



Bayerische Akademie für Suchtfragen

in Forschung und Praxis BAS e.V.

Landwehrstr. 60-62
80336 München
Tel.: 089-530 730-0
Fax: 089-530 730-19
E-Mail: bas.ev@bas-muenchen.de
Web: www.bas-muenchen.de

Empfehlungen zum Umgang mit Suchtkranken bei adultem Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

(3. überarbeitete u. ergänzte Auflage, April 2019)

(Adorjan K, Unglaub W, Männlein-Mangold M, Erbas B, Pogarell O)

1. Hintergrund

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) hat wegen hoher Prävalenzraten und im Hinblick auf die Häufung komorbider Erkrankungen eine große klinische Relevanz. Eine Diagnose nach DSM-IV oder DSM-5 Kriterien wird bei 5 % der Kinder und 3 % der Erwachsenen erstellt; nach ICD-10 erfüllen ca. 3 % der Kinder bzw. 1 % der Erwachsenen die Kriterien dieser Erkrankung [1-7]. Patienten mit ADHS im Erwachsenenalter leiden häufig an psychischen Komorbiditäten, weisen soziale Beeinträchtigungen auf und sind hohen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Bei erwachsenen Patienten mit ADHS kommen besonders häufig Suchterkrankungen vor: Nach aktuellen Studienergebnissen haben 23 % der Patienten mit ADHS eine Suchterkrankung und bis zu 50 % der Patienten mit Suchterkrankungen wurden positiv auf eine ADHS getestet [8-9]. Häufig konsumieren Patienten Nikotin, Kokain, Heroin und Amphetamine gefolgt von Cannabis und Stimulanzien. Die Rate der Alkoholabhängigkeit unter Patienten mit ADHS beträgt bis zu 23 % [9]. Die begleitende Suchterkrankung ist häufig mit einem frühen Beginn (Durchschnittsalter 15 Jahre), einem schwerwiegenden Verlauf sowie mit einer geringen Behandlungseffektivität verbunden [9].

Für eine medikamentöse Therapie liegt bei nicht-suchtkranken Erwachsenen mit ADHS eine Vielzahl von Studien vor, die kurz- bis mittelfristig die Überlegenheit verschiedener Psychopharmaka im Vergleich zu Placebo belegen. Für Patienten mit Suchterkrankungen und mit einer komorbiden ADHS liegen jedoch nur wenige Studien vor, deren Ergebnisse kontrovers diskutiert werden.

Nach der aktuellen S3-Leitlinie werden zur medikamentösen Therapie der ADHS im Kindes- und Jugendalter u.a. Methylphenidat, Amphetamin-Salze sowie Atomoxetin empfohlen [10]. Für Erwachsene mit Suchterkrankungen ist eine integrierte Behandlung beider Störungen zu empfehlen, die aus einer Kombination von Pharmako- und Psychotherapie besteht. Eine mögliche Behandlung dieser Patientengruppe mittels Stimulantien wird tendenziell kritisch betrachtet; gegebenenfalls sollten langwirksame Präparate angewendet werden. Im Folgenden werden evidenzbasierte und konsensorientierte Empfehlungen sowie aktuelle Studienergebnisse dargestellt, um eine möglichst adäquate Versorgung von Patienten mit ADHS und Suchterkrankungen zu gewährleisten.

BAS e.V. (VR 15964)

Bankverbindung:

Bank für Sozialwirtschaft AG
IBAN:
DE31 7002 0500 0008 8901 00
BIC/Swift: BFSWDE33MUE

1. Vorsitzender:

Prof. Dr. med. Oliver Pogarell

2. Vorsitzender:

Prof. Dr. med. Norbert Wodarz

Vorstandsmitglied und Schatzmeisterin:

Dr. Dilek Sonntag,
Diplom-Psychologin

Vorstandsmitglieder:

