ADHS bei Erwachsenen : häufig - gut therapierbar - oft verkannt

Autor(en): **Beck, Thilo / Falcato, Luis**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **35 (2009)**

Heft 6

PDF erstellt am: **28.03.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800648

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

ADHS bei Erwachsenen: häufig – gut therapierbar – oft verkannt

ADHS ist eine bei Personen mit Substanzstörungen überproportional häufig auftretende Erkrankung mit massgeblichem Einfluss auf Form und Verlauf der Substanz- und weiterer psychischer Störungen. Mit einem multimodalen Therapie-Ansatz unter Kombination psychotherapeutischer mit psychopharmakologischen Interventionen ist ADHS gut und effektiv zu behandeln. Es sollte routinemässig das Vorliegen einer komorbiden ADHS gesucht bzw. bestätigt oder ausgeschlossen werden. Dies zeigen auch eigene Untersuchungen der ARUD Zürich.

Thilo Beck
FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt, ARUD Zürich, Konradstrasse 32, CH-8005 Zürich, Tel. +41(0)44 446 50 10,
t.beck@arud-zh.ch, www.arud-zh.ch, www.gain-zh.ch, www.dbb-zh.ch

Luis Falcato
lic. phil., Leiter Evaluation und Forschung, ARUD Zürich, l.falcato@arud-zh.ch

Epidemiologie

Die Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Störung ADHS tritt bei Kindern weltweit mit einer Häufigkeit von 8 bis 12% auf.[1] Bei Erwachsenen wird ADHS im internationalen Durchschnitt bei 3,7% der Allgemeinbevölkerung festgestellt und variiert in den einzelnen Ländern zwischen Werten von 1,2 bis 7,3%.[2] ADHS ist eine definitionsgemäss in der Kindheit beginnende Störung, die bei einem Teil der Betroffenen aber erst im Erwachsenenalter erkannt wird. Im Kindesalter wird ADHS häufiger bei Knaben diagnostiziert, bei Erwachsenen ist das Geschlechterverhältnis hingegen ausgeglichen.[3] Dies könnte einerseits durch ein geringeres altersbedingtes Abklingen der Störung beim weiblichen Geschlecht erklärt werden. Andererseits werden von ADHS betroffene Knaben möglicherweise häufiger diagnostiziert, da sie wegen des vermehrten Auftretens von Störungen des Sozialverhaltens im sozialen und schulischen Umfeld eher auffallen und einer Abklärung zugeführt werden.

Klinik, Diagnostik

ADHS ist eine klinische Diagnose, die in Zusammenarbeit mit den Betroffenen, und wenn möglich unter Beizug fremdanamnestischer Angaben, gemäss Kriterien der diagnostischen Manuale DSM-IV oder ICD-10 gestellt wird. Dabei sollte die sich äusserst vielfältig und individuell verschieden präsentierende Symptomatik und die Lebensbewältigung von der Kindheit bis in die Gegenwart berücksichtigt und die Diagnose schliesslich aus diesen Informationen abgeleitet werden. Es gibt keinen diagnostischen ADHS-Test, die Benutzung von Rating-Skalen als Hilfsmittel zur Abklärung und zur Verlaufskontrolle ist aber sinnvoll. Bei Erwachsenen ist für die Diagnose einer ADHS das Bestehen von relevanten Beeinträchtigungen und Defiziten in verschiedenen Bereichen der Lebensführung im Längs- und Querschnitt zu bestätigen. Eine ADHS macht sich psychopathologisch in den Bereichen Unaufmerksamkeit, Impulsivität, Hyperaktivität, affektive Dysregulation und Desorganisation bemerkbar. Das amerikanische Diagnostik-Manual DSM-IV unterteilt ADHS in drei Subtypen, den hyperaktiven-impulsiven (HI), den unaufmerksamen (I) und den kombinierten Typ. Das internationale Manual der WHO ICD 10 kennt keine derartige Unterscheidung. Beiden Klassifikationssystemen gemeinsam ist die Bedingung, dass die Symptomatik bereits im frühen Kindesalter bestanden hat. Dieses Kriterium wird in Fachkreisen kritisch diskutiert mit der Forderung, das erstmalige Auftreten von Symptomen bis in die Jugend zuzulassen.[4] Ein weiterer Kritikpunkt ist eine fehlende Berücksichtigung des sich im Erwachsenenalter verändernden klinischen Bildes von ADHS, indem der vor allem im Kindesalter ausgeprägte und sich im Erwachsenenalter zurückbildende hyperkinetische Anteil[5] überbetont und die im Verlauf zunehmende Beeinträchtigung von Exekutivfunktionen[6] vernachlässigt werde.[7]

