

Inhalt

- „Trendwende“ bei der ADHS-Behandlung?!
- Amphetamine und Methamphetamine:
Konsummotive, Konsumformen und
Konsumentengruppen
- Behandlung der Anorexia Nervosa -
Magersucht

„Trendwende“ bei der ADHS-Behandlung?!

Vor kurzem schwärmte der Blätterwald von einer Trendwende bei der medikamentösen ADHS-Behandlung. Ein nüchterner Blick auf die Daten lässt daran zweifeln.

Verweis

Döpfner, M. & Banaschewski, T. (2013): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. 7. Aufl. Göttingen 2013, S. 271–290.

Krause, I., Krause, K.-H. (2014): ADHS im Erwachsenenalter. Symptome – Differenzialdiagnose – Therapie. 4. Aufl. Stuttgart.

Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V., (2007): ADHS bei Kindern und Jugendlichen. <http://www.agadhs.de/uploads/Leitlinie2009.pdf>.

Wilens, T.E. & Morrison, N.R. (2011): The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Curr. Opin. Psychiatry*, 24, 280–285.

Correll, CU., Sheridan, E. & DelBello, MP. (2010): Antipsychotic and mood stabilizer efficacy and tolerability in pediatric and adult patients with bipolar I mania: a comparative analysis of acute, randomized, placebo-controlled trials. *Bipolar Disorders*, 12(2), 116–141.

Das Zappelphilipp-Syndrom, bei dem es sich korrekt diagnostiziert in 81% der Fälle um die „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (ICD F90.0) oder in 17% der Fälle um die „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (ICD F90.1) handelt – 2 % der Fälle verteilen sich auf Diagnosen die ICD-Ziffern F90.2–F90.9 –, wird in Deutschland vor allem bei Kindern ab dem 1. oder 2. Lebensjahr und bis zum 24. Lebensjahr diagnostiziert. Neuerdings werden auch bei Erwachsenen, die älter als 24 Jahre sind, zunehmend häufiger entsprechende Diagnosen gestellt. Im Jahr 2011 haben rund 757.000 Personen eine Diagnose aus diesem Störungsspektrum erhalten. Zwei Drittel der Betroffenen sind männlich, ein Drittel weiblich. Der überwiegende Teil dieser Diagnosen betrifft Kinder und Jugendliche zwischen 1 und 19 Jahren (80 % aller Diagnosen), besonders viele Diagnosen erhalten Jungen und Mädchen im Alter von 9 bis 11 Jahren (BARMER GEK, S. 144f), Jungen allerdings 3 Mal häufiger als Mädchen.

Die ideale Behandlung von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen ist multimodal orientiert. Sie bezieht nicht nur die diagnostizierte Person mit ihren Verhaltensauffälligkeiten ein, sondern auch ihr familiäres und soziales Umfeld. Anhand dieser Grundlagen wäre dann der auf den jeweiligen Fall bezogene Behandlungsplan zu erstellen. Die von der BARMER GEK (S. 200) veröffentlichten Daten weisen aus, dass von den dort im Jahr 2011 versicherten 60 Tausend Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 19 Jahren mit einer gesicherten ICD F90 Diagnose nur 9,5 % Kontakt mit einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten hatten. Dagegen erhielten 47 % der Diagnostizierten eine medikamentöse Therapie.

