

Forschungsbrief
Ausgabe 27 / Dezember 2010

Inhalt

-  **Neuroenhancing**
-  **HIV – The Lancet Series**
-  **Frauen und Sucht – Women and addiction**

Neuroenhancing

Über „Gehirndoping“, „Doping am Arbeitsplatz“, „Neuroenhancing“ oder den Missbrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten wird in jüngster Zeit viel diskutiert. Die Forschungslage ist eher schwierig, wie verschiedene Studien belegen.

Verweis

Barrett, S. P., Meisner, J. R. & Stewart, S. H. (2008): What constitutes prescription drug misuse? Problems and pitfalls of current conceptualization. In: Current Drug Abuse Review 1: 255-262.

Larriviere, D. et al. (2009): Responding to requests from adult patients for neuroenhancements: guidance of the Ethics, Law and Humanities Committee. In: Neurology 73: 1406-1412; <http://www.neurology.org>

Normann, C., Boldt, J., Maio, G. & Berger, M. (2010): Möglichkeiten und Grenzen des pharmakologischen Neuroenhancements. In: Nervenarzt 81:66-74.

Kirsch, I. (2010): The emperor's new drugs. Exploding the antidepressant myth. New York, Basic Books.

Repantis, D., Schlattmann, P., Laisney, O. & Heuser, I. (2010): Modafinil and methylphenidate for neuroenhancement in healthy individuals: a systematic review. In: Pharmacological Research, doi:10.1016/j.phrs.2010.04.002 (im Druck).

Repantis, D., Schlattmann, P., Laisney, O.

Redet man über Neuroenhancing, was vielfach mit dem Missbrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten gleichgesetzt wird, muss man sich darüber verständigen, was mit diesen Begriffen gemeint ist. Barrett et al. gehen darauf ausführlich ein. Schon die Aussage „Missbrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten“ ist vieldeutig; sie kann sich zum Beispiel auf den Gebrauch rezeptpflichtiger Mittel beziehen, die sich der Konsument oder die Konsumentin ohne ein entsprechendes Rezept auf dem Schwarzmarkt oder in der Apotheke besorgt haben. Zum andern kann damit aber auch gemeint sein, dass der Konsument oder die Konsumentin entsprechende Mittel, die sie mit einem Rezept von einem Arzt oder einer Ärztin in einer Apotheke gekauft haben, anders einsetzen, als die ärztliche Beratung oder der Beipackzettel das vorschreiben. Je nach dem, wie man Gebraucher und Gebraucherinnen von Medikamenten befragt, erhält man also unterschiedliche Antworten. Bei der Darstellung der Daten ist auf diese Unterschiede genau zu achten, was eher selten gemacht wird. Die empirischen Daten, die zum Missbrauch von Medikamenten zurzeit vorliegen, sind aus methodischer Sicht nicht sonderlich verlässlich. Larriviere et al. definieren Neuroenhancing als das Verschreiben eines Medikaments an gesunde Erwachsene mit der Absicht, ihre normalen kognitiven und affektiven Funktionen zu verbessern bzw. zu steigern. Für Neuroenhancing eignen sich Medikamente, die das Lernen und das Gedächtnis optimieren, ebenso solche, die die Aufmerksamkeit und die Vigilanz erhöhen und schließlich Mittel, die die Stimmung positiv beeinflussen. Medikamente, die die verschiedenen Funktionsbereiche beeinflussen sollen, sind vorhanden und auf ihre Wirksamkeit an Menschen mit einschlägigen Defiziten des Gedächtnisses (dementielle Erkrankungen und Alzheimer) und Diagnosen hinsichtlich Störungen der Aufmerksamkeit und Aktivität (Störungen vom Typ Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) oder der Affekte (depressive Störungen) untersucht worden. Für Personengruppen mit entsprechenden Störungen haben sich die jeweils eingesetzten Medikamente in zum Teil recht begrenztem Umfang als wirksam erwiesen.