Komorbidität

ADHS bei Erwachsenen tritt häufig zusammen mit weiteren psychischen und körperlichen Störungen auf. Persönlichkeitsstörungen sind mit einer Häufigkeit von bis zu 60% festzustellen, vor allem vom dissozialen, vom borderline und vom zwanghaften Typ. Unter weiteren psychischen Störungen sind Angst- (bis 25%), Affekt- (bis 35%) und Substanzstörungen (bis 50%) am häufigsten mit ADHS assoziiert.[8] Das Vorhandensein einer Störung des Sozialverhaltens im Kindesalter, die vor allem beim I-Typ des ADHS auftritt, sagt mit starker Wahrscheinlichkeit die Entwicklung weiterer psychischer Störungen und einen schwereren Verlauf der ADHS voraus.

Differentielle Diagnostik

Zur Abgrenzung von anderen psychischen Störungen ist zunächst die Symptomatik im Verlauf zu beachten. Während ADHS spätestens in der Adoleszenz auftritt und im weiteren Verlauf ein typischerweise kontinuierliches und anhaltendes Auftreten von Symptomen mit sich bringt, zeigen andere psychische Störungen meist einen phasischen Verlauf mit späterem Beginn. Probleme

verursacht die oft überlappende Symptomatik mit schweren depressiven Störungen (psychomotorische Auffälligkeit, Störung des Konzentrationsvermögens), bipolaren Störungen (psychomotorische Erregung, Logorrhoe,[9] Ablenkbarkeit) und generalisierten Angststörungen (Unruhe, Konzentrationsstörungen). Barkley hat ausgehend von seiner Theorie der beeinträchtigten Exekutivfunktionen zur Erklärung von ADHS sechs Leitsymptome identifiziert, die bei Erwachsenen mit 85 prozentiger Sicherheit die Unterscheidung einer ADHS von anderen psychischen Störungen ermöglichen.[10] Dabei handelt es sich um 1) impulsive Entscheidungsfindung, 2) Schwierigkeit, Aktivitäten oder Verhalten zu beenden wenn erforderlich, 3) Einstieg in Projekte oder Aufgaben ohne sorgfältiges Beachten schriftlicher oder mündlicher Anweisungen, 4) unvollständige Ausführung von Vorhaben, 5) Schwierigkeiten, Aufgaben in der vorgesehenen Reihenfolge auszuführen, 6) Autofahren mit überhöhter Geschwindigkeit.

Verlauf, Auswirkungen

In Fachkreisen ist mittlerweile unbestritten, dass ADHS sich nur bei einem Teil der Betroffenen vollständig zurückbildet. In Beobachtungsstudien konnte gezeigt werden, dass es sich bei ADHS um eine chronische Störung handelt, die häufig bis ins Erwachsenenalter vorhanden bleibt.[11] Hierbei wurde der Verlauf bis in das junge Erwachsenenalter (22 bis 25 Jahre) verfolgt, zur weiteren Entwicklung in ein höheres Lebensalter gibt es noch keine Untersuchungen. Der Anteil der Störungen mit voller, die diagnostischen Kriterien erfüllender Ausbildung geht im Längsschnitt zwar zurück, bis zu 70% der als Kinder von ADHS betroffenen Erwachsenen zeigen aber weiterhin mindestens ein Drittel der für die Diagnose erforderlichen Symptome und sind in ihrer Lebensführung dadurch massgeblich beeinträchtigt.[12] Erwachsene mit ADHS-Diagnose zeigen im Vergleich mit Gesunden eine Beeinträchtigung der schulischen/beruflichen Entwicklung, eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit, erhöhtes Risiko für Unfälle und Missachtung von Regeln des Strassenverkehrs, sexuelles Risikoverhalten, Probleme bei der sozialen Beziehungsgestaltung und ein deutlich erhöhtes Auftreten von Substanzstörungen.[13]

