

PDAG
Psychiatrische Dienste
Aargau AG

Verschreibung von Methylphenidat bei Erwachsenen Aktueller Stand der Forschung und Epidemiologie

PD Dr. med. Monika Ridinger
CÄ ZSPD Psychiatrische Dienste Aargau

PDAG
Psychiatrische Dienste
Aargau AG

Beobachter

Höhenflug des Ritalins

Die an Schweizer Ärzte und Apotheker gelieferte Menge Methylphenidat ist von 2000 bis 2014 um 810 Prozent gestiegen. (Anforderung der Datenabteilung 2015)

Die 2014 gelieferte Menge entspricht der täglichen Ration von rund 100 000 Ritalin-Tabletten à 10 mg Methylphenidat.

Wer schluckt Ritalin?

Schweden zählt zu den besten Abnehmern von Präparaten, die Methylphenidat enthalten. Die Schweiz liegt im oberen Mittelfeld. So viele Dosen pro 100 000 Einwohner wurden 2013 täglich konsumiert.

*Werte von Vergleichsländern umschriebener Wert

21. August 2015

PDAG
Psychiatrische Dienste
Aargau AG

Inhalt

- **Methylphenidat**
Medikament ? Droge ? Drogensatzmittel ?
- ADHS und Methylphenidat
- ADHS + Abhängigkeit
- Methylphenidat – Missbrauch / - Drogensatz?
- Zusammenfassung und Ausblick

PDAG
Psychiatrische Dienste
Aargau AG

Prävalenz ADHS

- Prävalenz Kindesalter: ca. **5%** (Polanczyk et al., 2014)
- Persistenz: (Barkley, 1997; Wilens, 2006)
 - 80% bei Adoleszenten, 60% bei Erwachsenen
- Prävalenz Erwachsene:
 - Weltweit ca. **2.5%** (Simon et al., 2009)
 - Schweiz **4.0%** (Estévez et al., 2014; Rekruten; N=5650)
 - Deutschland 3.1% (Fayyad et al., 2007) 4.7% (DeZwaan et al., 2011)
 - USA 4% (Kessler et al., 2006)
 - Niederlande 1.0-2.5% (Kooij et al., 2005)
 - **Im Alter abnehmend: >55 Jahre 1-2.8%** (Torgersen et al., 2016)
- **80% komorbide Störungen** (Wilens et al., 2002; Edel et al., 2003; Biederman et al., 2004; Fallgatter et al., 2009)
 - **Achse-I-Störungen + ADHS: 46%** (National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) (Kessler et al., 2005; 2006)

PDAG
Psychiatrische Dienste
Aargau AG

Prävalenzen ADHS → Abhängigkeiten

- Repräsentativerhebungen in USA (Kessler et al., 2006)
 - Substanzabhängigkeit ohne ADHS **5.6%**
 - **Substanzabhängigkeit mit ADHS 15.2%**
- Risiko bei ADHS an Sucht zu erkranken
 - Alkoholabhängigkeit, ca. **3fach** erhöht
 - Drogenabhängigkeit, ca. **8fach** erhöht
 - Tabakabhängigkeit, ca. **9fach** erhöht (N=1071; 16.4 Jahre) (Groenman et al., 2013)

PDAG
Psychiatrische Dienste
Aargau AG

Schweizer Rekruten

Enfermed. Psychiatr. 2016 Jun;25(3):255-66. doi: 10.1017/S2045796015000360. Epub 2015 May 20.

Adult attention-deficit/hyperactivity disorder and its association with substance use and substance use disorders in young men.

Estévez N¹, Daly M¹, Eich-Hoefer D², Foster S³, Gonal G³, Mohler-Kubo M¹

Author information

Abstract

BACKGROUND: Functional and mental health impairments that adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) experience may be exacerbated by regular substance use and co-morbidity with substance use disorders (SUD). This may be especially true during young adulthood, which represents a critical stage of life associated with increased substance use and associated problems. However, previous studies investigating the association between ADHD and substance use and SUD have demonstrated inconsistent results, probably due to methodological limitations (e.g., small and non-representative samples). Thus, the relationship of ADHD with substance use and related disorders remains unclear. The aim of the present study was to examine the association between ADHD and both the use of licit and illicit substances and the presence of SUD in a large, representative sample of young men.