Ob die Lern- und Gedächtnisleistungen gesunder Menschen durch Alzheimer-Medikamente wie Donepezil verbessert werden, ist unklar. Für Methylphenidat ist bislang nicht überzeugend geklärt, dass sich die Vigilanz erhöht, wenn Gesunde dieses Mittel einnehmen. Repantis et al. können in ihrer Übersichtsarbeit diesen Effekt immerhin für Modafinil nachweisen, insbesondere für Menschen nach Schlafentzug. Nicht sicher ist jedoch, ob diese Mittel auch die kognitiven Fähigkeiten wie Gedächtnisleistungen und Schnelligkeit des Denkens von Gesunden verbessern. Bei Verschreibung dieser Mittel an Gesunde würde man also vielleicht die Wachheit der Klientel anregen, möglicherweise auch ihre Selbstsicherheit bis hin zu überbordender Selbstsicherheit, aber wohl eher nicht deren kognitive Leistungsfähigkeit.

Repantis et al. haben in einer weiteren breit angelegten Übersichtsarbeit die Wirksamkeit der Antidepressiva als Neuroenhancer bei Gesunden untersucht. Sie kommen zum Schluss, dass es keinen konsistenten Nachweis für einen enhancenden Effekt von Antidepressiva gibt. „Bisher gibt es nur wenige Anhaltspunkte

& Heuser, I. (2009): Antidepressants for neuroenhancement in healthy individuals: a systematic review. *Poiesis Prax* 6:139-174.

Quednow, B.B. (2010): Neurophysiologie des Neuro-Enhancements: Möglichkeiten und Grenzen. In: *Sucht-Magazin* 2/2010: 19-26.

für die gängige Meinung, dass Antidepressiva sich bei längerer Einnahme positiv auf die Stimmung gesunder Menschen auswirken können“. Die Autoren weisen weiterhin darauf hin, dass das öffentliche Interesse an Neuroenhancement in einem bemerkenswerten Gegensatz zu den Belegen für die Wirksamkeit der Medikamente steht.

Für Ärzte und Ärztinnen, die an gesunde Menschen Medikamente verschreiben, von denen diese sich Enhancement-Wirkungen versprechen, ergeben sich einige ethische und legale Probleme. Keines der Medikamente, die als Neuroenhancer gehandelt werden, ist von der amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) für diese Indikation zugelassen. Eine Verordnung der Medikamente zum Zweck des Neuroenhancement ist also in jedem Fall eine Off-Label-Verschreibung, die über die von der FDA festgesetzten Indikationsbereiche der Mittel hinausgeht. Larriviere et al. weisen darauf hin, dass es in Ordnung und legal ist, wenn Ärzte und Ärztinnen in den USA Medikamente über ihre enge Zweck-Bestimmung hinaus verordnen, also als Off-Label-Medikament. Sie sollten jedoch ihre Patienten und ihre Patientinnen nachdrücklich auf diesen Sachverhalt aufmerksam machen. Im Gespräch, das dokumentiert werden sollte, sollten sie betonen, dass (1) das Medikament für den Off-Label-Gebrauch nicht zugelassen ist; dass es (2) Nebenwirkungen und Risiken haben kann auch hinsichtlich der erwarteten enhancenden Effekte, die ausbleiben können; dass (3) die Einnahme des Medikaments mit kurz- und langfristigen Risiken verbunden ist; und dass es (4) Alternativen zur Medikamenteneinnahme gibt. Sie sollten weiterhin empfehlen, diese Medikamente nicht zu nehmen.

Bei Off-Label-Verschreibungen steigt für Ärzte und Ärztinnen das Haftpflichtrisiko, das vor allem dann sehr groß ist, wenn statt der erwarteten Wirkungen nur unerwünschte Nebenwirkungen eintreten. Kommt es zu juristischen Auseinandersetzungen, ist es für Ärzte und Ärztinnen besonders misslich, wenn sie ihrer Informationspflicht nicht nachgekommen sind bzw. das nicht hinreichend dokumentiert haben. Ihre Chancen, solche Prozesse zu gewinnen, stehen dann eher schlecht. Das will wohl bedacht sein, wenn man sich als Arzt oder Ärztin auf die Verschreibung von so genannten Neuroenhancern an gesunde Erwachsene einlässt.