In der Praxis hat sich also nicht die multimodale Behandlung durchgesetzt sondern die medikamentöse. Als Standardbehandlung gilt die Verordnung eines Amphetaminderivats (Methylphenidat) oder eines Wirkstoffs aus der Gruppe der selektiven Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer (Atomoxetin). Methylphenidat (bekannte Markennamen: Ritalin, Concerta, Medikinet) fällt unter das Betäubungsmittelgesetz und muss entsprechend den Richtlinien der Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung vom Arzt rezeptiert werden. Als Psychostimulanz hat Methylphenidat Suchtpotential, das nach allgemeiner Auffassung beim Einsatz zur Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen oder von Hyperaktivität im Kindes- und Jugendalter nicht zum Tragen kommt. Atomoxetin (bekannter Markenname: Strattera) hat kein Suchtpotential und ist daher mit einfachem Rezept zu verordnen. Im Regelfall treten bei Medikamenten beider Wirkgruppen nur leichte Nebenwirkungen wie Appetitminderung, Bauchschmerzen und vielleicht Kopfschmerzen zum Behandlungsbeginn auf. Da die Nebenwirkungen zudem dosisabhängig sind, können sie schnell korrigiert werden. „Ziel einer bedarfsangepassten medikamentösen Therapie ist, dass den Patienten eine gute Eigensteuerung ermöglicht wird, sie ihre Interaktion mit der Umgebung günstig gestalten, die ihnen möglichen Leistungen erbringen und sich im gesamten Tagesablauf positiv erleben können“ (AG ADHS, 2007). Langzeitstudien belegen, dass diese Ziele von der Mehrheit der Behandelten erreicht werden.

Allerdings zeigen neuere Langzeit-Studien, dass Kinder und Jugendliche mit einer ADHS-Diagnose und einer medikamentösen Behandlung mit Methylphenidat in der Jugend weniger anfällig für den Konsum von Suchtmitteln zu sein scheinen, dass dieser Schutz allerdings im Übergang zum Erwachsenenalter endet. Dann steigt das Risiko für eine Abhängigkeit von Nikotin und anderen Drogen signifikant an. Diese Studienergebnisse sind beunruhigend; sie müssen weiter untersucht und noch genauer erforscht werden.

Die Sachlage ist also komplex, insbesondere weil in Deutschland die Diagnose-rate für ADHS von 2006 bis 2011 um 49 % zugenommen hat, wobei der stärkste Anstieg von 34% auf die Altersgruppe 9-11 Jahre entfällt (BARMER GEK, S. 145). Diese Veränderungen werden begleitet von entsprechenden Veränderungen der Verordnungshäufigkeiten, die in diesem Zeitraum um 39 % angestiegen sind. Wiederum ist die Altersgruppe von 10 bis 14 Jahren am stärksten betroffen; in dieser findet man eine Steigerungsrate von 33 %. Offenbar gibt es immer mehr Kinder und Jugendliche, die als unaufmerksam, unruhig, unangepasst gelten und die man meint, entsprechend medikamentös behandeln zu müssen. Das ist insofern erstaunlich, weil sich doch in diesen wenigen Jahren wenig am Alltags-leben in Deutschland verändert hat. Die Daten sprechen aber dafür, dass sich sehr wohl etwas daran geändert hat, wie Erwachsene Kinder und Jugendliche sehen und erleben, und was erstere für „normal“ halten.

Angesichts dieser Trends und der Studienergebnisse über langfristige Risiken der medikamentösen Behandlung von ADHS ist es erfreulich, wenn die Techniker-Krankenkasse meldet, dass es in den meisten Bundesländern einen Rückgang bei den Verschreibungen der ADHS-Medikamente gibt, und wenn das Bundesinsti-tut für Arzneimittelsicherheit darauf hinweist, dass der Verbrauch an Methyl-phenidat zwischen 2012 und 2013 um 36 Kilogramm (von 1839 kg auf 1803 kg) zurückgegangen ist. Das klingt gut und so, als habe man mit den ADHS-Diagnosen im Kindes- und Jugendalter den Höhepunkt überschritten. Angesichts der Tatsache, dass in den USA die Diagnosen für die bipolaren Spektrums-Störun-gen bei Kindern steil ansteigen, die zudem noch überdurchschnittlich oft mit ADHS verschwistert sind, fragt man sich allerdings, ob man mit diesen neuen di-agnostischen Trends, die mit entsprechenden medikamentösen Behandlungen einhergehen, am Ende gar vom Regen in die Traufe kommt.

Amphetamine und Methamphetamine: Konsummotive, Konsumformen und Konsu-mentengruppen

Zumindest in den nahe der Grenze zur Tschechischen Republik gelegenen Bun-desländern steigt der Konsum von Amphetamin-Typ-Stimulantien (ATS) seit eini-ger Zeit an. In der ambulanten Suchthilfe in Sachsen ist Crystal inzwischen die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Eine aktuelle Studie des ZIS skiz-ziert unterschiedliche Konsumentengruppen.