METHOD: The sample included 5277 Swiss young men (mean age 20 ± 1.23 years) who participated in the Cohort Study on Substance Use Risk Factors (C-SURF). ADHD was assessed using the adult ADHD Self-Report Screener (ASRS). The association between ADHD and substance use and SUD was assessed for alcohol, nicotine, cannabis and other illicit drugs, while controlling for socio-demographic variables and co-morbid psychiatric disorders (i.e., major depression (MD) and anti-social personality disorder (ASPD)).

RESULTS: Men with ADHD were more likely to report having used nicotine, cannabis and other illicit drugs at some time in their life, but not alcohol. ADHD was positively associated with early initiation of alcohol, nicotine and cannabis use, the risky use of these substances, and the presence of alcohol use disorders, and nicotine and cannabis dependence. Additionally, our analyses revealed that these patterns are also highly associated with ASPD. After adjusting for this disorder, the association between ADHD and licit and illicit substance use and the presence of SUDs was reduced, but remained significant.

CONCLUSIONS: Our findings suggest that adult ADHD is significantly associated with a propensity to experiment with licit and illicit substances, especially at earlier ages, to exhibit risky substance use patterns, and to subsequently develop SUDs. Preventive strategies that include early intervention and addressing co-morbidity with ASPD may be crucial to reducing substance use and the development of pathological substance use patterns in young men affected by ADHD and, thus, helping to prevent further illness burden later in life.

Substance use in Young Swiss men N=5677



Substanzen	ADHS -	ADHS +
Alcohol		*p<.05; **p<.00
Risky use	46.2%	57.1%*
Dependence	38.8%	59.2%**
Nicotine		
Risky use	20.5%	33.3%**
Cannabis		
Risky use	9.0%	21.1%**
Dependence	8.1%	23.5%**

Estévez et al., 2016

Drug Alcohol Depend. 2014 Jan 1;134:158-66. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.09.026. Epub 2013 Oct 5.

Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria.

van de Glind G¹, Konstenius M², Koeter MW³, van Emmerik-van Oortmerssen K⁴, Carpenter P⁵, Kaye S⁶, Depgenhart L⁷, Skulle A⁸, Franck J⁹, Bu ET¹⁰, Moggi F¹⁰, Dom G¹⁰, Verspreet S¹⁰, Demetrovics Z¹¹, Kapitány-Fóvényi M¹², Falséas M¹³, Auriacombe M¹³, Schillinger A¹⁴, Meller M¹⁴, Johnson B¹⁵, Faraone SV¹⁶, Ramos-Quiroga JA¹⁶, Casas M¹⁶, Allison S¹⁷, Garnuthers S¹⁷, Schoevers RA¹⁸, Walhed S¹⁹, Barta C²⁰, Allemen P²¹, Levin FR²², van den Brink W¹; IASP Research Group.

Collaborators (14)
Author information

Abstract
BACKGROUND: Available studies vary in their estimated prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in substance use disorder (SUD) patients, ranging from 2.35-39%. A better understanding of the possible reasons for this variability and the effect of the change from DSM-IV to DSM-5 is needed.
METHODS: A two stage international multi-center, cross-sectional study in 10 countries, among 3558 inpatient and outpatient addiction treatment centers for alcohol and/or drug use disorder patients. A total of 3558 treatment seeking SUD patients were screened for adult ADHD. A subsample of 1276 subjects, both screen positive and screen negative patients, participated in a structured diagnostic interview.
RESULTS: Prevalence of DSM-IV and DSM-5 adult ADHD varied for DSM-IV from 5.4% (CI 95%: 2.4-8.3) for Hungary to 31.3% (CI 95%:25.2-37.5) for Norway and for DSM-5 from 7.6% (CI 95%: 4.1-11.1) for Hungary to 32.6% (CI 95%: 26.4-38.8) for Norway. Using the same assessment procedures in all countries and centers resulted in substantial reduction of the variability in the prevalence of adult ADHD reported in previous studies among SUD patients (2-83%–5.4-31.3%). The remaining variability was partly explained by primary substance of abuse and by country (Nordic versus non-Nordic countries). Prevalence estimates for DSM-5 were slightly higher than for DSM-IV.
CONCLUSIONS: Given the generally high prevalence of adult ADHD, all treatment seeking SUD patients should be screened and, after a confirmed diagnosis, treated for ADHD since the literature indicates poor prognoses of SUD in treatment seeking SUD patients with ADHD.

ADHS-Prävalenzen Ländervergleich / DSM-IV → DSM-5



Table 2
Prevalence of childhood (retrospective) and adult (current) ADHD and ADHD-NOS according to DSM-IV criteria and to DSM-5 criteria

	France (n = 157)	Hungary (n = 226)	Netherlands (n = 129)	Norway (n = 220)	Spain (n = 222)	Sweden (n = 188)	Switzerland (n = 134)	Range (N = 1276)
Childhood ADHD DSM-IV %	21.3	12.9	15.0	41.0	10.6	27.7	15.1	10.6-41.0
(CI 95%)	(14.9-27.7)	(8.6-17.3)	(8.9-21.2)	(34.5-47.5)	(6.5-14.6)	(20.9-34.5)	(9.4-20.8)	
Childhood ADHD DSM-5	23.2	12.9	15.0	42.3	13.0	29.1	15.6	12.9-42.3
Age of onset <12% (CI 95%)	(16.6-29.8)	(8.6-17.3)	(8.9-21.2)	(35.7-48.8)	(8.5-17.4)	(22.2-36.0)	(9.8-21.3)	
Adult ADHD DSM-IV %	11.2	5.4	10.1	31.3	9.2	19.7	8.1	5.4-31.3
(CI 95%) ^a	(6.3-16.2)	(2.4-8.3)	(4.9-15.3)	(25.2-37.5)	(5.4-13.0)	(13.7-25.7)	(2.3-9.9)	
Adult ADHD DSM-5 ^b	16.2	7.6	11.8	32.6	10.6	22.4	9.7	7.6-32.6
Age of onset <12 and 4 symptoms 50% (CI 95%)	(10.5-22.0)	(4.1-11.1)	(6.2-17.3)	(26.4-38.8)	(6.6-14.7)	(16.1-28.7)	(3.5-12.0)	
Adult ADHD DSM-IV ADHD-NOS ^b	16.9	8.9	12.3	34.5	10.6	22.4	8.2	8.2-34.5
Childhood age of onset <12 and 4 symptoms 49% (CI 95%)	(11.0-22.7)	(5.2-12.7)	(6.7-18.0)	(28.2-40.7)	(6.6-14.7)	(16.1-28.7)	(3.9-12.5)	

^a Prerequisite: Diagnosed Childhood ADHD based on CAADD retrospective diagnosis; DSM-IV criteria for Childhood ADHD.
^b Prerequisite: Diagnosed Childhood ADHD based on CAADD retrospective diagnosis; DSM-5: adjusted age of onset <12 criterion for childhood.

ADHS-Prävalenz bei Abhängigen



Prevalence of ADHD (DSM-IV).

	Inpatients alcohol (n=339 ^a , weighted data)		Inpatients drugs (n=109 ^a , weighted data)	
	Childhood DSM-IV Prevalence	Adult ADHD DSM-IV Prevalence	Childhood DSM-IV Prevalence	Adult ADHD DSM-IV Prevalence
Hungary (109 ^a)	12%	7-18	5%	02-10
Norway (24 ^a)	43%	23-64	27%	08-44
Norway (52 ^a)			57%	42-71
Switzerland (146 ^a)	15%	09-21	15%	02-10
-All countries ^c	15%	12-20	6%	4-10
-Without Nordic ^d	13%	10-17	5%	3-8
-Only Nordic	43%	23-64	22%	8-44
Observed range				
-All countries	12-43%	5-22%	-All countries	16-57%
-Without Nordic	12-15%	5.1-5.4%	-All countries	5-52%
-Only Nordic	n.a. ^d	n.a. ^d		
Effect country ^e				
-All countries Wald(2); (p)	16.67 (<.001)	8.00 (.018)	-All countries Wald(1); (p)	10.58 (.001)
-Without Nordic Wald(1); (p)	.024 (.878)	.585 (.444)		
-Only Nordic	n.a. ^d	n.a. ^d		

