und BWL studiert u. abgeschlossen

Verhaltensauffälligkeiten / Krankheiten in Kindheit / Jugend:

- Seit Grundschule Konzentrationsprobleme, schon immer Probleme mit Sozialkontakten
- Migräne mit Aura

Familienanamnese:

- Scheidung der Eltern als er 1,5 Jahre alt war und bei alleinerziehender Mutter aufgewachsen. 2 Halbgeschwister seitens des Vaters. Vor 10 Jahre hat sich Mutter in Kroatien suizidiert. Die Familie hat erst 3 Jahre später davon erfahren. Seit 3 Jahren kein Kontakt mehr zum Vater.
- 2015: Heirat, 3 Kinder (2015 ♂, 2018 ♀, 2019 ♂), Mädchen sei Schreikind gewesen

Fall 1: Patient, 35 Jahre, verheiratet, 3 Kinder

Aktuelle Anamnese:

- 40.000 EUR Spielschulden, **seit 9 Jahren Spielsucht**
- **Seit 6 Jahren täglich Cannabis (2 Joints) zur Stimmungsregulation**
- Keine Voraufenthalte

Psychopathologischer Befund:

- Zunehmend gedrückte Stimmung über die letzten Monate, morgens kein Antrieb, soz. Rückzug, Interessenlosigkeit, Unruhe, Schlafstörungen

Aktuelle Medikation:

- Escitalopram 10-0-0-0 mg

Frage:

Welche diagnostischen Schritte würden Sie zuerst in Erwägung ziehen?



- Durchführung des ADP-IV oder SKID II zur Erfassung einer Persönlichkeitsstörung
- Durchführung des SKID I zur Erfassung von Achse-I-Störungen
- Durchführung des Beck Depressions Inventars
- Durchführung des DIVA 2.0 oder anderen Tests zur ADHS-Diagnostik
- Durchführung eines Drogenscreenings

Fall 1: Patient, 35 Jahre, verheiratet, 3 Kinder

Durchgeführte Diagnostik:

1. Durchführung des Drogenscreenings: Keine anderen Drogen neben Cannabis
2. Durchführung des ADP-IV nach 5 Tagen: Keine Auffälligkeiten
 - Positive Eigenschaften:
Empathisch / emotional, höflich, zuvorkommend, ordnungsliebend, humorvoll, idealistisch / kämpferisch
 - Negative Eigenschaften:
Dünnhäutig, konfliktfreudig, launisch / unausgeglichen, sturköpfig / dickköpfig, differenziert / genau / wahrheitsliebend
3. Durchführung des DIVA 2.0 nach 7 Tagen
 - Vorliegen einer ADHS vom gemischten Subtyp
 - Auffälligkeiten in den Schulzeugnissen
 - Beobachtung eines unorganisierten Verhaltens während des stationären Aufenthalts

Frage:

Welche weiteren diagnostischen / therapeutischen Schritte würden Sie als nächstes in Erwägung ziehen?



- Erhöhung der Citalopram-Dosis
- Anordnung eines niederpotenten Neuroleptikums gegen die Unruhe im Entzug
- Anordnung von retardiertem Methylphenidat
- Anordnung von Lisdexamfetamin
- Labor, EKG, Puls- und Blutdruckkontrolle

Fall 1: Patient, 35 Jahre, verheiratet, 3 Kinder

Durchgeführte Diagnostik:

1. EKG, Puls, Blutdruck, Labor (Schilddrüse): unauffällig

Weitere therapeutische Schritte:

1. Absetzen des Citalopram bei fehlender Wirksamkeit und NW Kopfschmerzen
2. Eindosieren von Ritalin LA
3. Anbindung an unsere Institutsambulanz für die weitere Feineinstellung und Verlaufskontrolle

Frage:

Wie würden Sie Ritalin Adult eindosieren?



- Zuerst mit 1x 10 mg beginnen, eine Woche später 2 x 10mg
- Gleich 2 x 10 mg im Abstand von 7-10 Stunden
- Der Patient kann selbst entscheiden, wann er die 2. Dosis einnimmt
- Ggf. die Dosis so lange erhöhen, bis der Patient Nebenwirkungen beklagt und dann eine Dosisstufe zurück als Enddosis

Fall 1: Patient, 35 Jahre, verheiratet, 3 Kinder

Weiterer Verlauf :

- Bis zur Entlassung wurde die Ritalin-Dosis bis auf 2 x 30 mg erhöht, zunächst im Abstand von 7 Stunden, dann von 6 Stunden.
- Da keine ausreichende Wirkung erzielt und eine höhere Dosis wegen Kopfschmerzen nicht toleriert werden konnte, Umstellung auf Lisdexamfetamin und Titration auf 50 mg/d

Welche Verbesserungen?

