



**Bayerische Akademie
für Sucht- und
Gesundheitsfragen**
BAS Unternehmergeellschaft
(haftungsbeschränkt)

Landwehrstr. 60-62
80336 München
Tel.: 089.530 730-0
Fax: 089.530 730-19
E-Mail: bas@bas-muenchen.de
Web: www.bas-muenchen.de

Registergericht München:
HRB 181761

Geschäftsführung:
Dipl.-Psych. Melanie Arnold

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft AG
Kto.-Nr. 88 72 600
BLZ 700 205 00

Gesellschafter:
Bayerische Akademie für Suchtfragen
in Forschung und Praxis BAS e.V.

Dokumentation der 22. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern

„ADHS und Sucht – Besondere Anforderungen bei Substitution und PSB?“

13. Oktober 2010 in Nürnberg

Ablauf der Tagung

Am 13. Oktober fand im Kleinen Sitzungssaal des Rathauses Nürnberg die 22. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern mit rund 50 Teilnehmern statt. Folgende Vorträge und Workshops wurden angeboten:

- 09:30 Begrüßung und Moderation
Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter, Vorstand BAS e.V.
- 09:45 **Grundlagen der ADHS**
PD Dr. Oliver Pogarell, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München
- 10:30 *Kaffeepause und interdisziplinärer Austausch*
- 11:00 **ADHS und Drogenabhängigkeit I**
Epidemiologie sowie spezielle Aspekte der Psychopathologie und Diagnostik
PD Dr. Martin Ohlmeier, Ludwig-Noll-Krankenhaus Kassel
- 11:45 **ADHS und Drogenabhängigkeit II**
Spezielle Aspekte der Pharmakotherapie, insbes. bei der Substitutionsbehandlung und bei der Verordnung von Methylphenidat (Ritalin®)
PD Dr. Norbert Wodarz, 1. Vorsitzender BAS e.V., Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg
- 12:30 **ADHS im Behandlungskonzept einer stationären Reha-Klinik – Möglichkeiten und Grenzen**
Dr. Werner Kolb, Chefarzt AHG Klinik Wilhelmsheim
- 13:00 *Mittagspause*
- 14:15 Workshop 1
Erfahrungsaustausch zu den BAS-Empfehlungen zum Umgang mit Suchtkranken bei adultem ADHS
Dr. Isabel Hach, Psychotherapeutische Praxis Nürnberg
oder
Workshop 2
ADHS-Patienten in der Beratungsstelle – Vernetzung und Behandlungsmöglichkeiten
Gabriele Dietz, Zwischenraum – Freie Beratungsstelle Nürnberg
- 16:15 Forum: Vorstellung der Ergebnisse aus den Workshops
- 16:30 Ende der Veranstaltung

Begrüßung

Prof. Tretter begrüßte in Vertretung von Frau Fahrmbacher-Lutz die Teilnehmer und bedankte sich bei Herrn Hopfengärtner für die Nutzung der Räumlichkeiten im Nürnberger Rathaus.

Er erläuterte, dass die BAS bereits Ende 2007 eine ähnliche Tagung in München veranstaltet hat, woraus u.a. die Empfehlungen zum Umgang mit Suchtkranken bei adultem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) hervorgingen. Ein Ziel dieser Netzwerktagung sollte sein, dass diese Empfehlungen im Kreise der Praktiker diskutiert und ggf. angepasst werden.

Grundlagen der ADHS im Erwachsenenalter

Herr PD Dr. Pogarell, Oberarzt der Klinik für Psychiatrie der Universität München und dort Leiter der Abteilung für Klinische Neurophysiologie sowie des Suchtbereichs, erläuterte zunächst die wechselseitigen Beziehungen und Überschneidungen der Symptomatik eines ADHS mit diversen psychischen Störungen.

Definition

Nach DSM-IV ist das ADHS so definiert, dass aus dem Bereich der Unaufmerksamkeit (z.B. Flüchtigkeitsfehler, leicht ablenkbar) und/ oder aus dem Bereich der Hyperaktivität und Impulsivität (z.B. zappeln, Unfähigkeit zu warten) mindestens sechs Symptome vorliegen müssen. Daneben müssen auch folgende Aussagen zutreffen:

- Einige Symptome liegen bereits vor dem 7. Lebensjahr vor
- Beeinträchtigung durch diese Symptome in mindestens zwei Bereichen (z.B. Schule, zu Hause)
- Deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen, eine Schizophrenie sowie andere psychotische Erkrankungen müssen ausgeschlossen werden.

Dabei lassen sich sowohl nach DSM IV als auch nach ICD 10 verschiedene Subtypen – je nach Ausprägungsgrad der Störung – unterscheiden.

Epidemiologie

Die Angaben in der amerikanischen (DSM-IV: 5-10% bei Kindern; 4% bei Erwachsenen) und europäischen (ICD-10: 4% im Kindesalter; 1% bei Erwachsenen) Literatur unterscheiden sich – je nach Verwendung des Klassifizierungssystems – um wenige Prozente. Jungen sind 3-8 mal häufiger betroffen und bei 30-50% persistieren die Symptome auch im Erwachsenenalter. Prädiktoren für eine Persistenz können neben einer genetischen familiären Belastung psychiatrische Begleiterkrankungen, mehr neurobiologische Auffälligkeiten sowie psychosoziale Belastungsfaktoren sein.

Bei ca. 50% der Betroffenen findet sich eine psychiatrische Komorbidität.

Symptomatik bei Erwachsenen

Ein *Aufmerksamkeitsdefizit* äußert sich beispielsweise durch häufiges Liegenlassen von Gegenständen, Vergessen der Ausführung von Aufträgen oder der Neigung, mehrere Tätigkeiten gleichzeitig zu beginnen und sich zu verzetteln. Die *motorische Unruhe* ist weniger auffällig und wird durch vermehrte sportliche Aktivität reduziert. Der Patient leidet unter innerer Anspannung und dem Gefühl, getrieben zu sein. Ein vermehrtes Redebedürfnis, unangemessene Kommentare sowie Entscheidungen ohne differenzierte Überlegungen deuten auf eine *erhöhte Impulsivität* hin, die sich durch Nikotin reduzieren lässt. *Affektlabilität und mangelnde Affektkontrolle* äußern sich in raschen Stimmungsschwankungen, Wutausbrüchen bei geringen Anlässen sowie einer niedrigen Frustrationstoleranz. Weitere Symptome sind die *geringe Stresstoleranz* (z.B. häufige Überforderungssituationen, Scheitern an mangelnder Frustrationstoleranz) sowie die *mangelnde Organisationsfähigkeit*, die zu Unordnung und chaotischer Arbeitsweise führt, wobei ohne Vervollständigung bereits begonnener Tätigkeiten ständig neue Arbeiten in Angriff genommen werden.

Beeinträchtigungen

Während sich die Einschränkungen im Kindesalter auf Schwierigkeiten in der Schullaufbahn, soziale Dysfunktionen und Geschicklichkeitsdefizite beziehen, stehen bei den betroffenen Erwachsenen niedriges Selbstwertgefühl, Arbeitsplatzverlust, erhöhte Prävalenz von Drogenkonsum und Rauchen sowie erhöhtes Risiko für andere psychiatrische Erkrankungen, Tendenz zu schweren Verkehrsunfällen und häufigere Polizeikontakte im Vordergrund.

Diagnostik

Die im Erwachsenenalter zeitaufwändige Diagnosestellung ist sehr wichtig, da die Betroffenen einerseits in ihren Möglichkeiten zurückbleiben und Erwartungen und Anforderungen der Umwelt nicht erfüllen können. Andererseits bestehen effiziente Behandlungsmöglichkeiten, von denen nach Ausschluss diverser Differentialdiagnosen und der Verifizierung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 oder DSM-IV Gebrauch gemacht werden sollte.

Fremdanamnestisch sollte in Erfahrung gebracht werden, ob die Symptome bereits im Grundschulalter bestanden haben. So könnte auf alte Schulzeugnisse, Angaben von Eltern und Lehrern oder auf einen Elternbeurteilungsbogen (parents rating scale) zurückgegriffen werden.

Neben der Anamnese des Kindes- und Jugendalters sichern die Wender-Utah-Kriterien die Diagnose einer erwachsenen ADHS: Demnach müssen neben einer *Aufmerksamkeitsstörung und motorischer Hyperaktivität* zwei der folgenden Kriterien vorliegen:

- ✓ *Affektlabilität (Stimmungsschwankungen)*
- ✓ *Desorganisiertes Verhalten*
- ✓ *Impulsivität*
- ✓ *Emotionale Überreagibilität*
- ✓ *Störung der Affektkontrolle, geringe Frustrationstoleranz*

Zur Erfassung der aktuellen Symptomatik gibt es folgende **Selbstbeurteilungsskalen**:

- ✓ *Conners' Adult ADHS Rating Scale, CAARS (Conners 1998)*
- ✓ *WURS-K; Selbsturteil*
- ✓ *ADHS-SB (Rösler et al., 2004); Selbsturteil*
- ✓ *ADHS-E (Döpfner et. Al 2005); Selbsturteil, Angehörige*
- ✓ *Adult ASRS-V1.1 (WHO)*
- ✓ *Modifizierte Symptomcheckliste nach DSM-IV (APA 1996)*

Neuropsychologisch können u.a. nachstehende **Fähigkeiten** getestet werden:

- ✓ *Dauerkonzentration*
- ✓ *Konzentration auf Details*
- ✓ *Koordination und Motorik*
- ✓ *Arbeitsgeschwindigkeit*
- ✓ *Abstraktionsfähigkeit*
- ✓ *sprachliche Ausdrucksfähigkeit*
- ✓ *Arbeitsgedächtnis*
- ✓ *Planung und Durchführung von Arbeiten*
- ✓ *Lern- und Merkfähigkeit*
- ✓ *Visuomotorische Geschwindigkeit*

Folgende **Differentialdiagnosen** müssen berücksichtigt werden:

- ✓ *Affektive Störungen*
- ✓ *Angststörungen*
- ✓ *Persönlichkeitsstörungen*
- ✓ *Schizophrene Psychosen*

- ✓ *Seh- oder Hörstörungen*
- ✓ *Erschöpfungszustand bei somatischer Erkrankung*
- ✓ *Hyper- oder Hypothyreose*
- ✓ *posttraumatisch, postenzephalitisch,*
- ✓ *Raumforderung*
- ✓ *Vigilanzstörungen bei gestörter Schlaf-Wach-Regulation*
- ✓ *Restless-legs-Syndrom*

- ✓ *Normales Aktivitätsniveau*
- ✓ *schlecht organisiertes, inadäquates oder emotional stark belastendes Milieu*

Neurobiologische Grundlagen

Betroffen sind die zentral modulatorisch wirkenden Transmittersysteme Noradrenalin (Aufmerksamkeit), Serotonin (Impuls) und Dopamin (Antrieb) im Bereich des Hirnstamms.

Zusätzlich wurden eine veränderte Rezeptordichte bzw. eine erhöhte Dopamintransporterverfügbarkeit sowie eine Dysfunktion der Dopaminrezeptoren festgestellt. In der folgenden Abbildung sieht man, wie die Dopamintransporterbindungskapazität durch Rauchen, das als Selbsttherapiemaßnahme gehäuft bei ADHS-Patienten angetroffen wird, reduziert wird.

Dopamintransporterverfügbarkeit und ADHS

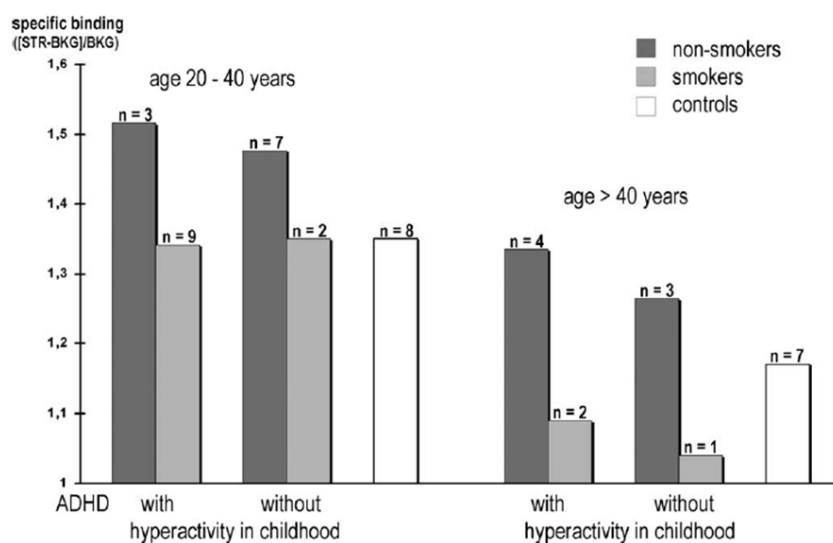


Fig. 4. Dopamine transporter binding in the striatum of smoking and non-smoking adults with ADHD with only inattentive symptoms since childhood and with hyperactivity/impulsivity in the childhood, mostly in combination with attention deficit and in non-smoking controls, shown by specific accumulation of [^{99m}Tc]TRODAT-1 in SPECT scans, in the age groups of 20–40 years and over 40 years.

Krause et al. 2003

Schließlich findet sich bei den Betroffenen eine gestörte hemmende Aktivität (noradrenerg) im Bereich der vorderen Großhirnrinde. Dieser Bereich ist u.a. wichtig bei verschiedenen kognitiven Funktionen wie Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis, Emotionsregulation sowie für kreatives wie abstraktes Denken und für Planungs- und Kontrollfunktionen.

Fragen

- Differentialdiagnostische Abgrenzung des ADHS zur Borderline-Störung

Da beide Erkrankungen als bipolare Störungen in Erscheinung treten können, bei denen Emotion und Impulsivität betroffen sind, gilt es den Focus auf die beeinträchtigte Aufmerksamkeit und evt. vorhandenes selbstverletzendes Verhalten zu legen.

- Wieso verschwindet das ADHS in vielen Fällen im Erwachsenenalter?

Eine mögliche Erklärung könnte in der Hirnentwicklung und –reifung liegen, die erst mit dem 20. Lebensjahr abgeschlossen ist. Resilienzfaktoren sind noch weitgehend unerforscht. Möglicherweise ist der übliche Schulunterricht für ADHS-Kinder auch besonders ungeeignet, so dass sie sich nach Beendigung ihrer Schullaufbahn in passende Berufsfelder integrieren.

- Was tun bei Regressforderungen durch den Kostenträger?

Hier gilt es eine gute Diagnostik und einen positiven Nachweis für einen Erkrankungsbeginn im Kindesalter zu erbringen. Bei vorliegender Opiatabhängigkeit sollte Methylphenidat, wenn überhaupt, nur auf Privatrezept verordnet werden, wobei die Gefahr eines missbräuchlichen Konsums besteht.

ADHS und Drogenabhängigkeit – Diagnostik und Psychopathologie

Herr PD Dr. Ohlmeier, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Ludwig-Noll-Krankenhaus) des Klinikums Kassel gab zunächst einen Überblick über Epidemiologie, Diagnostik und neurobiologischen Hintergrund des ADHS, auf deren Darstellung hier aufgrund der ausführlichen Dokumentation des ersten Vortrags und der Zurverfügungstellung der Vortragsfolien verzichtet werden soll.

Herr Ohlmeier wies darauf hin, dass eine ausführliche Suchtanamnese bei erwachsenen ADHS-Patienten unumgänglich sei. In diesem Zusammenhang bleibt auch zu erwähnen, dass Kokain aufgrund des ausbleibenden Kicks für ADHS-Patienten eher uninteressant ist. Cannabis wird hingegen wegen seiner beruhigenden Wirkung konsumiert.

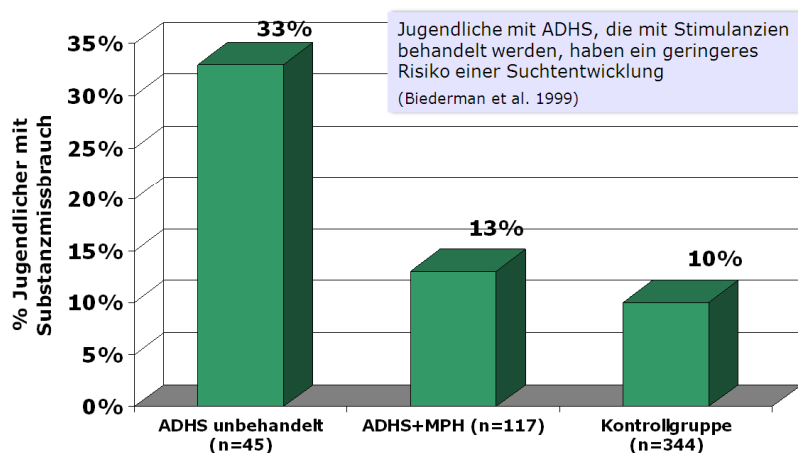
Komorbidität und Differentialdiagnose

Am häufigsten und gleichzeitig auch sehr schwierig ist die Abgrenzung von der *Depression*, die auch mit Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, innerer Unruhe, Desorganisation und sozialen Defiziten einhergehen kann. Bei der im ICD 10 beschriebenen *emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus* handelt es sich möglicherweise um ein ADHS, wobei allerdings der wissenschaftliche Nachweis dafür fehlt.

Für die Komorbidität von ADHS und Substanzmissbrauch gibt es in der Literatur zahlreiche Belege, wobei es keine evidenzbasierten Hinweise gibt, dass eine Stimulanzientherapie bei ADHS-Patienten das Risiko eines Substanzmissbrauchs erhöht. Bei jugendlichen ADHS-Patienten reduziert die Pharmakotherapie das Risiko eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, wie die nachfolgende Abbildung zeigt.

Behandlung der ADHS senkt Risiko des Substanzmissbrauchs

Gesundheit
Nordhessen
Klinikum Kassel



Herr Ohlmeier untersuchte in einer Studie an rund 150 erwachsenen Suchtpatienten (Alkohol- und multiple Substanzabhängigkeit) in stationärer Behandlung diese auf das Vorliegen von ADHS-Zeichen. Bei der Untersuchung mittels Wender Utah Rating Scale (WURS-R) zeigte sich, dass über 20% der Alkoholabhängigen und über 50% der Substanzabhängigen Hinweise für das Vorliegen eines ADHS im Kindesalter aufwiesen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren noch rund 23% der Alkoholabhängigen und 34,5% der Substanzabhängigen von ADHS betroffen.

Fragen

- Kann man probatorisch zur Sicherung der Diagnose Methylphenidat geben?

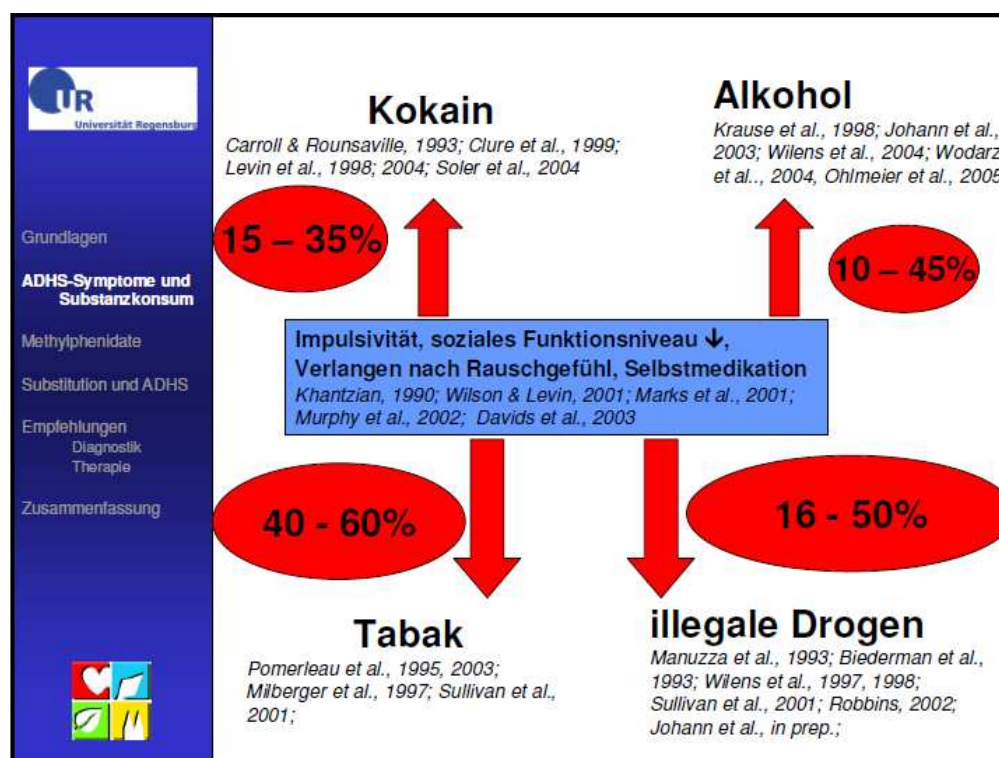
Da 20-30% der ADHS-Patienten Non-Responder sind, ist dieses Vorgehen problematisch. Eine hohe diagnostische Sicherheit ist erforderlich, so dass höchstens in Ausnahmefällen eine probatorische Verabreichung in Frage kommt.

- In welchen Fällen können ADHS-krankte Suchtpatienten mit MPH behandelt werden?

Nie, da das Missbrauchsrisiko zu hoch ist. Es empfehlen sich hier Arzneimittel mit noradrenerger Komponente. Bei nordarenergen Substanzen wünschen sich die Patienten eher geringere Dosierungen.

ADHS und Drogenabhängigkeit – Therapie

Herr PD Dr. Wodarz, Oberarzt und Leiter des Bereichs Klinische Suchtmedizin der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychiatrie der Universität Regensburg, griff zu Beginn seines Vortrags noch einmal den Zusammenhang zwischen Suchterkrankung und ADHS auf, indem er diverse Studien zitierte, die in der nachfolgenden Abbildung zusammengefasst sind.



Medikamentöse Strategien

Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmung:

Seit März 2005 ist Atomoxetin (Strattera[®]) auch für die Behandlung eines adulten ADHS zugelassen und ist erstattungsfähig, wenn bereits im Jugendalter damit behandelt wurde. Das teure Präparat verbessert die Symptomatik nach einigen Wochen und wird aufgrund der drohenden Regressproblematik kaum eingesetzt.

Dopamin-/ Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmung:

Diese Substanzen, z.B. Bupropion (Zyban[®]), Elontril sind Mittel erster Wahl, ebenso wie weitere duale Antidepressiva.

Methylphenidat (MPH)

Die Wirksamkeit von MPH ist gut untersucht, wobei der Nachweis einer längerfristigen Wirksamkeit aufgrund der zeitlichen Limitierung der vorhandenen Untersuchungen nicht erbracht ist. MPH erhöht das im Gehirn verfügbare Dopamin, wobei die Wirkung bereits nach 15-30 Minuten einsetzt und 3 bis 5 Stunden anhält. Die Verordnungszahlen haben sich innerhalb von 10 Jahren (1997-2006) verzehnfacht, so dass damit auch das Missbrauchsrisiko steigt.

Missbrauch

Eine klinikeigene Untersuchung zur Herkunft von missbräuchlich verwendeten MPH ergab, dass 27% über den Arzt, 9% über Dealer, 18% über die Verordnung des Kindes und 55% über die Szene bezogen werden. Dabei verwenden 64% die Substanz oral und 55% i.v. (cave: Emboliegefahr durch Talkum). Knapp drei Viertel der Befragten verwendeten MPH nur ein- bis zweimal, 9% 6-10mal und 18% missbrauchten die Substanz 21-50mal (Unglaub et al., 2007).

Substitution und ADHS

In einer 10-wöchigen Behandlungsstudie wurden bei Substitutionspatienten die Substanzen Bupropion, MPH und Placebo doppelblind gegeneinander verglichen (Levin et al., 2006). Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Studienarmen; auch hinsichtlich des Beikonsums fanden sich im zweiwöchigen Beobachtungszeitraum keine Unterschiede.

Off-Label-Use

Von Off-Label-Use spricht man bei einer zulassungsüberschreitenden Anwendung, wenn nach wissenschaftlicher Erkenntnis ein Medikament besonders geeignet ist und Alternativen nicht zur Verfügung stehen (Normann et al., 2003). Dies ist bei der Behandlung erwachsener ADHS-Patienten in der Regel der Fall und muss gegenüber den Kostenträgern entsprechend begründet werden. Eine plausible Begründung könnte die folgenden Punkte enthalten.

- Es handelt sich um die *Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung*, wobei die Funktionsstörungen im Alltag dargestellt werden sollen.
- Es ist keine andere Therapie verfügbar. Hier kann über einen vorangegangenen fehlgeschlagenen Therapieversuch berichtet werden.
- Aufgrund der Datenlage, die mit Placebo-kontrollierten, randomisierten Studien belegt werden kann, besteht die begründete Aussicht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg erzielt werden kann.

Probleme der Diagnostik

Bei der Diagnostik ist darauf zu achten, dass Symptome des Substanzgebrauchs bzw. -entzugs einer ADHS ähneln können. Ferner sollte man den Screeninginstrumenten nicht blind vertrauen, da diese weder andere psychiatrischen Störungen noch die Effekte von Substanzkonsum oder Entzugserscheinungen erfassen oder den Versuch einer Imitierung der Symptomatik von ADHS aufdecken können.

Empfehlungen zur Therapie

Die Stellung der Diagnose bedeutet nicht automatisch Behandlungsbedürftigkeit. So müssen die konkreten Einschränkungen dokumentiert und die Zielsymptome der Behandlung definiert werden.

Mittel der 1. und 2. Wahl sind Nicht-Stimulantien. Sollte dennoch MPH verordnet werden, dann nur in retardierter Form. Um das Missbrauchsrisiko zu minimieren sollte bei Substitutionspatienten die Medikamentenvergabe an die Substitutvergabe angegliedert werden. Der Behandlungserfolg sollte anhand der Verbesserung der Zielsymptomatik (auch fremdanamnestic) abgefragt werden. Eine ergänzende Psychotherapie kann dazu beitragen, dass Haltequote, Selbstakzeptanz, das psychische Gesamtbefinden und die Aufmerksamkeit zunehmen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es bisher noch keine Evidenz einer besonders wirksamen medikamentösen Behandlung gibt.

Bei drogenabhängigen ADHS-Patienten handelt es sich um eine Subgruppe mit spezifischem Risikoprofil, deren Suchterkrankung früh beginnt und schwer verläuft, die komorbide Persönlichkeitsstörungen aufweist und seltener als andere Patientengruppen Nachbetreuungsangebote nutzt.

ADHS im Behandlungskonzept einer stationären Reha-Klinik

Dr. Kolb, Chefarzt der AHG Klinik Wilhelmsheim und AHG Tagesklinik in Stuttgart, berichtete, dass sich bei erwachsenen Alkoholabhängigen in Deutschland in 10-20% der Fälle ein ADHS findet. Zudem zitierte er zwei sich widersprechende Studien, nach denen sich bei pathologischen Spielern in 15,5% persistierende ADH-Symptome im Erwachsenenalter fanden (Retz, Schmitt, Vogelgesang, Rösler, 2007), wohingegen in einer anderen Studie keine Fälle von ADHS bei pathologischen Spielern gefunden wurden (Premper, Schulz, 2008).

Eine Auswertung der klinikeigenen Entlassungsdiagnosen über den Zeitraum von 2006 bis 2010 ergab eine Häufigkeit an ADHS-Diagnosen von rund 1%. Dieser niedrige Wert kommt möglicherweise durch einen Selektionseffekt aufgrund der Langzeitbehandlung zustande, d.h. ADHS-Patienten lassen sich zu einer derartigen Therapie nur schwer motivieren. Möglicherweise liegt der niedrigen Prävalenz auch ein Diagnostikproblem zugrunde.

Behandlungsangebote

Für die Patienten stehen folgende indikative Gruppen zur Verfügung:

- ✓ Umgang mit belastenden Gefühlen
- ✓ Denken – Fühlen – Handeln
- ✓ Umgang mit Ärger und Aggression
- ✓ Stress am Arbeitsplatz
- ✓ Genuss und Genießen
- ✓ Depression
- ✓ Selbstsicherheit und Kontakt
- ✓ Ausdauerlaufen und Sport

Zudem erhalten Betroffene Informationen über ADHS sowie Unterstützung durch psychoedukative Maßnahmen.

Pathologisches Spielen und ADHS

Über einen Zeitraum von einem Jahr wurden in der AGH Klinik Wilhelmsheim bis Juni 2010 alle pathologischen Spieler auf ADHS gescreent. Dabei fanden sich bei rund 20% der Patienten (n=8) Hinweise auf eine ADHS im Kindesalter, bei 3 Personen Anzeichen auf eine Residualsymptomatik und bei einem Patienten bestand der V.a. ein ADHS im Erwachsenenalter. Schwierig bleibt die Einordnung der Residualsymptome, da sich diese mit anderen komorbiden Störungen überschneiden.

Workshop 1: Erfahrungsaustausch zu den BAS-Empfehlungen zum Umgang mit Suchtkranken bei adultem ADHS

Frau Dr. Hach, niedergelassene Ärztin einer psychotherapeutischen Praxis in Nürnberg, stellte zunächst die Inhalte der Empfehlungen zum Umgang mit Suchtkranken bei adultem ADHS vor. In der sich anschließenden Diskussion sollten u.a. folgende Fragen geklärt werden:

- Wie sieht die Umsetzung dieser Empfehlungen in der Praxis aus?
- Wo gibt es Schwierigkeiten?
- Sind die Empfehlungen noch aktuell bzw. vollständig?
- Sollte man zwischen Alkohol und anderen Suchtstoffen einen Unterschied in der empfohlenen Vorgehensweise machen?

Folgende Ergänzungen wurden vorgeschlagen, die in der demnächst durch die BAS zu überarbeitenden Version der Empfehlungen Berücksichtigung finden sollen:

- Betonung des multimodalen Behandlungskonzepts (kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation und Entspannungsverfahren)
- Bedeutung der Fremdanamnese und des Einbezugs von Angehörigen in Diagnose und Therapie
- Sorgsame Dokumentation
- Aktualisierung der Studienergebnisse
- Hinweis auf Diagnostik-Fragebögen, Links zu ADHS und Off-Label-Use-Aufklärungsbogen auf der BAS-Website
- Evt. Kontaktadressen in Bayern

Workshop 2: ADHS-Patienten in der Beratungsstelle

Das Seminar „ADHS-Patienten in der Beratungsstelle – Vernetzung und Behandlungsmöglichkeiten“ wurde von Frau Dipl.-Sozialpädagogin Gabriele Dietz, selbständige Beraterin und ADHS-Expertin, gehalten. Um den Teilnehmern des Workshops einen Einblick in die ADHS-Symptomatik und in die Praxis im Umgang mit ADHS-Patienten zu vermitteln, las Frau Dietz zunächst einen Auszug aus dem Buch von Arno Backhaus „Ach du Schreck! ADS. Vom Chaoskind zum Lebenskünstler“ vor, in dem der Autor, selbst ADHS-Betroffener, von einem „ganz normalen Tag“ berichtet. Frau Dietz stellte ferner Fallbeispiele aus ihrer Beratungspraxis vor. