

ment ging er sogar noch etwas stärker zurück (auf 16,5 Punkte). Der Unterschied von 1,1 Punkten war aber nicht statistisch signifikant. Dagegen schnitten Patienten mit Methylphenidat nach drei Monaten signifikant besser ab (um etwa 2 Punkte) als solche mit Placebo.

Kombinationstherapie auch bei Erwachsenen am besten

Nach einem Jahr Therapie hatten sich die Unterschiede zwischen den Gruppen weiter verstärkt. Am schlechtesten schnitten die Patienten mit klinischem Management und Placebo ab, etwas stärker zurückgegangen waren die Symptome bei Psychotherapie und Placebo, die besten Therapieeffekte zeigten allerdings die beiden Gruppen mit Methylphenidat, wobei es praktisch keinen Un-

terschied machte, ob die Patienten eine Gruppenpsychotherapie oder nur klinisches Management bekommen hatten. Beim klinischen Gesamteindruck schnitten jedoch die Patienten am besten ab, die eine Psychotherapie zusammen mit Methylphenidat erhalten hatten. Selbst die Gruppe mit Psychotherapie und Placebo machte tendenziell noch einen etwas besseren Eindruck als die Gruppe mit Methylphenidat und klinischem Management. Am geeignetsten erscheint also auch bei Erwachsenen die multimodale Therapie mit Psychotherapie und Stimulanzien.

Die Psychotherapie wird vor allem empfohlen, um die sekundären psychosozialen Folgen von ADHS abzumildern, weniger gegen die Kernsymptomatik, erläuterte Philipsen. Das spiegelt

sich auch im Ergebnis der Untersuchung COMPAS wider. Eine gute Evidenz gebe es vor allem für die kognitive Verhaltenstherapie. *Thomas Müller*

ADHS (Prof. Alexandra Philipsen). Psychiatrie Update, Mainz, 24.3.2017

1. Bachmann CJ et al. ADHS in Deutschland: Trends in Diagnose und medikamentöser Therapie. Dtsch Arztebl Int 2017; 114 (9): 141–8
2. Philipsen A et al. Effects of Group Psychotherapy, Individual Counseling, Methylphenidate, and Placebo in the Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2015; 72 (12): 1199–10

*COMPAS: Comparison of Methylphenidate and Psychotherapy in Adult ADHD Study

„Trinkfestigkeit“ als Risikofaktor für Alkoholismus wird epigenetisch beeinflusst

Zur Therapie bei Alkoholismus wirkt neben der pharmakologischen Rückfallprophylaxe auch eine Verhaltenstherapie. Selten ist der Erfolg vollständig, doch schon eine Reduktion der Trinkmenge ist von Nutzen.

Bei vielen pharmakologisch Substanzen, etwa Blutdrucksenkern, Antidepressiva oder Neuroleptika gibt es Entzugssymptome. Dennoch handelt es sich hierbei nicht um eine Sucht, denn es kommt zu keinem suchtartigen Verlangen nach diesen Substanzen, wenngleich Absetzsymptome beachtet werden sollten. Zur Sucht gehören mindestens zwei von drei zusätzlichen Symptomen wie

- Toleranzentwicklung,
- Kontrollminderung im Umgang mit der Substanz und
- individuelle Schädigung,

erklärte Professor Andreas Heinz von der Berliner Charite.

Entscheidend für das Abhängigkeitspotenzial einer Sucht ist aber vielmehr ein suchtartiges Verlangen, das von der Schnelligkeit und dem Ausmaß der Dopaminfreisetzung im Striatum abhängt. Bei der Alkoholsucht als klassisches Beispiel zeigte sich, dass eine geringe Neigung zu akuter Intoxikation bei Überdo-

sierung, auch als „Trinkfestigkeit“ bekannt, ein Risikofaktor ist, der durch epigenetische Steuerung eines Alkoholmetabolisierungsgens (ALDH1A2) beeinflusst wird. Zu etwa 50 % sind dabei also Umweltfaktoren beteiligt, wie etwa ein Alkoholismus bei Adoptiveltern.

Die bekannten pharmakologischen Optionen Acamprosat und Naltrexon nach einem qualifizierten Entzug nutzen nach Aussage von Heinz auch dann, wenn damit keine Abstinenz, sondern nur eine reduzierte Trinkmenge erzielt wird – wofür sich Naltrexon oder das ebenso geeignete Nalmefen anbieten. Letzteres ist jedoch ohne IQWiG-Zusatznutzen. Wirksam in Bezug auf die erzielten Rückfallraten nach einem Jahr ist allerdings auch ein Verhaltenstraining, das darin besteht, alkoholbezogene Bilder im Vergleich zu neutralen selektiv wegzuschieben [1]. Diese Operation scheint nach Untersuchungen mit funktioneller Kernspintomografie mit

einer Aktivierung des medialen präfrontalen Kortex und des Nucleus accumbens verbunden zu sein, also Hirnregionen, die zum Rückfall beitragen [2].

Opiat-Substitution: besser mit Buprenorphin beginnen

Zur Substitution bei Opiat-Abhängigkeit werden in Deutschland sowohl Methadon als auch Buprenorphin eingesetzt. Die Wahl von Methadon als Mittel der ersten Wahl in Richtlinien und Empfehlungen basiert vor allem auf Kostengründen. Eine aktuelle Metaanalyse zeigt nun jedoch, dass zumindest in den ersten vier Wochen der Substitution die Mortalität unter Buprenorphin deutlich geringer war als unter Methadon (Buprenorphin 526 Personenjahre, 0 Todesfälle, Methadon 568 Personenjahre, 4 Todesfälle) [3]. Nach Ablauf dieses Zeitraums zeigten sich allerdings keine signifikanten Unterschiede mehr. Speziell bei einem hohen kurzfristigen Sterberisiko sollte also Buprenorphin der Vorzug gegeben werden, obwohl hierunter höhere Drop-out-Raten beobachtet wurden. *Dr. Andreas Häckel*

Abhängigkeit und Sucht (Prof. Andreas Heinz). Psychiatrie Update, Mainz, 25.3.2017

1. Garbusow M et al., Addict Biol 2015 (Epub ahead of print)
2. Wiers CE et al., Neuropsychopharmacology 2014; 39:688-697
3. Kimber J et al., Lancet Psychiatry 2015; 10:901-908