- Pat. berichtet, dass sich das Familienklima verbessert habe, er sei ruhiger und ausgeglichener, fühle sich stimmungsmässig stabil, sei schon früh müde und könne gut einschlafen. Allerdings seien seine Kinder wegen Corona Zuhause und für ihn und seine Frau sehr anstrengend.

Weitere Maßnahmen?

- Pat. wurde weiter gemäß unseres ADHS Training-Manual geschult und Hausaufgaben erteilt
- Empfehlung die Kinder beim KiJu-Psychiater vorzustellen

Fragen zum Fall?



ERNE,
GERECH,
KOTHERAPI
PIERFOL
GLICHE CHANC
UALISIERT,
E BEI KINDE
ENDLICHE
LE ALLTAGS
LTIGUNG
SCHE
KTE

Fall 2

Patient, 30 Jahre, ledig

Fall 2: Patient, 30 Jahre, ledig



Ausbildung:

- 2011 Abitur. Anschließend unterschiedliche Fächer studiert, aber keines abgeschlossen.
- 2015 Ausbildung als Vermessungstechniker begonnen und 2018 abgeschlossen.
- Dann in verschiedenen Vermessungsbüros gearbeitet, Arbeit sei ihm schnell langweilig und dadurch die Leistung schlechter geworden. Deshalb habe er die Stellen immer wieder gewechselt. Der aktuelle Chef habe ihm gekündigt.

Familienanamnese:

- Mutter sei verstorben, als er 18 Jahre alt war.
- Habe eine jüngere Schwester (-4J). Kontakt zum Vater eher schlecht.
- Seit 3 Jahren in fester Partnerschaft, es gebe aber aktuell Streitigkeiten. Sie sei aus seiner 3er WG ausgezogen.

Fall 2: Patient, 30 Jahre, ledig



Aktuelle Anamnese:

- Seit 2012 depressive Episoden im Wechsel mit Hochphasen, in denen er mehr konsumiert. Aktuell Beziehungskonflikt mit seiner Partnerin und Stress mit der weiteren Mitbewohnerin seiner WG.
- Er sei seit Oktober 2020 arbeitslos und beziehe ALG.
- Cannabiskonsum, Alkohol, Raucher, gelegentlich Amphetamin, früher Kokain, MDMA, Pilze, LSD (mehrfach wegen Drogenbesitz verurteilt worden)
- Erste stationäre Aufnahme, zuvor bei einer ambulanten Psychotherapeutin, keine Medikation

Psychopathologischer Befund:

- Angespannt, gedrückte Stimmung, lebensmüde Gedanken, im Kontakt misstrauisch und missmutig, leicht reizbar und fordernd (beschwert sich viel über schlechte Behandlung durch Pflege und Ärzte), Schlafstörung, Unruhe, Gedankenkreisen, Aufmerksamkeits- u. Konzentrationsstörung

Frage:

Was würden Sie den Patient als erstes zusätzlich fragen?



- Verhaltensauffälligkeiten / Krankheiten in eigener Kindheit / Jugend?
- Krampfanfälle in der Vergangenheit bekannt?
- Wie lange dauern die depressiven Phasen, wie oft wechselt die depressive Phase in eine Hochphase?
- Wieviel Cannabis / Alkohol und wie oft konsumiert er und seit wann? Wann das letzte Mal?
- Woran ist die Mutter gestorben?

Fall 2: Patient, 30 Jahre, ledig

Ausbildung:

- Seit der 3. Grundschulklasse auffällig unruhig, Konzentrationsprobleme und Abneigung gegen Hausaufgaben. Habe nie viel lernen müssen und 2011 sein Abitur bestanden. Anschließend unterschiedliche Fächer studiert, aber keines abgeschlossen. 2015 eine Ausbildung als Vermessungstechniker begonnen und 2018 abgeschlossen.
- Dann in verschiedenen Vermessungsbüros gearbeitet. Arbeit sei ihm schnell langweilig und dadurch die Leistung schlechter geworden. Deshalb habe er die Stellen wieder gewechselt. Der aktuelle Chef habe ihm gekündigt.