Inpatients alcohol (n=339) and inpatients drugs (n=109), weighted data.
^a Presented in the non-weighted n.

Utah-Kriterien des ADHS im Erwachsenenalter



Tab. 1: Die Utah-Kriterien der ADHS im Erwachsenenalter [nach 18]

Aufmerksamkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> Unvermögen, Gesprächen aufmerksam zu folgen Echte Ablenkbarkeit Vergesslichkeit
Motorische Hyperaktivität - innere Unruhe	<ul style="list-style-type: none"> Unfähigkeit, sich zu entspannen Unfähigkeit, längere sitzende Tätigkeiten durchzuführen Dysphorie bei Inaktivität
Affektlabilität	<ul style="list-style-type: none"> Rasche Stimmungswechsel Kurz dauernde Veräglichkeitszustände, oft nur von einigen Stunden Dauer
Desorganisiertes Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> Unzureichende Planung und Organisation von Aktivitäten Aufgaben werden aufgeschoben oder nicht zu Ende gebracht
Affektkontrolle	<ul style="list-style-type: none"> Vermehrte Reizbarkeit, auch aus geringem Anlass Verminderte Frustrationstoleranz und kurze Wutausbrüche
Impulsivität	<ul style="list-style-type: none"> Unterbrechen anderer im Gespräch Ungehduld Vorschnelle Entscheidungen Spontane Einkäufe Handlungsimpulse können nicht unterdrückt werden
Emotionale Überreagibilität	<ul style="list-style-type: none"> Unfähigkeit, adäquat mit alltäglichen Stressoren umzugehen Gefühl der Reizüberflutung

Beeinträchtigung der Affektregulation

Erhöhte emotionale Labilität

Stressintoleranz

(Retz et al., 2014)

- ### Leitlinien für die Diagnostik ADHS im Erwachsenenalter
- 
- Symptome müssen ab der Kindheit vorhanden sein, ggf. **retrospektive Beurteilung**
 - Achse-I Diagnostik nach ICD-10/DSM-5 (cave: Entzugssymptome)
 - Aktuelle Symptome und Symptomverlauf (Schule, Beruf, Sozialkontakte, etc.)
 - Testpsychologie, Fragebögen (WURS, CAARS, ADHS-SB, -DC, Exekutivfunktionen, etc.)
 - Fremdanamnese, wenn möglich
 - Erfassung von weiteren psychischen Störungen**
 - Somatische Störungen, die die Symptomatik beeinflussen können, z.B. Schilddrüsenerkrankungen, Anfallsleiden, Schädel-Hirn-Trauma
 - Medikamente (z.B. Kortikosteroide, Sympathomimetika, Schilddrüsenhormone)
- (Leitlinie: Ebert et al., 2003; Kooij et al., 2010)

Stimulanzientherapie bei ADHS im Erwachsenenalter

PDAG
Psychiatrische Dienste
Aargau AG

- Bei ADHS im Erwachsenenalter klare Empfehlung
 - Metaanalysen (19 Studien seit 1979): **Stimulanzien > Placebo/non-Stimulanzien bei ADHS** (Faraone et al., 2010; Retz et al., 2011)
- Bei ADHS plus Abhängigkeit kontroverse Befunde
 - Übersichtsarbeiten (13 Studien): **Besserung der ADHS-Symptome; keine signifik. Effekte auf Konsum oder Haltequote** (Cunill et al., 2015; Wilens et al., 2012)
- Abwägung
 - Abhängigkeitspotenzial (Clemow et al., 2014)
 - Compliance / Haltequote
 - Gefahren von Intoxikationen / Wechselwirkungen