Behandlung von ADHS

Bei Erwachsenen, die unter relevanten ADHS-bedingten Beeinträchtigungen leiden, ist eine Therapie sinnvoll und angezeigt. Die mit ADHS einhergehenden Beeinträchtigungen und ihre Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit und die berufliche und die soziale Integration können unter Behandlung massgeblich vermindert werden. Der grösste Teil der Betroffenen befindet sich jedoch trotz dieser Erkenntnis nicht in Behandlung. So beläuft sich gemäss einer amerikanischen Bevölkerungsbefragung der Anteil der Behandelten unter ADHS-Betroffenen auf nur 11%.[14] Zur Behandlung wird die Kombination pharmakotherapeutischer mit psychotherapeutischen bzw. psychosozialen Interventionen empfohlen.[15] Im Rahmen dieses multimodalen Konzepts kommen vor allem kognitiv-behaviorale Therapieansätze zur Anwendung, pharmakotherapeutisch sind, wie bei Kindern, auch bei Erwachsenen Stimulantien, vor allem in retardierter (langwirkender) Form, Mittel der ersten Wahl. Stimulantien zeigen in der Behandlung der ADHS eine im Vergleich zur psychopharmakologischen Behandlung anderer psychischer Störungen ausgezeichnete Wirksamkeit (Effektstärke 0,9 bis 1,3)[16] und eine hohe Ansprechrate von 75%.[17] In der Schweiz wird in erster Linie Methylphenidat (Ritalin®, Concerta®) angewendet. Bei Erwachsenen ist Methylphenidat im Gegensatz zur Anwendung bei Kindern nur im off label use[18] zu verschreiben, bis auf das retardierte Präparat Concerta®, das aber trotz der kürzlich erfolgten Zulassung[19] für die Anwendung bei Erwachsenen in der Schweiz weiterhin nicht kassenpflichtig ist. Die Wirkung von Methylphenidat ist dosisabhängig, so wie auch unerwünschte Wirkungen (Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzrasen, Bluthochdruck) bei höheren Dosierungen zunehmen. Ein Teil der PatientInnen leidet bereits im Zusammenhang mit der ADHS-Symptomatik unter Schlafstörungen und spricht häufig sehr gut auf die Behandlung mit Methylphenidat an. Häufig wird in diesen Fällen ein Teil der Dosis auf die Nacht eingenommen. Vor allem in der Behandlung von PatientInnen mit Abhängigkeitsstörungen hat sich die Anwendung retardierter Formulierungen in Tablettenform (Concerta®) bewährt.[20] Das Suchtpotential wird im Vergleich zu nicht retardierten Formulierungen durch die langsamere Anflutung und den konstanten Wirkspiegel als (noch) geringer eingeschätzt, wie auch die Möglichkeit einer missbräuchlichen Einnahme durch Schnupfen oder Spritzen deutlich eingeschränkt ist. Die Pharmakotherapie einer ADHS mit Methylphenidat ist zur nachhaltigen Gewährleistung der erwünschten psychosozialen Stabilisierung als eine längerfristige Behandlung zu verstehen, wobei zur Überprüfung der Indikation Absetzversuche in regelmässigen (jährlichen) Abständen angezeigt sind. Als Alternative zu Methylphenidat stehen Atomoxetin, Bupropion oder weitere über das Noradrenalin-Transmittersystem wirkende Antidepressiva zur Verfügung, wobei Stimulantien grössere therapeutische Effekte zeigen.[21] Zusätzlich auftretende psychische Störungen müssen parallel zur ADHS behandelt werden. Entgegen der weit verbreiteten Meinung bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass eine Stimulantienbehandlung der ADHS das Risiko für die Entwicklung einer Substanzstörung erhöht.

ADHS und Substanzstörungen

Die hohe Komorbidität von Substanzstörungen und ADHS wurde in verschiedenen Studien festgestellt. Einschränkend muss erwähnt werden, dass es sich dabei zum grössten Teil um retrospektive Untersuchungen von Personen in Behandlung, und nicht um allgemeine Bevölkerungs-Erhebungen mit prospektivem Charakter handelt. Bei einem relativ grossen Anteil von Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS sind Substanzstörungen zu finden, und bei vielen Personen mit Substanzstörung kann ein ADHS festgestellt werden:

- Bei Erwachsenen mit ADHS wurde bei 17 bis 45% ein problematischer Alkoholkonsum und bei 9 bis 30% ein problematischer Konsum illegaler Substanzen festgestellt. Bei Jugendlichen mit ADHS werden teilweise noch höhere Prävalenzraten von Substanzstörungen bis 63% beschrieben. Bei Personen mit ADHS wurde eine Störung des Sozialverhaltens im Kindesalter als massgeblicher Risikofaktor für die Entwicklung einer Substanzstörung identifiziert.
- In Untersuchungen von jugendlichen und erwachsenen Personen mit Substanzstörungen zeigen sich Prävalenzraten von ADHS von 22 bis 34%.