HIV – The Lancet Series



Die Zeitschrift The Lancet hat vom 24. Juli bis 14. August 2010 insgesamt 7 Artikel veröffentlicht zum Thema „HIV bei Menschen, die Drogen nehmen“. Zur Einführung in die Serie weisen die Initiatoren, Richard Horton und Pam Das, darauf hin, dass HIV bei Menschen, die illegale Drogen nehmen, für alle Staaten ein Dilemma darstellt, da es sowohl um Kriminalprävention als auch um Gesundheitsförderung geht. Darüber hinaus stellt die HIV- Problematik eine Herausforderung für die Menschenrechte dar.

Verweis

Horton, R. & Das, P. (2010): Rescuing people with HIV who use drugs. In: *The Lancet* 376: 207-208

Degenhardt, L. et al. (2010): Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. In: *The Lancet* 376: 285-301.

Jürgens, R., Csete, J.,

Weltweit betrachtet stellt die HI-Virus-Infektion bei Menschen, die Drogen injizieren, eine erhebliche Belastung dar. Das gilt nicht nur für die Gesundheit der Zielgruppe selbst, sondern auch für diejenigen, mit denen sie zum Beispiel bei Sexualkontakten in enge Berührung kommen. Für das Jahr 2007 geht man davon aus, dass in insgesamt 151 Staaten zwischen 11 und 21 Millionen Menschen Drogen injizieren. Von diesen sind zwischen 0,8 bis 6,6 Millionen Menschen mit dem HI-Virus infiziert. Man geht weiterhin davon aus, dass das Risiko einer HIV-Infektion durch eine kontaminierte Nadel im Mittel bei 1 von 125 Injektionen liegt. Das Risiko wächst, wenn Menschen, die Drogen injizieren, außer der Nadel noch anderes Equipment teilen. Das Risiko der Übertragung der HIV-Infektion durch einen HIV-positiven Partner über Sexualkontakte wird auf 1 zu 2000 bis 5000 sexuelle Akte geschätzt. Das Risiko der Übertragung über Analverkehr ist

Amon, J.J. Baral, S. & Beyrer, C. (2010): People who use drugs, HIV, and human rights. In: The Lancet 376: 475-485.

Beyrer, C. et al. (2010): Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs. In: The Lancet 376: 551-563.

<http://www.thelancet.com>

für Männer jedoch sehr viel höher und liegt bei 0.82%. Diese Risiken sind nicht gleich verteilt; sie häufen sich vielmehr in einer Reihe von Ländern in Asien und Afrika. Menschen, die Drogen injizieren, haben in den west- und mitteleuropäischen Ländern sowie in Australien ein erheblich geringeres Risiko der HIV-Infektion, da sie dort ein relativ gut ausgebautes Angebot zur Schadensminderung und der Behandlung haben.