Verweis

Der nichtmedikamentöse Konsum von Amphetaminen hat in Deutschland eine lange Tradition. Seit ein paar Jahren mehren sich die Berichte über steigende Konsumentenzahlen, die vor allem mit kristallinem Methamphetamin („Crystal“) in Verbindung gebracht werden. In den bundesweiten epidemiologischen Stu-dien des Instituts für Therapieforschung (IFT) und der Bundeszentrale für gesund-heitliche Aufklärung (BZgA) ist ein solcher Anstieg bislang nicht zu erkennen. Der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) zufolge hat sich die Zahl der Delikte im Zusammenhang mit Amphetaminen und Methamphetaminen zwischen 2003 (16.681 Delikte) und 2012 (38.706 Delikte) mehr als verdoppelt, während im

Bundeskriminalamt (2013): Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2012 (mit Tabellenanhang). Online unter www.bka.de

gleichen Zeitraum die Deliktzahlen für Heroin, Kokain, Cannabis und Ecstasy – zum Teil sehr deutlich – zurückgegangen sind. Auch die Zahl der bei der Polizei registrierten erstaufrälligen Konsumenten von (Meth-)Amphetaminen und die Sicherstellungsmengen und -fälle haben sich mehr als verdoppelt (erstaufrällige Konsumenten 2003: 6.588, 2012: 13.728, Sicherstellungsmengen 2003: 484 kg, 2012: 1.195,8 kg), wobei über 90 % der Sicherstellungsfälle auf die Bundesländer Sachsen, Bayern und Thüringen entfallen (Bundeskriminalamt, 2013). Erst seit kurzen wird in den Polizeidaten zwischen Amphetaminen, Methamphetaminen und kristallinem Methamphetamin („Crystal“) unterschieden, und den bisher für 2013 vorliegenden Zahlen nach gehen die weiter ansteigenden Zahlen im (Meth-)Amphetaminbereich vor allem auf Crystal zurück.

Steppan, M. et al. (2013): Suchthilfe in Deutschland 2012. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT. Online unter suchthilfestatistik.de

In der deutschen Suchthilfestatistik hat sich die Zahl der Klientinnen und Klienten in ambulanten Einrichtungen mit einer F15-Hauptdiagnose (Stimulantien) seit 2007 mehr als verdoppelt und lag 2012 mit 4,6 % (in absoluten Zahlen rund 7.800) hinter Alkohol, Opioiden und Cannabis und deutlich vor Kokain auf dem 4. Platz. In stationären Einrichtungen entfielen 2012 3,7 % aller Behandlungen auf F15-Hauptdiagnosen (im Vergleich zu etwa 73 % Alkohol-Diagnosen, 7 % Opioid-Diagnosen und 6,3 % Cannabis-Diagnosen) (Steppan et al., 2013). Ein ganz anderes Bild zeigt sich hingegen, wenn man einzelne Bundesländer betrachtet. In Hessen lag die Fallzahl für Stimulantien und Halluzinogene (F15 und F16) in der ambulanten Suchthilfe im Jahr 2012 zusammengekommen bei etwa 3 % oder rund 540 Fällen (Hessische Landesstelle für Suchtfragen 2013). In den ambulanten Suchtberatungsstellen in Sachsen hingegen stieg der Anteil der F15-Diagnosen von 5,4 % im Jahr 2007 auf 17,7 % im Jahr 2012. Damit belegen Stimulantien bei den illegalen Drogen den ersten Platz, gefolgt von Cannabis und Opioiden. 95 % der F15-Diagnosen entfallen dabei auf kristallines Methamphetamin („Crystal“). Für 2013 wird die Zahl der Klientinnen und Klienten mit einer Crystal-Hauptdiagnose in Sachsen mit mehr als 4.000 angegeben, wobei der Frauenanteil mit 34 % recht hoch ist. Der Zuwachs an Crystal-Fällen zeigt sich auch in den sächsischen Justizvollzugsanstalten (Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren 2014).