Es wird von einer gemeinsamen genetischen Prädisposition für ADHS und Substanzstörungen ausgegangen. Das Bestehen weiterer psychischer Störungen stellt einen unabhängigen Risikofaktor für die Entwicklung einer Substanzstörung bei Personen mit ADHS dar, so wie auch früher Tabakkonsum als Risikofaktor für die Entwicklung weiterer Substanzstörungen gilt. ADHS-Betroffene zeigen ein grosses Risiko für einen frühen Einstieg in den Tabakkonsum mit einer schlechteren Ausstiegsrate und einer grösseren Wahrscheinlichkeit, den Konsum bis in das Erwachsenenalter weiterzuführen. Auch andere psychotrope Substanzen werden von Personen mit ADHS früher, exzessiver und langfristig problematischer konsumiert.[22] Ob bezüglich der Wahl der Substanzklasse tatsächlich – wie oft vermutet – ein bevorzugter Konsum von Stimulantien (Kokain, Amphetamin, Nikotin) besteht, ist auf Grund der ungenügenden Datenlage nicht abschliessend zu beantworten.[23] Der Einsatz von Stimulantien zur Behandlung von Personen mit ADHS und komorbiden Substanzstörungen ist entgegen

zunehmender Evidenz immer noch umstritten, da eine Triggerung (Auslösen) von Substanzstörungen befürchtet wird. So wird in vielen Leitlinien und Konsensuspapieren bei Personen mit ADHS und Substanzstörungen grundsätzlich vom Einsatz von Stimulantien abgeraten, oder die Anwendung erst nach einer gewissen Karenzfrist nach erfolgtem Entzug empfohlen. Die Datenlage unterstützt diese Befürchtungen nicht.[24] In verschiedenen Studien konnte unter Stimulantienbehandlung von ADHS-Betroffenen mit komorbider Substanzstörung kein unmittelbarer negativer Effekt auf den Substanzkonsum festgestellt werden, ein Trigger- oder Gateway-Effekt[25] konnte auch in mehreren Langzeit-Beobachtungsstudien nicht festgestellt werden.[26] Bei regelrechter, kontrollierter pharmakotherapeutischer Anwendung von Methylphenidat (orale Verabreichung, sorgfältige und schrittweise Dosiseinstellung) ist zudem von einem geringen Missbrauchspotential auszugehen. Die Stimulantien-Behandlung von Personen mit ADHS und Substanzstörung scheint also in einem klinischen Setting, in dem beide Störungen adäquat behandelt werden können, sinnvoll und vertretbar.

Erfahrung in den Polikliniken der ARUD Zürich

Die Kliniken der ARUD

Die Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen ARUD Zürich betreibt im Raum Zürich vier Polikliniken für Suchtmedizin. Die Polikliniken Zokl1 und Zokl2 in Zürich werden mit dem Schwerpunkt substitutionsgestützte Behandlung für opioidabhängige Personen geführt. Die Poliklinik DBB in Horgen bietet sowohl substitutionsgestützte Behandlungen als auch Abklärung, Beratung und Behandlung von Personen mit einem problematischen Konsum anderer legaler und illegaler psychotroper Substanzen an. In der Poliklinik GAIN, ebenfalls in Zürich, werden Behandlungen mit Schwerpunkt Kokain, Cannabis, Alkohol und Designerdrogen durchgeführt.
In allen Fällen handelt es sich um einen integrierten, multidisziplinären Behandlungsansatz mit suchtmedizinischem Basisangebot und bedarfs- und bedürfnisgerecht verfügbaren psychiatrisch/psychotherapeutischen, infektiologisch/hausärztlichen und sozialarbeiterischen Angeboten.

Vor der Therapie

PatientInnen melden sich in unseren vier Polikliniken vorwiegend selbst zur Behandlung an (Selbstzuweisung). Die Zuweisung erfolgt in der Regel wegen eines problematischen Substanzkonsums und den damit verbundenen Beschwerden und Beeinträchtigungen. Das Vorliegen einer ADHS ist bei Behandlungsbeginn oft nicht bekannt und wird erst in der Folge der Behandlung durch die TherapeutInnen festgestellt. Dazu muss der ursprüngliche Behandlungsauftrag revidiert und eine zusätzliche Abklärung durchgeführt werden. Vor allem im Bereich der substitutionsgestützten Behandlungen stellt die Realisierung einer adäquaten ADHS-Abklärung eine Herausforderung dar, da PatientInnen bei Eintritt erst für zusätzliche Gespräche motiviert werden müssen, die über das zur Führung der Substitutionsbehandlung im engeren Sinne notwendige Minimum hinausgehen. Das Erarbeiten eines entsprechenden Abklärungs- und gegebenenfalls Behandlungs-Auftrags ist oft erst im weiteren Verlauf der Behandlung möglich.