Als wirksam zur HIV-Prävention haben sich folgende Angebote herausgestellt: barrierefreier Zugang zu sterilen Nadeln, Injektionsspritzen und sonstigem Zubehör für Injektionen sowie barrierefreier Zugang zu Kondomen. In demokratischen Ländern können zusätzliche psychosoziale Angebote die Wirksamkeit der Spritzenvergabe erhöhen. In Staaten mit defekten Demokratien und in Diktaturen schrecken solche Angebote eher ab, da sie sich sehr leicht missbrauchen lassen zum Beispiel bei der Einleitung von Zwangsbehandlungen oder der Verfolgung und harten Bestrafung (einschließlich der Todesstrafe) der Gebraucher und Gebraucherinnen der Substanzen. Wirksam ist weiterhin die Opiat-Substitutions-Behandlungen mit Methadon oder vergleichbaren Substanzen. Für Menschen, die HIV-positiv sind, ist die Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten (ART) lebenserhaltend und lebensverlängernd. Am wirksamsten ist die Kombination dieser Maßnahmen. Modellrechnungen zeigen, dass sich damit das HIV-Risiko von Menschen, die Drogen injizieren, um 50% senken lässt (Degenhardt et. al.). Die Tatsache, dass Millionen von Menschen, die Drogen nehmen, keinen Zugang zu sterilen Nadeln und Injektionsspritzen, zu Opiat-Ersatz-Behandlungen und – wenn sie HIV-positiv sind – zu ART haben, stellt eine eklatante Verletzung der Menschenrechte dar. Die Studie von Jürgens et al. belegt, dass in allen Ländern Menschen, die Drogen nehmen, stigmatisiert und diskriminiert werden. Am schlimmsten ist die Stigmatisierung und Diskriminierung in den 32 Ländern, die die Todesstrafe auch für den Besitz kleiner Mengen an Drogen sowie für dessen Konsum vorsehen und exekutieren. Relativ gut schneiden wiederum die west- und mitteleuropäischen Länder und Australien ab, allerdings ist auch in diesen Ländern der Zugang zu einer ART-Behandlung oft schwierig. Umso wichtiger ist es, die Menschenrechte für Menschen, die Drogen nehmen, zu verteidigen. Beyrer et al. fassen in ihrem Beitrag zusammen, was getan werden muss, um die Lebenslage von Menschen, die Drogen nehmen und von HIV bedroht bzw. bereits HIV-positiv sind, nachhaltig zu verbessern. Dazu gehört die Reform der Rechtssysteme in allen Ländern mit einer weitgehenden Dekriminalisierung der Drogengebraucher und -gebraucherinnen, die zusammengehen muss mit einer Implementierung der wirksamen Angebote zur Schadensminderung wie barrierefreier Zugang zu sterilen Nadeln und Spritzbestecken, zu Opiat-Ersatz-Behandlungen und zur HIV-Behandlung mit ART. Die gesundheitsbezogenen Interventionen nützen der Weltbevölkerung insgesamt, denn sie reduzieren die Gefahr der Entstehung und Ausbreitung immer neuer HI-Virus-Varianten, von denen einige schon heute nicht mehr erfolgreich mit ART behandelt werden können. In vielen Staaten gehört Mut dazu, sich für das Schicksal der Menschen, die Drogen nehmen, einzusetzen, da die Unterstützer oft selbst Gefahr laufen, stigmatisiert und kriminalisiert zu werden.

Frauen und Sucht – Women and addiction

Brady, Back und Greenfield haben ein spannendes Buch zum Thema „Women and addiction: a comprehensive handbook“ herausgebracht.

Verweis

Brady, K. T., Back, S. E. & Greenfield, S. F.

Das Buch von Brady et al. bietet mit 7 Themenbereichen einen breiten Überblick über die Forschungslage zu Frauen und Sucht. Von besonderem Interesse für die Praxis sind die Themenbereiche III: Psychiatrische Komorbidität und IV: Behandlungsergebnisse.

(Hrsg.)(2009): Women and addiction: a comprehensive handbook. New York, Guilford Press

Pettinati, H. M. & Plebani, J. G. (2010): Depression and substance use disorders in women, S. 193-208.

Brady K. T. & Hartwell, K. (2009): Gender, anxiety, and substance use disorder, S. 209-224.

Hien, D. (2010): Trauma, posttraumatic stress disorder, and addiction among women, S. 242-256.

Waldrop, A. E. (2010): Violence and victimization among women with substance use disorders, S. 493-499.

Burkell, L. A. & McMain, S. (2010): Concurrent personality disorders and substance use disorders in women, S. 269-285.

Grella, C. (2010): Treatment seeking and utilization among women with substance use disorders, S. 307-322.

Greenfield, S. F. & Pirard, S. (2010): Gender-specific treatment for women with substance use disorders, S. 289-306.