→ **Konsens: Individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung** (Perez de los Cobos et al., 2014)

Stimulanzieneinsatz bei ADHS im Erwachsenenalter

PDAG
Psychiatrische Dienste
Aargau AG

Medikament		Wirkung: Beginn – tmax – Ende	Erwachsene / Sonstiges	Dosis / Lim
Ritalin Tabl 10mg	Methylphenidat	15Min – 2h – 4h	Nein / Narkolepsie	Max. 60mg
Ritalin LA Kaps 10,20,30mg	Methylphenidat	30Min – 2h/6h – 8h	Nein / Narkolepsie	Max. 60mg
Ritalin SR Ret Tabl 20mg	Methylphenidat	1h – 3h – 8h	Nein / Narkolepsie	Max. 60mg
Concerta Tabl 18,27,36,54mg	OROS-MPH	30Min – 2h/7h – 12h	Ja, -65 Jahre	Max. 72mg / *
Focalin XR Ret Kps 5,10,15,20mg	Dexmethylphenidat	15Min – 1.5h/5.5h – 12h	Ja	Max. 20mg / *
Elvanse	Lisdex-amphetamin	30Min – 3.5h – 12h	Ja, -55 Jahre	Max. 70mg / **

Therapeutische Ansätze

PDAG
Psychiatrische Dienste
Aargau AG

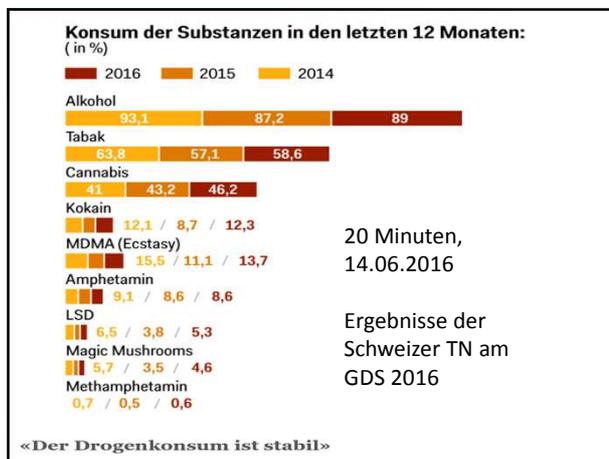
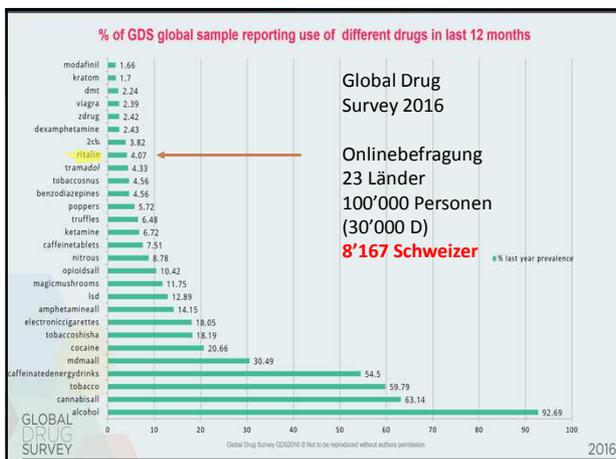
- Psychoedukation** (Vidal et al., 2013)
- Zielsymptome, falls vorhanden
 - Training der Impulsinhibition**, cave: infolge Medikation wird lediglich die FÄHIGKEIT verbessert, → Erhöhung der Aufmerksamkeitsspanne (Philipsen et al., 2014)
 - Spannungsregulation**, z.B. durch skills-training (Solanto et al., 2010; Emilsson et al., 2011, Saïren et al., 2010)
 - Aufschieben von belohnungsass. Verhalten**, Rückfallprävention, achtsamkeitsbasierte Verfahren (Mitchell et al., 2013)
 - Integration therapeutischer Verfahren zur Behandlung weiterer komorbider Störungen
- Neurofeedbackmethoden** → Gehirnaktivitäten in Echtzeit (z.B. FMRI, EEG) zur Verbesserung der **Selbststeuerung** (Mayer et al., 2015)