Christiane Fahrmbacher-Lutz,
Apothekerin
Prof. Dr. med. Jörg Wolstein

2. Screening und Diagnose

Da das Vorliegen einer ADHS auf die Entstehung und den Verlauf einer Suchterkrankung einen wesentlichen Einfluss nehmen kann, ist die Früherkennung beider Erkrankungen für eine erfolgreiche Behandlung von entscheidender Bedeutung. Eine umfangreiche Anamnese über die motorische Entwicklung und die Aufmerksamkeit im Kindes- und Jugendalter ist unabdingbar, da es sich bei ADHS um eine sich entwicklungsphysiologisch früh manifestierende Störung handelt. Die diagnostischen Kriterien erfordern deshalb den Nachweis der Symptomatik im Kindes- und Jugendalter in mindestens zwei voneinander unabhängigen Lebensbereichen. Zudem sollten strukturierte und validierte Instrumente zur Erhebung der ADHS-Symptomatik eingesetzt werden. Dafür stehen verschiedene Screening-Tools zur Verfügung: Die Kurzversion "Conner's Adult ADHS Rating Scale" (CAARS) sowie die etwas zeitintensivere Wender Utah Rating Scale (WURS) sind weit verbreitete Screeningverfahren mit guter Sensitivität und Spezifität [11]. Zudem können WURS-K (für das Kindesalter), ADHS-SB (für das Selbsturteil), ADHS-E (für das Selbsturteil und für die Befragung von Angehörigen) sowie das Adult ASRS-V1.1 (nach WHO) angewendet werden [12-13]. Ein positives Screening-Ergebnis sollte zur weiteren diagnostischen Einordnung führen. Auch Patienten mit klinischem Verdacht auf ADHS bei negativem Screening-Test sollten immer eine erweiterte diagnostische Abklärung erhalten. Neben der aktuellen Anamnese und dem aktuellen Befund sind auch fremdanamnestische Angaben (z.B. Angehörige) mit einzubeziehen.

Die Diagnose einer ADHS sollte aus folgenden Schritten bestehen:

- *gründliche Erfassung der aktuellen ADHS-Symptome;*
- *ausführliche Erhebung der ADHS-Symptome im Kindesalter;*
- *gründliche Suchtanamnese;*
- *Familienanamnese bezüglich ADHS und Suchterkrankungen;*
- *schulische und berufliche Entwicklung, Partnerschaften, Ehe, zwischenmenschliche Beziehungen;*
- *somatische und psychische Komorbiditäten;*
- *Umweltfaktoren und psychosoziale Belastungsfaktoren;*
- *Fremdanamnese (Eltern oder Geschwister).*

Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung:

- Eine valide ADHS-Diagnostik kann sich bei Patienten mit Suchterkrankungen besonders schwierig gestalten, da charakteristische Symptome einer ADHS auch substanz- bzw. entzugsbedingt entstehen können.
- Bei Verdacht auf eine ADHS im Erwachsenenalter bei komorbider Suchterkrankung sollte eine ausführliche Diagnostik nach abgeschlossener Entzugsbehandlung und stabilem Sistieren der Entzugssymptome durchgeführt werden.
- Wenn möglich, sollte eine Abstinenzphase angestrebt werden, um die ADHS-Symptomatik unabhängig von den Symptomen einer Suchterkrankung adäquat beurteilen zu können.

- Die Verdachtsdiagnose muss im Laufe der Behandlung überprüft werden, da sich ADHS-Symptome im Verlauf einer erfolgreichen Suchtbehandlung verändern können.
- Grundsätzlich sollte die ADHS-Diagnostik von entsprechend ausgebildeten Fachpersonal durchgeführt werden.
- Nach Diagnosestellung sollte die tatsächliche Behandlungsbedürftigkeit anhand des Ausmaßes der Beeinträchtigungen und des Leidensdrucks geklärt werden.
- Zielsymptome und der Schweregrad der Erkrankung sollten beim Erstkontakt ausführlich dokumentiert werden, um die Wirksamkeit der Behandlung im weiteren Verlauf beurteilen zu können.

3. Behandlung von ADHS bei Erwachsenen mit Suchterkrankungen

Eine adäquate Behandlung dieser Patienten umfasst mehrere Komponenten. Anzustreben ist ein multimodaler Therapieansatz, der aus Psychoedukation, Pharmakotherapie, Psychotherapie sowie aus sozialpädagogischer Beratung besteht. Die Behandlung von ADHS sollte in die Behandlung der Suchterkrankung integriert werden. Idealerweise sollte zuerst eine Akutbehandlung der Suchterkrankung erfolgen; gegebenenfalls kann eine stationäre Aufnahme zur qualifizierten Entzugsbehandlung in Betracht gezogen werden.

Wahl der Medikation

Für die Behandlung von Erwachsenen ab dem 18. Lebensjahr stehen Atomoxetin und Methylphenidat-Präparate mit verzögerter Wirkstofffreisetzung (Medikinet adult[®], Ritalin adult[®]) zur Verfügung [10]. Alle weiteren Präparate sind bei Erwachsenen mit ADHS in Deutschland im „off-label-use“, d.h. die Anwendung solcher Medikamente ist gegenüber den Kostenträgern vorab zu begründen. Eine plausible Begründung könnte die folgenden Punkte enthalten:

- Es handelt sich um die Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung, wobei das Ausmaß der Funktionsstörungen im Alltag detailliert dargestellt werden sollte.
- Es ist keine andere Therapie verfügbar. Hier kann über einen vorangegangenen fehlgeschlagenen Therapieversuch berichtet werden.
- Aufgrund der Datenlage besteht die Aussicht, dass mit dem entsprechenden Präparat ein Behandlungserfolg erzielt werden kann.