Kontinuierliches Mitbeoachten der ADHS-Problematik

PatientInnen werden bei Eintritt und im Verlauf immer wieder auf ADHS-Symptome im Quer- und im Längsschnitt angesprochen und differentialdiagnostisch beurteilt. Als besondere Hinweise zur Durchführung einer Abklärung werden impulsives Verhalten, exzessiver und anhaltender (Bei)Konsum und mangelhafte Adherence (Kooperation zur Einhaltung der gemeinsam gesetzten Therapieziele) gewertet. Bei Vorliegen einer ADHS ist Methylphenidat die Medikation erster Wahl, wobei wegen der unkomplizierten Einnahme und dem eingeschränkten Missbrauchspotential wenn möglich die Retard-Tabletten-Form gewählt wird. Besonders bei instabilen und stark beeinträchtigten PatientInnen mit dekompensiertem Substanzkonsum zeigt ein rascher Beginn einer Methylphenidat-Behandlung einen deeskalierenden und im Hinblick auf den Substanzkonsum in eindrücklicher Form stabilisierenden Effekt. Oft kann erst dann die Adherence gewährleistet werden, die die Voraussetzung darstellt zur Durchführung einer kontinuierlichen, umfassenden Therapie der ADHS und eventueller weiterer komorbider psychischer Störungen, die Substanzstörung eingeschlossen. Sowohl im Setting der substitutionsgestützten Behandlungen wie auch in der Behandlung nicht opioidabhängiger PatientInnen mit anderen Substanzstörungen hat sich dieser Ansatz bewährt.

Empirische Stichtags-Untersuchung der ADHS-diagnostizierten PatientInnen in den Polikliniken der ARUD Zürich

In einer retrospektiven Studie von Behandlungsdaten untersuchten wir 2008 die Prävalenz und Behandlung von PatientInnen mit ADHS in den zwei angebotenen Behandlungssettings «niederschwellige, substitutionsgestützte Behandlung von Opioidabhängigkeit» und «Behandlung von Substanzstörungen ohne Substitution». Eingeschlossen wurden die laufenden Behandlungen aller Polikliniken der ARUD Zürich per 31.8.2008 (n=867). Es zeigte sich, dass in insgesamt 8% der Fälle die klinische Diagnose einer ADHS gestellt wurde. In Behandlung ohne Substitution war eine ADHS-Diagnose häufiger (12%) als im Substitutions-Setting (7%). Am häufigsten wurde ADHS diagnostiziert bei Personen mit einer Substanzstörung durch Kokain oder Stimulantien, nicht kombiniert mit einer Störung durch Opioide (16%). ADHS diagnostizierte Personen zeigten im Vergleich mit den übrigen PatientInnen tendenziell mehr komorbide Substanz- und psychische Störungen, eine schlechtere berufliche Integration und einen höheren aktuellen Substanzkonsum. Eine Behandlung des ADHS mit Methylphenidat erfolgte, abhängig vom Behandlungssetting, in der Hälfte bis drei Viertel der Fälle. Die Dosierung von Methylphenidat zeigte eine grosse interindividuelle Variabilität mit einer mittleren Dosierung von 57mg und einer maximalen mittleren Tagesdosis von 215mg.

Diskussion

Diagnostische Schwierigkeiten bei niederschwelliger ambulanter Behandlung

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Polikliniken waren nicht signifikant. Wir fanden in unseren Daten keinen Unterschied in der Prävalenz von adulter ADHS zwischen Frauen und Männern. Dies entspricht den Befunden der epidemiologischen Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung (3 bis 5%). Der gefundene Wert von 8% ist ca. doppelt so hoch wie die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung. In internationalen epidemiologischen Untersuchungen mit systematischer Diagnostik wurden unter PatientInnen mit Substanzstörungen aber ADHS-Prävalenzraten zwischen 25 bis 35% festgestellt. Verschiedene Faktoren dürften dazu beitragen, dass PatientInnen mit komorbider ADHS im Setting einer niederschwelligen ambulanten Behandlung von Substanzstörungen eher unterdiagnostiziert werden. An erster Stelle gilt es zu bedenken, dass eine ADHS-Abklärung, insbesondere, wenn es sich um eine leicht- bis mittelgradige Ausprägung der Störung mit diskreten Beeinträchtigungen handelt, von PatientInnen selbst nicht direkt erwartet bzw. eingefordert wird, und somit die notwendige Bereitschaft zur Kooperation für eine Abklärung nicht immer gegeben ist.
Zweitens erschwert in substitutionsgestützter Behandlung der oft niederfrequente Kontakt zu den Therapierenden (minimale Auflage sind dreimonatliche Indikationsgespräche) die Erhebung der für die Abklärung einer ADHS notwendigen Informationen.

USA

Drittens kann das aktuelle Bild einer komorbiden ADHS gerade bei Subtanzstörungen überdeckt sein, sei es durch den Konsum psychotroper Substanzen, verschriebene (Substitutions-) Medikation oder weitere komorbide Störungen.