Methylphenidat als Medikament versus MPH zur Leistungssteigerung

PDAG
Psychiatrische Dienste
Aargau AG

Verbesserung folgender Funktionen

- Gedächtnisleistungen**
 - Langzeit-Konsolidierung ++, Kurzzeit + (Repantis et al., 2010; Metaanalyse)
 - Verbales Lernen ++, visuelles Lernen ± (Linssen et al., 2014; Review)
- Impulskontrolle +**, Signalverarbeitung + (Ilieva et al., 2015)
- Aufmerksamkeit ±** (Repantis et al., 2010)
- Motivation (+), Emotionalität (+)** (Volkow et al., 2014; zu wenig Datenmaterial)



Methylphenidat-Missbrauch



Studie	Land	Epidemiologie Methode	Missbrauch von MPH	Weitere Charakteristika
Gahr et al., 2014 Psych Res	Deutschland	1993-2012; N=1190 (adv.ev.)	2%	29J., M:78%, Dosis: 111 ± 127mg
Maier et al., 2013 PLoS One	Schweiz	Stud. N=6275;	4.1%	NE: EtOH 5.6%, Sedativa 2.7%, THC 2.5%, β -Blocker 1.2%, AMP 0.4%
Peles et al., 2015 J Sub Abuse Treat	Tel Aviv Las Vegas	Methadon, N=496	LV: 0 TA: 14.7%	Risikofaktoren: Schule -, Benzo/Kokain +, ADHS +

Nonmedical Stimulant Use in College Students: Association With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Other Disorders

Timothy Wilens, MD; Courtney Zulauf, BA; MaryKate Martelon, MPH; Nicholas R. Morrison, MS; Andrew Simon, MS; Nicholas W. Carrellas, BA; Amy Yule, MD; and Rayce Anselmo, PsyD

J Clin Psychiatry 2016; 77(7):940-947
10.4088/JCP.14m09959



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

spectra

Gesundheitsförderung und Prävention

16.02.2015

Ritalin-Missbrauch und Neuroenhancement sind wenig verbreitet

Ritalin/Leistungssteigernde Arzneimittel. In der Schweiz entspricht der therapeutische Umgang mit methylphenidathaltigen Arzneimitteln wie Ritalin weitgehend den medizinischen Empfehlungen. Auch was den Missbrauch verschreibungspflichtiger Arzneimittel zur geistigen oder körperlichen Leistungssteigerung (Neuroenhancement) angeht, besteht derzeit wenig Grund zu einer strengeren Regulierung. Dies zeigt ein Bericht, den das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Auftrag des Bundesrats erstellt hat.



Substance Abuse and Rehabilitation

Dovepress

REVIEW

Clinical potential of methylphenidate in the treatment of cocaine addiction: a review of the current evidence

This article was published in the following Dove Press journal:
Substance Abuse and Rehabilitation
17 June 2015
Number of times this article has been viewed

Kenneth M Dürsteler^{1,2}
Eva-Maria Berger¹
Johannes Strasser¹
Carlo Caffux¹
Jochen Mutschler²
Marcus Herdener²
Marc Vogel¹

¹Center for Addictive Disorders, Psychiatric University Clinics Basel, Basel, Switzerland; ²Center for Addictive Disorders, Department of Psychiatric, Psychotherapy and Psychosomatics, Psychiatric Hospital, University of Zurich, Zurich, Switzerland

Background: Cocaine use continues to be a public health problem, yet there is no proven effective pharmacotherapy for cocaine dependence. A promising approach to treating cocaine dependence may be stimulant replacement therapy, which is already used effectively in the treatment of opioid and tobacco dependence. The replacement approach for cocaine dependence posits that administration of a long-acting stimulant medication should normalize the neurochemical and behavioral perturbations resulting from chronic cocaine use. One potential medication to be substituted for cocaine is methylphenidate (MPH), as this stimulant possesses pharmacobehavioral properties similar to those of cocaine.