In den USA liegen heute bemerkenswert viele empirische Daten aus Bevölkerungsumfragen und klinischen Studien vor, die zuverlässige Hinweise geben auf Art und Umfang der psychischen Komorbidität bei Suchtkranken. Die Daten unterstreichen einmal mehr, dass der Anteil der Frauen, die vor dem Beginn der Suchterkrankung bereits unter einer Depression (Pettinati und Plebani) oder einer Angststörung (Brady und Hartwell) leiden, mindestens doppelt so groß ist wie der der Männer. Das spricht dafür, dass Frauen Alkohol und andere Drogen (auch) einsetzen, um ihre Depressionen und Ängste zu unterdrücken. Dazu kommen noch die Frauen, die im Verlauf der Suchterkrankung zusätzlich Depressionen und Ängste entwickeln, von denen einige sehr eng mit der Sucht assoziiert sind, andere generalisieren und auch nach einer erfolgreichen Suchtbehandlung weiter bestehen. Zudem entwickelt sich bei etwa doppelt so vielen Frauen wie Männern, die in ihrem Leben traumatisiert worden sind, eine Posttraumatische Belastungsstörung, insbesondere als Folge von sexuellen Gewalterfahrungen (Hien; Waldrop). Auch in diesen Fällen ist davon auszugehen, dass ein Teil der Betroffenen Alkohol und andere psychoaktive Stoffe zur Selbstmedikation einsetzt. Diese Versuche der Selbstbehandlung sind jedoch nicht erfolgreich, sondern enden mit der Sucht. Burkell und McMain weisen weiterhin darauf hin, dass die Prävalenzraten für Persönlichkeitsstörungen in der Bevölkerung für beide Geschlechter in etwa gleich häufig vorkommen. Die Ergebnisse klinischer Studien aus dem Suchtbereich weichen davon stark ab. In diesen Populationen häufen sich die Diagnosen für Antisoziale Persönlichkeitsstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen; süchtige Frauen werden signifikant häufiger als persönlichkeitsgestört diagnostiziert als süchtige Männer. Der Anteil der Frauen, die in einer Suchtbehandlung sind, und bei denen eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden ist, liegt bei 57%. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Mehrzahl der süchtigen Frauen, die sich im Hilfesystem befindet, noch an mindestens einer, oft auch an zwei oder mehr zusätzlichen psychischen Störungen leidet. Dazu kommen oft noch Probleme in den persönlichen Beziehungen sowie am Arbeitsplatz. Kurz, es häufen sich bei süchtigen Frauen die Risikofaktoren. Alle Autorinnen weisen wiederholt darauf hin, dass es nicht ausreicht, nur die Sucht zu behandeln, sondern dass möglichst zeitgleich auch die anderen psychischen Störungen und Beziehungsprobleme angegangen und therapeutisch bearbeitet werden müssen.

Wie kommen Frauen in eine Suchtbehandlung? Grella hat das für die USA detailliert untersucht. Sehr viele Frauen werden von Institutionen wie dem Jugendamt, der Arbeitsagentur, dem Sozialamt oder anderen staatlichen Institutionen dazu gedrängt, eine Suchtbehandlung anzugehen. Aber auch Menschen aus dem unmittelbaren Lebensumfeld – Eltern, Ehemänner, Kinder, nahe Freunde – spielen eine wichtige Rolle wenn sich Frauen für eine Suchtbehandlung entscheiden. Nicht zuletzt die Angst davor, die Kinder zu verlieren, motiviert Frauen für eine Suchtbehandlung. Manche Probleme hinsichtlich der Aufnahme einer Suchtbehandlung sind allerdings spezifisch für die USA. Typisch dafür ist die Tatsache, dass die Suchtbehandlungen oft zum Teil aus dem eigenen Einkommen bezahlt werden müssen. Süchtige Frauen haben offenbar mehr Schwierigkeiten, diese Kosten aufzubringen, als süchtige Männer. Es liegt wohl auch an den Behandlungskosten, dass vor allem arme Frauen zögern, eine Suchtbehandlung anzutreten.