Unterschiede zwischen opioidgestützten und nicht opioidgestützten Behandlungen

Für die gefundenen Unterschiede in der Häufigkeit des klinisch diagnostizierten ADHS zwischen den opioidgestützten/ nicht opioidgestützten Behandlungen der ARUD Zürich gibt es mehrere Interpretationsmöglichkeiten: Ein tatsächlicher Unterschied der Prävalenz in den beiden PatientInnenkollektiven kommt ebenso in Frage wie eine mögliche medikamentöse Dämpfung der ADHS-Symptomatik durch die Substitutionsbehandlung. Ein weiterer Erklärungsansatz könnten die durch die verschiedenen Settings und PatientInnencharakteristika gegebenen Unterschiede in den diagnostischen Möglichkeiten sein (unterschiedliche Häufigkeit der Konsultationen, unterschiedliche subjektive Gewichtung von Substanzstörung und weiteren psychischen Störungen in den beiden Gruppen).

Komorbide Substanzstörungen

Bezüglich der diagnostizierten komorbiden Substanzstörungen bei Personen mit ADHS fanden sich in beiden Behandlungssettings häufiger Störungen durch Kokain oder Cannabinoide. In Substitutionsbehandlungen galt dies auch für Sedativa oder Alkohol, in Behandlungen ohne Substitution hingegen insbesondere für Störungen durch Stimulantien. Für den aktuellen Konsum fanden sich keine eindeutigen Präferenzen für bestimmte Substanzen: So fanden wir bei ADHS-diagnostizierten Personen im Substitutions-Setting einen signifikant häufigeren Konsum von Kokain und Benzodiazepinen, wohingegen dies in Behandlungen ohne Substitution für Cannabis galt. Diese Ergebnisse entsprechen der in der Literatur häufig diskutierten Korrelation von ADHS und Substanzstörungen und deuten darauf hin, dass es sich dabei eher um einen unspezifischen Zusammenhang handelt.

ADHS und intravenöser Substanzkonsum

Personen mit ADHS zeigen im Vergleich zur Normalbevölkerung eher Probleme mit ihrer affektiven Selbstregulation, ein vermindertes Bewusstsein für die zukünftigen Auswirkungen des eigenen Handelns und betreiben dadurch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einen ungesunden bzw. riskanten Lebensstil. Vor diesem Hintergrund war zu vermuten, dass PatientInnen mit Substanzstörungen und komorbider ADHS möglicherweise häufiger intravenösen (i.v.) Substanzkonsum betreiben als solche ohne ADHS. Ein entsprechender Unterschied in der Lebenszeitprävalenz des i.v.-Konsums fand sich in unseren Daten tendenziell und insbesondere im Substitutions-Setting, ein Signifikanzniveau wurde dabei nicht erreicht.

ADHS und Persönlichkeitsstörungen

Hinsichtlich anderer psychiatrischer Diagnosen fiel insbesondere in Behandlungen ohne Substitution der erhöhte Anteil von Persönlichkeitsstörungen in der ADHS-Gruppe auf. Eine Komorbidität von ADHS und Persönlichkeitsstörungen ist aus der Literatur bekannt. Es erstaunt jedoch etwas, dass in unserer Untersuchung im Vergleich zur Kontrollgruppe kein erhöhtes Auftreten von weiteren psychischen Störungen, insbesondere affektiver Störungen, festzustellen war.

Arbeitsintegration und Lebensunterhalt

Bezüglich Arbeitsintegration und Lebensunterhalt zeigte sich in unserer Untersuchung eine ausgeprägte soziale Desintegration von Personen mit ADHS. Dies zeigte sich in beiden Settings, jedoch waren opioidabhängige Personen in noch stärkerem Masse betroffen als Menschen mit anderen Substanzstörungen. Dies entspricht den Befunden, dass Personen mit Substanzstörungen und gleichzeitiger ADHS einen schwierigen Krankheitsverlauf haben, der sich auch in einer verstärkten sozialen Desintegration bemerkbar macht. Übereinstimmend mit der Literatur hatte dies in unseren Daten hinsichtlich des Vorhandenseins einer Partnerschaft keine Auswirkung, jedoch lässt sich vermuten, dass die Qualität des Kontaktes zum sozialen Umfeld bei Personen mit ADHS schlechter ist. In diese Richtung deuten die gefundenen Unterschiede in der Qualität des Kontaktes zur Herkunftsfamilie.

Medikamentöse Behandlung

Verschiedene Studien zeigen, dass ADHS bei Erwachsenen gut auf medikamentöse Behandlung mit dopaminergen und noradrenergen Substanzen anspricht. Unter den zur Verfügung stehenden Psychopharmaka stellt Methylphenidat in ausreichender Dosierung die Therapie der ersten Wahl dar. Eine Behandlung mit Methylphenidat erfolgt in den Polikliniken der ARUD Zürich, abhängig vom Behandlungssetting, in der Hälfte bis drei Viertel der ADHS-diagnostizierten Fälle. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine diagnostizierte ADHS im Erwachsenenalter nicht in jedem Fall einer Behandlung bedarf, sondern nur, wenn die PatientInnen dadurch subjektiv massgeblich unter Beeinträchtigungen leiden. Auch kann es durchaus vorkommen, dass sich PatientInnen zwar beeinträchtigt fühlen, eine medikamentöse Behandlung aber ablehnen, obwohl diese aus ärztlicher Sicht angezeigt wäre.
In der Literatur wird für die Dosierung von Methylphenidat von 1mg/kg Körpergewicht ausgegangen. Die in dieser naturalistischen Untersuchung empirisch beobachteten Dosierungen zeigten eine grosse interindividuelle Bandbreite. Mögliche Gründe für das unterschiedliche Ansprechen auf Methylphenidat, seien dies physiologische (z.B. Bioverfügbarkeit, Metabolismus etc.) oder psychische Prädispositionen (Erwartungshaltung/Set), müssten weiter untersucht werden.

Fazit

ADHS ist eine bei Personen mit Substanzstörungen überproportional häufig auftretende Erkrankung mit massgeblichem Einfluss auf Form und Verlauf der Substanz- und weiterer psychischer Störungen. Mit einem multimodalen Therapie-Ansatz unter Kombination psychotherapeutischer mit psychopharmakologischen Interventionen ist ADHS eine gut und effektiv zu behandelnde Störung, die jedoch – insbesondere im Setting der opioidgestützten Behandlung mit eher niederfrequentem therapeutischen Kontakt – relativ schwierig zu diagnostizieren ist.
Bei der Behandlung von Personen mit Substanzstörungen sollte deshalb im Rahmen der in der klinischen Praxis gegebenen Möglichkeiten routinemässig und systematisch das Vorliegen einer komorbiden ADHS untersucht bzw. bestätigt oder ausgeschlossen werden. Eine entsprechende Schulung und Weiterbildung mit dem Ziel, die involvierten Fachpersonen für das Erkennen des Erscheinungsbildes und der Auswirkungen einer ADHS bei Personen mit Substanzstörungen zu sensibilisieren, ihr Fachwissen zu dieser Störung und ihrer Behandlung zu erhöhen und sie zu einer möglichst konsequenten und stringenten Diagnostik zu befähigen, ist angebracht. •

Weiterführende Links
www.zentrales-adhs-netz.de Bundesdeutsches Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS
www.adhs-kompetenznetz.de Deutsch/Schweizerischer Forschungsverbund KOMPAS für ADHS im Erwachsenenalter
www.elpos.ch Verein für Eltern und Bezugspersonen von Kindern sowie für Erwachsene mit ADHS
www.sfg-adhs.ch Schweizerische Fachgesellschaft ADHS

Literatur

Applegate, B./Lahey, B. B./Hart, E. L. et al. (1997): Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36(9): 1211-1221.

Barbaresi, W./Katusic, S./Colligan, R. et al. (2004): How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Towards resolution of the controversy: results from a population-based study, Acta Paediatr Suppl 93(445): 55-59.

Barkley, R./Murphy K./Fischer, M. (2007): ADHD in Adults: What the Science Says. Guilford Press.

Barkley, R. A./Fischer, M./Smallish, L. et al. (2002): The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder, J Abnorm Psychol 111(2): 279-289.

Barkley, R. A./Fischer, M./Smallish, L. et al. (2006): Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 45(2): 192-202.

Biederman, J./Faraone, S. V./Monuteaux, M. C. et al. (2004): Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited, Biol Psychiatry 55(7): 692-700.

Biederman, J./Faraone, S. V./Spencer, T. et al. (1993): Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder, Am J Psychiatry 150(12): 1792-1798.

Biederman, J./Faraone, S. V./Spencer, T. J. et al. (2006): Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community, J Clin Psychiatry 67(4): 524-540.

Biederman, J./Mick, E./Faraone, S. V. (2000): Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type, Am J Psychiatry 157(5): 816-818.

Biederman, J./Monuteaux, M. C./Mick, E. et al. (2006): Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study, Psychol Med 36(2): 167-179.

Faraone, S. V./Sergeant, J./Gillberg, C. et al. (2003): The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?, World Psychiatry 2(2): 104-113.

Fayyad, J./De, G. R./Kessler, R. et al. (2007): Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder, Br J Psychiatry 190: 402-409.

Jans, T./Kreiker, S./Warnke, A. (2008): [Multimodal treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children], Nervenarzt 79(7): 791-800.