Aims: To provide a qualitative review addressing the rationale for the use of MPH as a cocaine substitute and its clinical potential in the treatment of cocaine dependence.

Methods: We searched MEDLINE for clinical studies using MPH in patients with cocaine abuse/dependence and screened the bibliographies of the articles found for pertinent literature.

Results: MPH, like cocaine, increases synaptic dopamine by inhibiting dopamine reuptake. The discriminative properties, reinforcing potential, and subjective effects of MPH and cocaine are almost identical and, importantly, MPH has been found to substitute for cocaine in animals and human volunteers under laboratory conditions. When taken orally in therapeutic doses, its abuse liability, however, appears low, which is especially true for extended-release MPH preparations. Though there are promising data in the literature, mostly from case reports and open-label studies, the results of randomized controlled trials have been disappointing so far and do not corroborate the use of MPH as a substitute for cocaine dependence in patients without attention deficit hyperactivity disorder.

Conclusions: Clinical studies evaluating MPH substitution for cocaine dependence have provided inconsistent findings. However, the negative findings may be explained by specific study characteristics, among them dosing, duration of treatment, or sample size. This needs to be considered when discussing the potential of MPH as a replacement therapy for cocaine dependence. Finally, based on the results, we suggest possible directions for future research.

Keywords: stimulant replacement, dependence, substitution.

Zusammenfassung und Ausblick



- Ritalin(Methylphenidat)verschreibungen haben in den letzten Jahren **zugenommen**
- **Methylphenidat** ist das Medikament der **ersten Wahl** für die Behandlung von **ADHS**
- Diagnose und Behandlung von **ADHS im Erwachsenenalter** hat zugenommen
- **ADHS ist häufig mit Sucht kombiniert**
 - Bei Komorbidität muss eine sorgfältige **Risiko-Nutzen-Abwägung** hinsichtlich MPH erfolgen
 - Behandlungen verlaufen **individuell** und „**integriert**“
- Methylphenidat**missbrauch** und „**Neuroenhancement**“ sind von **untergeordneter Bedeutung**
- Methylphenidat ausserhalb der Indikation ADHS wird kontrovers beurteilt; **Drogensatztherapie** allenfalls bei Kokain- bzw. Opioidabhängigen mit **ADHS**



Verschreibung von Methylphenidat bei Erwachsenen Suchtpatienten

PD Dr. med. Monika Ridinger
CÄ ZSPB Psychiatrische Dienste Aargau



Zugänge zum Beratungs- / Therapiekontext

- ADHS-Symptomatik «Eintritt» in Beratungs- und Therapiekontext
- Besteht noch keine Sucht: **präventive Massnahmen**
 - Psychoedukation
 - verantwortungsvoller Umgang mit Suchtmitteln
 - Modellwirkung
 - Pharmakotherapie und Psychotherapie der ADHS-Symptomatik
- Bei **schädlichem Konsum**
 - Kontrolle des Konsums anstreben, Abstinenzzeiten besprechen
 - Konsequente Behandlung der ADHS-Symptomatik (Risiko zur «Selbstmedikation» reduzieren)
- Bei **Abhängigkeitssyndrom**
 - **Abhängigkeit UND ADHS (unabhängig und wechselseitig)**
 - Entzugsbehandlung, Entwöhnungsbehandlung
 - Konsequente Behandlung der ADHS-Symptomatik (Verbesserung der Suchtprognose), parallel/integriert Suchtbehandlung