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.) 2013: Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen. Online unter www.hls-online.org

Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (2014): Sucht 2013. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen. Online unter www.slsev.de

Im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums hat das Institut für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg eine Studie zu Konsumformen und unterschiedlichen Konsumentengruppen von Amphetamin-Typ-Stimulantien (ATS) durchgeführt. Über unterschiedliche Zugänge (Suchthilfeeinrichtungen, Festivals, Präventionsprojekte, Selbsthilfegruppe, Internetforen und soziale Netzwerke) konnten knapp 400 aktuelle ATS-Konsumentinnen und -Konsumenten rekrutiert werden, bei denen quantitative und qualitative Daten zur Person und zum Konsum erhoben wurden. Dabei ging es nicht um epidemiologische Fragen, sondern um Konsummotive, Konsumformen und Präventionsmöglichkeiten.

Milin, S. et al. (2014): Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS). Online unter drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/ATS-Bericht_final.pdf

Anhand der unterschiedlichen Daten versuchten die Autoren, in der internationalen Literatur gebräuchliche Subtypen von Amphetamin- bzw. Metamphetaminkonsumenten nachzubilden. Unterschieden wird in der Studie zwischen ausschließlich freizeitbezogenem Konsum („moderater Konsum“), Konsum beim Sex zwischen Männern, besonders riskanten Konsumformen, Konsumentinnen und Konsumenten mit psychischer Komorbidität und/oder Traumaerfahrung, Konsum im schulischen oder Ausbildungskontext, Konsum im beruflichen Kontext, Konsum im Zusammenhang mit (pathologischem) Glücksspiel und zwischen Konsumierenden mit Kindern.

Zwischen der Gruppe, die ausschließlich Amphetamin („Speed“) konsumiert und der anderen Gruppe, die Methamphetamin („Crystal“) bzw. beide Substanzgruppen konsumiert, zeigten sich signifikante Unterschiede. Ausschließliche Amphetaminkonsumenten sind jünger, wurden seltener in therapeutischen Einrichtungen angetroffen und haben einen höheren Bildungsabschluss. Während Amphetamine fast ausschließlich nasal oder oral eingenommen werden, sind beim Methamphetamin auch inhalative und i.v.-Konsumformen weit verbreitet. Extrem lange Wachzeiten zeigen sich viel häufiger bei Methamphetaminen. Amphetamine sind primär mit Raves, Parties und anderen Formen des Ausgehens assoziiert, während Methamphetamine auch häufig zu Hause, in der Schule, der Ausbildung und Arbeit, beim Sex und bei anderen Anlässen konsumiert werden. Konsumenten und Konsumentinnen von Methamphetaminen berichten häufiger von psychischen Problemen, während negative frühere Entwicklungsbedingungen und frühe Traumatisierungen in beiden Gruppen oft genannt werden. Zu Präventionsprojekten mit Bezug zum Konsum von Amphetamin und Methamphetaminen liegen derzeit keine evidenzbasierten Erkenntnisse vor. Die Vorschläge der ZIS-Studie für die einzelnen Subgruppen sollten deshalb zunächst in Modellprojekten und weiteren Studien erprobt werden.

Behandlung von Anorexia Nervosa – Magersucht

Anorexia Nervosa ist eine schwere psychische Erkrankung, die bei einem hohen Prozentsatz der Erkrankten zum Tode führt. Wir berichten über die Ergebnisse einer multizentrischen, randomisierten, kontrollierten Studie mit Patientinnen mit einer Diagnose für Anorexia Nervosa, die in Deutschland durchgeführt worden ist.