Greenfield und Pirard kommen nach Durchsicht einer Vielzahl von Studien zum Ergebnis, dass Frauen von guten Behandlungsprogrammen im selben Umfang profitieren wie Männer, gelegentlich sind ihre Erfolgsraten sogar höher als die der Männer. Für Frauen, die keine Kinder haben bzw. sich nicht mehr um diese kümmern müssen, spielt das Behandlungs-Setting eine eher untergeordnete Rolle. Diese Frauen profitieren von einer Behandlung nur mit Frauen und in

Schuler, M., Nair, P. & Black, M. M. (2002): Ongoing maternal drug use, parenting attitudes, and home interventions: effects on mother-child interactions at 18 months. In: *Developmental and Behavioral Pediatrics* 23: 87-94

Frauengruppen ebenso wie von Angeboten für Frauen und Männer. Im Vergleich zu Deutschland ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Organisationen in den USA darauf achten, dass das Geschlechterverhältnis in diesen Gruppen einigermaßen ausgeglichen ist. Frauen sind also keine kleine Minderheit, sondern nehmen in etwa gleicher Zahl wie die Männer an diesen Angeboten teil. Die Ergebnisse fallen anders aus, wenn Mädchen/Frauen schwanger sind oder (kleine) Kinder haben und für deren Versorgung verantwortlich sind. Viele süchtige Frauen in diesen Lebenslagen vermeiden eine Behandlung solange es nur geht. Auf die besonderen Problemlagen und Versorgungsbedürfnisse dieser Populationen haben die Institutionen in den USA reagiert und ihre Angebote so ausdifferenziert, dass sie genau diese Zielgruppen ansprechen. Für Schwangere bieten sie spezifische Dienstleistungen an wie Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, medizinisch-psychosoziale Beratung, Unterstützung in der Auseinandersetzung mit dem Jugendamt und materielle Hilfen für die Erstausrüstung des Babies. Für Mütter mit (kleinen) Kindern bieten ambulante Behandlungseinrichtungen an, die Organisation und die Transportkosten für alle Familienmitglieder zu übernehmen. Zusätzlich werden die Behandlungszeiten so gelegt, dass für die Betreuung der Kinder gesorgt ist. Zum Teil übernimmt das die Schule, zum Teil sorgt die Institution selbst dafür, dass die Kinder während der Gruppensitzungen der Mütter selbst an therapeutisch geleiteten Spielgruppen teilnehmen. Die Ergebnisse einer Reihe von Studien weisen darauf hin, dass Schwangere und Frauen mit (kleinen) Kindern, die so angesprochen werden, bessere Behandlungsergebnisse erzielen als diejenigen, die mit ihren Gesundheits- und Organisationsproblemen allein gelassen werden. Die Ergebnisse verbessern sich weiter, wenn sie in Frauengruppen arbeiten bzw. in Institutionen sind, die nur Frauen aufnehmen. Es gibt allerdings nur sehr wenige dieser Angebote in den USA; die Angaben variieren je nach Bundesstaat zwischen 7% und 50%.

Schwangere und Frauen mit (kleinen) Kindern, die keine Chancen haben, an therapeutischen (frauenspezifischen) Behandlungsprogrammen teilzunehmen, können auch von sozialarbeiterisch ausgerichteten Hilfeangeboten profitieren. Am besten bewährt haben sich bislang Angebote mit Case Management in Kombination mit regelmäßigen Hausbesuchen, die Säuglings- und Kinderschwwestern zusammen mit Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen durchführen.

Es gibt also unterschiedliche Wege, wie man die Behandlungschancen von süchtigen Schwangeren und Frauen mit (kleinen) Kindern verbessern kann. Jeder Ansatz lohnt sich, geht es doch immer sowohl um die Frauen als auch um ihre Kinder.

Impressum

Herausgeberin:

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V., Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 71 37 67 77, Fax: (0 69) 71 37 67 78, E-Mail: hls@hls-online.org

Redaktion:

Prof. Dr. Irmgard Vogt,
Institut für Suchtforschung (ISFF), Fachbereich 4, Fachhochschule Frankfurt am Main,
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 1533 3152, Fax: (0 69) 1533 3153, E-Mail: vogt@fb4.fh-frankfurt.de