Pharmakotherapie:

- Nach der aktuellen S3-Leitlinie werden zur medikamentösen Therapie einer ADHS im Kindes- und Jugendalter Stimulantien wie Methylphenidat, Amphetamin-Salze und Atomoxetin sowie Guanfacin empfohlen [10].
- Der Einsatz weiterer Substanzen wie SSRI, Modafinil, Selegilin und Bupropion wird für die Behandlung der ADHS in dieser Patientengruppe aktuell nicht empfohlen [10].

- Die Anwendung von medizinischen Cannabispräparaten wird grundsätzlich nicht empfohlen [10].
- Eine Behandlung mit Stimulanzien im Kindesalter kann eine protektive Wirkung auf die Entwicklung von Suchterkrankungen im Erwachsenenalter haben; ein erhöhtes Risiko für einen vermehrten Substanzkonsum im Erwachsenenalter konnte in einschlägigen Studien nicht beobachtet werden [14-18].
- Eine mögliche Behandlung von Patienten mit ADHS und Suchterkrankungen mit Stimulanzien im Erwachsenenalter wird tendenziell kritisch betrachtet.
- Insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist Vorsicht geboten, da diese Patientengruppe ein erheblich höheres Risiko für Missbrauch und Abhängigkeit von stimulierenden Substanzen aufweist [19].
- Zuerst sollten bei Patienten mit ADHS und Suchterkrankungen Nicht-Stimulanzien eingesetzt werden. Hierfür kommen Atomoxetin, Desipramin, Duloxetin, Mirtazapin, Moclobemid, Reboxetin¹ und Venlafaxin in Frage [20]. Einige Studien liefern Beweise für die Wirksamkeit von Bupropion bei der Reduzierung von ADHS-Symptomen, dies konnte jedoch in weiterführenden Studien nicht bestätigt werden [21]. Wegen des hohen Missbrauchspotentials sollte Bupropion bei Suchtkranken mit ADHS nicht angewendet werden [22-23].
- Ist eine Behandlung mittels Stimulanzien dennoch unerlässlich, sollten langwirksame Präparate verabreicht werden, da diese im Vergleich zu Präparaten mit sofortiger Freisetzung ein wesentlich geringeres Missbrauchspotenzial aufweisen [24-25].
- Patienten mit ADHS und Suchterkrankungen mit erhöhtem Risiko für nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch der Medikation sollten alternativ Atomoxetin oder Guanfacin erhalten [10].
- Eine Behandlung mit retardierten Methylphenidat kann nach aktueller Studienlage zur Reduktion der ADHS-Symptome führen und auch einen Rückgang des Beikonsums von Kokain und Amphetaminen bewirken [25].
- Amphetamin-Salze mit verzögerter Freisetzung zeigten eine deutliche Verringerung sowohl der ADHS-Symptomatik als auch des Drogenkonsums bei kokainabhängigen Patienten [24].
- Atomoxetin kann zu einer signifikanten Reduktion der ADHS-Symptome führen und war mit einer Reduktion des Alkoholkonsums verbunden [26].

Die herrschende Meinung empfiehlt Ärzten ein hohes Maß an Sorgfalt bei der Verschreibung von Stimulanzien für Patienten mit ADHS und Suchterkrankungen, insbesondere bei Hochrisikopatienten. Das Missbrauchspotenzial kann jedoch durch eine engmaschige ärztliche Begleitung, durch die Verwendung retardierter Präparate und durch eine ausreichende Psychoedukation deutlich reduziert werden. Bei jeder Verschreibung von BtM-haltigen Medikamenten sollte der behandelnde Arzt das Missbrauchsrisiko gegen den potenziellen the-

¹ nicht erstattungsfähig

rapeutischen Nutzen des Medikaments abwägen. Nach sorgfältiger Analyse der Gesamtsituation muss der Arzt entscheiden, ob der Einsatz oder die Fortführung einer Pharmakotherapie mit Stimulanzien sinnvoll ist.

Nicht-pharmakologische Interventionen: Ärzte sollten eine Therapie mit Fokus auf einen multimodalen Behandlungsansatz legen und eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie in Erwägung ziehen. Integrierte kognitive Verhaltenstherapie, dialektisches verhaltenstherapeutisches Kompetenztraining, Einzelcoaching, strukturiertes Kompetenztraining und Achtsamkeitstherapie können hierbei angewendet werden [27-28].