Eingeschränkte Pharmakotherapie ADHS im Erwachsenenalter I



- **Methylphenidat (1. Wahl)**
- Zugelassen: **Focalin® Ret.** (Dexmethylphenidat): 50% Freisetzung nach 4 Std., bis 7 Std. weitere verzögerte Freisetzung; häufig Mehrfachgaben erforderlich (Setyawan et al., 2013)
- Wirkung abhängig von Substanz: Tabak + Amphetamine: Craving, Substanzkonsum, Rückfallquoten ↓ (Konstenius et al., 2014; Berlin et al., 2012; Dürsteler et al., 2015)
- **Concerta® (OROS-form MPH) wissenschaftlich Empfehlung bei ADHS plus Sucht** (Katzman et al., 2014)
- Ritalin® nicht zugelassen
- **Lisdexamphetamin (1b. Wahl)**
- Zugelassen: **Elvanse®**, Prodrug. (Castells et al., 2011; Cochrane-Analyse), USA Zulassung: Binge-Eating (Citrome, 2015)

Pharmakotherapie ADHS im Erwachsenenalter II



- **Atomoxetin (2. Wahl)**
- Zugelassen: **Strattera®**:
 - Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmung, Blockade von NMDA-Rezeptoren → Ca-Ionenkanäle → Neuroplastizität → Synaptische Verschaltungen ↑ → Lernen und Gedächtnis
 - Abbau Cytochrom P450 2D6 mit genetisch determinierten langsamen Varianten (7%) beachten; **cave: Kombination mit SSRI**
 - Kombination mit Stimulanzien im Kindesalter in schweren Fällen bewährt, im Erwachsenenalter keine Bestätigung (Treuer et al., 2013)
- **Cave: Kombination mit Alkohol**

Pharmakologischer „Newcomer“



- **Guanfacin (Intuniv®)**
- USA: Seit 2009 bei Kindern und Erwachsenen und in Komb. mit Stimulanzien zugelassen
- Deutschland: Seit 01/2016 bei Kindern/Jugendl. zugelassen
- Selektiver Alpha2A-adrenerger Rezeptoragonist
- Modulation postsynapt. NA-Übertragung
- Modulation synapt. Neuroplastizität, insbes. PFC → Verbesserung Impulsivität, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Stimmung (Martinez-Raga et al., 2015)
- Dosis: 1 – 7 mg, tmax: 5h, t1/2: 18h
- NW: Müdigkeit, Kopfschmerzen, Benommenheit bis Synkopen, RR-Senkung
- **Effektstärke: 0.76; Wirkeintritt nach ca. 3 Wo**
- Sucht im Tiermodell untersucht:
 - Positive Effekte auf **Exekutivfunktionen** (Terry et al., 2014)
 - Über glutamaterge Wirkung Stressregulation → dem Naltrexon vergleichbare **Reduktion des Alkoholverlangens** (Fredriksson et al., 2015)

Fallvignette 1



- Patient A.B., 34 Jahre alt, Polytoxikomanie
- Substitution mit Methadon 120mg/die, früher Heroin i.v.
- Aktuell dominiert Konsum von Alkohol (Bier und Wein täglich), Kokain (sniefen, 2 x pro Woche ca. 1g), Cannabis regelmässig ca. 5 x pro Woche 3-5 Joints
- ADHS wurde als Kind diagnostiziert, hat Ritalin eingenommen bis ca. 18 Jahre
- Sozialanamnese: Arbeitslos, Gelegenheitsarbeit, Zimmer bei der Mutter, keine Tagesstruktur
- Pat. erscheint in Praxis, wünscht eine erneute Einstellung auf Methylphenidat
- Wie gehen Sie vor? Was entscheiden Sie?

Fallvignette 2



- Patientin M.K., 29 Jahre alt, Heroinabhängigkeit, Kokainabhängigkeit, schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen
- Patientin erscheint in der Praxis mit Kinderwunsch
- ADHS Verdachtsdiagnose
- Pat. hat schon zahlreiche Entzugsbehandlung hinter sich. Stets erneut konsumiert, insbes. Kokain. Substitutionsbehandlungen stehe sie kritisch gegenüber
- Habe von Methylphenidat erfahren. Fragt sich, ob dieses ihren „Hunger nach Kokain“ dämpfen kann.
- Wie gehen Sie vor? Was entscheiden Sie?