Verweis

Zipfel, S. et al. (2013): Focal psychodynamic therapy, cognitive behavior therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP-study): randomized controlled trial. The Lancet, 14, 2013
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61746-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61746-8)

An Anorexia Nervosa – Magersucht sterben 20 % der Erkrankten. Nach Zipfel handelt es sich damit um die gefährlichste aller psychischen Erkrankungen, die leider auch schwer zu behandeln ist. Bislang ist es nicht gelungen, Medikamente zu finden oder zu entwickeln, mit denen die Krankheit wirksam behandelt werden kann (Treasure et al., 2010). Die internationalen Behandlungs-Leitlinien empfehlen daher die Anwendung von psychotherapeutischen Verfahren. Die Heidelberger Studiengruppe unter der Leitung von Zipfel und anderen hat im Rahmen von ambulanten Settings an 10 Standorten zwei psychotherapeutische Verfahren im Vergleich zu einer optimierten Version der üblichen Behandlung auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Aufgenommen in die Studie wurden 242 Frauen, die mindestens 18 Jahre alt waren, eine einschlägige Diagnose hatten und einen Body-Mass-Index (BMI) von 15-18,5 kg/m². Nicht aufgenommen wurden Frauen mit Missbrauch von psychoaktiven Substanzen, mit einer bipolaren Störung, Schizophrenie oder anderen schweren Erkrankungen.

Treasure, J., Claudino, A. M. & Zucker, N. (2010): Eating disorders. The Lancet, 375(13), 583-593.

Die Zuordnung zu den Behandlungsgruppen erfolgte nach Zufall. Bei den psychotherapeutischen Verfahren, die in der Studie auf ihre Wirksamkeit geprüft worden sind, handelt es sich um die fokale psychodynamische Therapie und um die Kognitive Verhaltenstherapie. Für beide Verfahren wurden Manuale entwickelt. Alle Studienteilnehmerinnen haben mindestens an 5 Sitzungen teilgenommen, in denen ein ausführliches Assessment stattgefunden hat. Teilnehmerinnen in den Psychotherapiegruppen erhielten in 10 Monaten 40 Einzelsitzungen. Teilnehmerinnen in der Kontrollgruppe wurden in etwa demselben Umfang von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandelt und zudem intensiv von ihren Hausärzten betreut. Das Körpergewicht war die wichtigste Messung der Wirksamkeit der Behandlung. Es wurde am Anfang gemes-

Friederich, H-J. et al. (2014): Anorexia nervosa. Fokale psychodynamische Psychotherapie. Göttingen, Hogrefe.

sen, 4 Monate nach Beginn der Behandlung, am Ende der Behandlung, 3 Monate und 12 Monate nach Behandlungsende. Die Abbruchrate liegt bei 26 %. Die statistischen Datenanalysen berücksichtigen alle 242 Frauen, die in die Studie aufgenommen worden sind (Intention-to-treat-Verfahren). Hinsichtlich der Variablen Körpergewicht zeigt sich, dass die Patientinnen in allen drei Gruppen über alle Messpunkte hinweg an Gewicht zugenommen haben. In der Gruppe, die mit Kognitiver Verhaltenstherapie behandelt worden ist, ist die Gewichtszunahme am schnellsten, in den anderen beiden Gruppen etwas langsamer. Dennoch sind die Differenzen zwischen den Gruppen gering und – mit einer Ausnahme – statistisch nicht relevant. 12 Monate nach Behandlungsende haben die Frauen in allen drei Gruppen im Durchschnitt 3,8 kg Gewicht zugelegt. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass sich Anorexia Nervosa erfolgreich behandeln lässt, wobei es offenbar weniger darauf ankommt, mit welchen Methoden die Intervention stattfindet, und wohl mehr auf das gesamte Setting. Mit Bezug auf süchtige Frauen, die zudem magersüchtig sind, heißt das, dass eine erfolgreiche Behandlung der Magersucht nur von gut geschulten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und in enger Zusammenarbeit mit Suchtberaterinnen und Suchtberatern geleistet werden kann. Ein entsprechendes Angebot gehört heute allerdings nicht zum Standard ambulanter Suchtberatungsstellen. Hier liegt Handlungsbedarf vor.

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 Frankfurt (ISFF),
Fachhochschule Frankfurt am Main, Nibelungenplatz 3, 60318 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 94413495, E-Mail: vogt@fb4.fh-frankfurt.de
Prof. Dr. Martin Schmid,
Hochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwissenschaften,
Konrad-Zuse-Str. 1, 56075 Koblenz,
Tel: (0261) 9528254, E-Mail: martin.schmid@hs-koblenz.de