4. Verlaufskontrolle

Beikonsum: Im Verlauf sollten Drogen-Urinkontrollen durchgeführt werden. Fortgesetzter Beikonsum von Amphetaminen, Kokain oder Diazepam sollte beendet werden. Zudem sollte eine Kontrolle auf Einstichstellen (Verdacht auf i.v.-Applikation) erfolgen. Da das für Kinder verordnete Methylphenidatpräparat ggf. auch von den Eltern eingenommen wird, empfiehlt sich unter Umständen eine Rücksprache mit dem Kinderarzt oder Jugendpsychiater. Vorsicht ist auch bei wiederholten Schilderungen von Rezeptverlust geboten.

Wirksamkeit: Bei substituierten Patienten sollte die Einnahme von Methylphenidat unter Aufsicht erfolgen. Der Patient sollte über die Wirksamkeit der medikamentösen Therapie befragt und sein Verhalten beobachtet werden.

Zeitabstände: Bei substituierten Patienten, die Methylphenidat einnehmen, besteht die zwingende Notwendigkeit, Therapieziele zu definieren und diese zu kontrollieren. Die Pharmakotherapie sollte durch engmaschig durchgeführte psychotherapeutische, gesprächstherapeutische und psychosoziale Interventionen ergänzt werden.

Literatur

1. Thapar A et al.: Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2016; 387: 1240–50.
2. Döpfner M et al.: How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample—results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17 (Suppl 1): 59–70.
3. Ford T et al.: The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 1203–11.
4. Fayyad J et al.: The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord* 2016; DOI: 10.1007/s12402-016-0208-3.
5. Sibley MH et al: Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 1157–65.
6. Doernberg E et al.: Neurodevelopmental disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. *CNS Spectr* 2016; 21: 295–9.
7. Arias VB et al.: Identifying potentially marker symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *PeerJ*. 2018; 6: e4820.
8. van Emmerik-van Oortmerssen K et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2012;122:11–9.

9. Ohlmeier MD et al.: Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol Alcohol*. 2008 May-Jun; 43(3): 300-4.
10. Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. AWMF-Registernummer 028-045. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045l_S3_ADHS_2018-06.pdf.
11. Conners CK: Rating scales in attention-deficit/hyperactivity disorder: use in assessment and treatment monitoring. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 Suppl 7:24-30. Review.
12. Rösler M et al.: Tools for the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. Self-rating behaviour questionnaire and diagnostic checklist. *Nervenarzt*. 2004 Sep;75(9):888-95. German. Erratum in: *Nervenarzt*. 2005 Jan;76(1):129.
13. Rösler M et al.: ADHS-Diagnose bei Erwachsenen. *Der Nervenarzt*. March 2008, Volume 79, Issue 3, pp 320–327.
14. Humphreys KL et al. Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2013;70: 740–749.
15. Barkley RA et al. Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. *Pediatrics*. 2003 Jan;111(1): 97-109.
16. Fischer M et al. Childhood stimulant treatment and risk for later substance abuse. *J Clin Psychiatry*. 2003;64 Suppl 11:19-23.
17. Wilens TE et al. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*. 2003 Jan;111(1): 179-85.
18. Riggs PD: Stimulant medication for ADHD not associated with subsequent substance use disorders. *Evid Based Med*. 2014 Apr;19(2): 78.
19. Austic EA. Peak ages of risk for starting non-medical use of prescription stimulants. *Drug Alcohol Depend*. 2015;152: 224–229.
20. Edel M-A, Vollmoeller W: *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen*. Springer, Heidelberg. 2007.
21. Levin FR et al. Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo. *Drug Alcohol Depend*. 2006;v81: 137–14.
22. Nathan Stall et al.: Bupropion abuse and overdose. *CMAJ*. 2014 Sep 16; 186(13): 1015.
23. Oppek K et al.: Intravenous administration and abuse of bupropion: a case report and a review of the literature. *Evid Based Med*. 2014 Apr;19(2):78.
24. Levin FR et al.: Extended-release mixed amphetamine salts vs placebo for co-morbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and cocaine use disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72:593–602.
25. Konstenius M et al.: Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial. *Addiction*. 2014; 109:440–449.
26. Wilens TE et al.: Atomoxetine ADHD/SUD Study Group Atomoxetine treatment of adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2008; 96:145–154.
27. Aviram RB et al.: Psychotherapy of adults with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorder. *J Psychother Pract Res*. 2001; 10:179–186.
28. van Emmerik-van Oortmerssen K et al: Integrated cognitive behavioral therapy for patients with substance use disorder and comorbid ADHD: two case presentations. *Addict Behav*. 2015; 45:214–217.