Familienanamnese:

- Mutter sei verstorben als er 18 Jahre alt war. Sie habe Depressionen gehabt und sich das Leben genommen.
- Habe eine jüngere Schwester (-4J). Kontakt zum Vater eher schlecht.
- Seit 3 Jahren in fester Partnerschaft, es gebe aber aktuell Streitigkeiten. Sie sei aus seiner 3er WG ausgezogen.

Fall 2: Patient, 30 Jahre, ledig

Aktuelle Anamnese:

- Seit 2012 depressive Episoden im Wechsel mit Hochphasen, in denen er mehr konsumiere. Er sei seit Oktober 2020 arbeitslos und beziehe ALG.
- **1 g Cannabis-Konsum tgl., Alkohol bis zu 10 Fl. Bier tgl.**, Raucher, gelegentlich Amfetamin, früher Kokain, MDMA, Pilze, LSD (mehrfach wegen Drogenbesitz verurteilt worden)
- Erste stationäre Aufnahme, zuvor bei einer ambulanten Psychotherapeutin gewesen.
Keine Krampfanfälle bekannt

Psychopathologischer Befund:

- Angespannt, Freudlosigkeit, Interessensverlust, lebensmüde Gedanken, im Kontakt misstrauisch und misstrauig, leicht reizbar und fordernd (beschwert sich viel über schlechte Behandlung durch Pflege und Ärzte), Schlafstörung, Unruhe, Gedankenkreisen, Aufmerksamkeits- u. Konzentrationsstörung

Aktuelle Medikation:

- Keine

Frage:
Welche diagnostischen Schritte würden Sie
in Erwägung ziehen?



- Durchführung des SKID I zur Erfassung von Achse-I-Störungen
- Durchführung des Beck Depression Inventars
- Durchführung des DIVA 2.0 oder anderer Test zur ADHS-Diagnostik
- Durchführung eines Instruments zur Selbst- u. Fremdbeurteilung einer Manie und Depression

Durchgeführte Diagnostik:

1. Durchführung eines Instruments zur Selbst- u. Fremdbeurteilung einer Manie und Depression
 - Patient erfüllt aktuell nicht die Diagnosekriterien für eine bipolare affektive Störung (weder Bipolar I noch II)
 - Aufgrund fortlaufender Stimmungsschwankungen ohne konkrete Auslöser in der Vergangenheit wird Diagnose einer Zykllothymie gestellt
2. Durchführung des DIVA 2.0
 - Vorliegen einer ADHS vom gemischten Subtyp
 - Hinweise in den Schulzeugnissen
 - Auffällig unruhiges Verhalten und Vergesslichkeit während des stationären Aufenthalts

Frage:

Welche therapeutischen Schritte würden Sie zuerst in Erwägung ziehen?



- Anordnung eines Antidepressivums
- Durchführung eines Drogenscreenings
- Anordnung einer Alkoholentzugsmedikation nach Hamburger Alkoholentzugsskala (HAES)
- Anordnung eines Phasenprophylaktikums
- Anordnung eines Stimulanz

Fall 2: Patient, 30 Jahre, ledig

Weiterer Verlauf:

- Für den Alkoholentzug wurde keine Entzugsmedikation benötigt
- Bis zur Entlassung wurde Ritalin Adult bis zu einer Dosis von 2 x 20 mg eingestellt und ambulant auf 2 x 30 mg erhöht. Darunter weitere Besserung der ADHS Kernsymptome, aber keine ausreichende Stimmungsstabilisierung
- Ein zusätzliches Antidepressivum lehnte Patient jedoch zunächst ab.
- 3 Wochen nach Entlassung war Patient wegen depressiver Symptomatik bereit eine zusätzlichen Therapie mit 150 mg/d Bupropion (geringes Switchrisiko) zu beginnen
- Weitere 3 Wochen später wegen nicht ausreichender Wirkung und zusätzlicher Belastungsreaktion, nach Todesfall eines Kollegen, Erhöhung von Bupropion auf 300 mg/d

Fall 2: Patient, 30 Jahre, ledig

Welche Verbesserungen?

- Pat. berichtete bereits bei Entlassung, dass seine Stimmung und sein Antrieb besser geworden seien.
- 2 Wochen nach Entlassung habe er es geschafft, seine Mitbewohnerin (die nicht die Miete zahlte) aus der WG zu schmeißen und habe wieder Ordnung Zuhause geschafft.
- Zudem war Pat. in der Lage, sich um eine neue Stelle als Vermessungstechniker zu bewerben und wurde weitere 2 Wochen später angenommen.
- Leider kam es 6 Wochen nach Entlassung bei seiner neuen Arbeitsstelle zu einem Todesfall. Der Kollege, der ihn eingearbeitet hatte, erlitt einen Herzinfarkt im gemeinsamen Dienstwagen und ist trotz Reanimierungsversuchen verstorben.
- Dennoch blieb Pat. abstinent und konnte die Situation mit Gesprächsunterstützung angemessen verarbeiten.

Weitere Maßnahmen?

- Regelmäßige Termine und Überprüfung der Stabilität bzgl. Stimmungsschwankungen

Fragen zum Fall?



ERNE,
GERECH,
KOTHERAPI
PIEERFOLA
GLICHE CHANC
UALISIERT,
E BEI KINDE
ENDLICHEI
LE ALLTAGS
LTIGUNG
SCHE
KTE

Fall 3

Patientin, 25 Jahre, ledig

Fall 3: Patientin, 25 Jahre, ledig



Ausbildung:

- Hauptschulabschluss
- Danach keine Ausbildung, keine Arbeitstätigkeit, wohne bei den Eltern

Familienanamnese:

- Mehrere Familienmitglieder mit Abhängigkeiten (Vater Alkoholiker, Tante heroinabhängig).
- Es gebe viel Streit mit den Eltern, weil sie nicht arbeite.
- Habe sich noch nie verstanden gefühlt. Eltern haben einen aggressiven Erziehungsstil.

Verhaltensauffälligkeiten / Krankheiten in Kindheit / Jugend:

- In der Grundschule: Unauffälliges, stilles Kind mit schwachen Leistungen, seit Schulwechsel auf weiterführende Schule häufig gemobbt, Schwierigkeiten Freunde zu finden, Prüfungsangst

Fall 3: Patientin, 25 Jahre, ledig

Aktuelle Anamnese:

- Angst- und Panikattacken und depressive Verstimmung seit mehreren Monaten. Könne das Haus nicht mehr verlassen.
 - Wolle psychotherapeutische Behandlung und vom Alkohol entziehen.
 - Aufgrund der Ängste möchte sie Cannabis gern auf Rezept verschrieben bekommen, weil es ihr helfe.
 - Cannabis seit dem 15 LJ, aktuell 3g Cannabis tgl. und bis zu 2 Fl. Wein tgl.
- Erster stationärer Aufenthalt.

Psychopathologischer Befund:

- Lustlos / Interessenslosigkeit, soziale Ängste, Schlafstörungen, gedrückte Stimmung, Unruhe, Konzentrationsstörungen, Einschlafstörung ohne Cannabis

Aktuelle Medikation:

- Keine



Frage:

Nach der Alkohol-Entzugstherapie wurde die Patientin positiv auf das Vorliegen einer ADHS seit Kindesalter getestet. Was wäre Ihr nächster therapeutischer Schritt?

FRAGE

- Ich verschreibe der Patientin ein Cannabis-Präparat
- Ich empfehle der Patientin die Einnahme von CBD gegen die Ängste und Schlafstörungen
- Ich ordne ein langwirksames Stimulanz an
- Ich ordne ein Nicht-Stimulanz an
- Ich empfehle der Patientin die Teilnahme an einer Psychotherapie und verordne keine Medikamente

Fall 3: Patientin, 25 Jahre, ledig

Weiterer Verlauf :

- Patientin wurde auf 150 mg Venlafaxin ret eindosiert,
- Ambulant wurde Venlafaxin ret auf 187,5 mg erhöht

Verbesserungen:

- Bei Entlassung berichtete Patientin über Besserung der Ängste und mehr Energie
- Sie könne sich vorstellen, jetzt wieder über den Beginn einer Ausbildung nachzudenken.
- Weitere ambulante Termine wurden genutzt, um das ADHS-Training zu vertiefen und die psychische Stabilität zu festigen.

Weitere Maßnahmen?

- 10 Wochen nach Entlassung berichtete Patientin, dass sie nach einem Streit mit ihren Eltern mit Alkohol rückfällig geworden sei.
- Stationäre Wiederaufnahme. Pat. war jetzt bereit auch vom Cannabis zu entziehen und motiviert aus dem Elternhaus auszuziehen und eine Lehre zu beginnen
- Einstellung auf Lisdexamfetamin geplant

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

**ADHS hinter der Sucht
erkennen und konsequent
behandeln lohnt sich!**

Dr. med. Ute Rabus

Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie
Karl-Jaspers-Klinik Bad Zwischenahn

ute.rabus@karl-jaspers-klinik.de