Kessler, R. C./Adler, L./Barkley, R. et al. (2006): The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication, Am J Psychiatry 163(4): 716-723.

Levin, F. R./Kleber, H. D. (1995): Attention-deficit hyperactivity disorder and substance abuse: relationships and implications for treatment, Harv Rev Psychiatry 2(5): 246-258.

Mannuzza, S./Klein, R. G./Bessler, A. et al. (1993): Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status, Arch Gen Psychiatry 50(7): 565-576.

McGough, J. J./Barkley, R. A. (2004): Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder, Am J Psychiatry 161(11): 1948-1956.

Pliszka, S. R. (2007): Pharmacologic treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: efficacy, safety and mechanisms of action, Neuropsychol Rev 17(1): 61-72.

Riggs, P. D./Hall, S. K./Mikulich-Gilbertson, S. K. et al. (2004): A randomized controlled trial of pemoline for attention-deficit/hyperactivity disorder in substance-abusing adolescents, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 43(4): 420-429.

Sobanski, E./Bruggemann, D./Alm, B. et al. (2007): Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 257(7): 371-377.

Spencer, T./Biederman, J./Wilens, T. et al. (2005): A large, double-blind, randomized clinical trial of methylphenidate in the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder, Biol Psychiatry 57(5): 456-63.

Spencer, T. J./Faraone, S. V./Michelson, D. et al. (2006): Atomoxetine and adult attention-deficit/hyperactivity disorder: the effects of comorbidity, J Clin Psychiatry 67(3): 415-420.

Wilens, T. E. (2007): The nature of the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use, J Clin Psychiatry 68 Suppl 11: 4-8.

Endnoten

1 Vgl. Faraone/Sergeant/Gillberg 2003.
2 Vgl. Fayyad/De/Kessler 2007.
3 Vgl. Biederman/Faraone/Monuteaux 2004.
4 Vgl. Applegate/Lahey/Hart 1997.
5 Vgl. dazu in Bezug auf Kinder den Artikel von Glaeske in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.
6 Hirnleistungen, die vor allem im Bezug auf neue, komplexe Situationen und Fragestellungen die interne Verhaltensplanung und –kontrolle gewährleisten.
7 Vgl. McGough & Barkley 2004.
8 Vgl. Biederman/Faraone/Spencer 1993; Mannuzza/Klein/Bessler 1993; Sobanski/Bruggemann/Alm 2007.
9 Der zwanghafte Drang eines/r Patienten/-in beziehungsweise Probanden/-in, sich übermässig verbal zu vermitteln.
10 Vgl. Barkley/Murphy K./Fischer 2007.
11 Vgl. Barbaresi/Katusic/Colligan 2004; Barkley/Fischer/Smallish 2002; Biederman/Mick/Faraone 2000.
12 Vgl. Barkley/Fischer/Smallish 2006; Biederman/Faraone/Spencer 2006.
13 Vgl. Barkley/Fischer/Smallish 2006.
14 Vgl. Kessler/Adler/Barkley 2006.
15 Vgl. Jans/Kreiker/Warnke 2008.
16 Effektstärke: In klinischen Studien geprüfte Wirkung gegenüber Plazebo; 0,2=kleiner Effekt, 0,5=mittlerer Effekt, 0,8=starker Effekt, Effektstärken von Antidepressiva und Neuroleptika bewegen sich im Bereich kleiner bis mittlerer Effekte.
17 Vgl. Spencer/Biederman/Wilens 2005.
18 Unter Off-Label-Use versteht man die Verordnung eines zugelassenen Fertigarzneimittels ausserhalb des in der Zulassung beantragten und von den nationalen oder europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Gebrauchs.
19 Indikationserweiterung für Erwachsene in der Schweiz per 5.8.2009.
20 Vgl. Pliszka 2007.
21 Vgl. Spencer/Faraone/Michelson 2006.
22 Vgl. Wilens 2007.
23 Vgl. Levin & Kleber 1995.
24 Vgl. Riggs/Hall/Mikulich-Gilbertson 2004.
25 Auslösung bzw. Bahnung der Entwicklung von Substanzstörungen.
26 Vgl. Biederman/Monuteaux/Mick 2006.

GK QUEST Akademie – Weiterbildung 2010

Teamfortbildungen in Ihrer Einrichtung +
Seminare in der Schweiz und Deutschland

Motivational Interviewing –
Kontrollierter Konsum
jetzt auch in Zürich in Kooperation
mit arud zürich

GK QUEST Akademie

Maaßstr. 28, 69123 Heidelberg
Tel. 06221 · 7392030
info@gk-quest.de · www.gk-quest.de

Anzeige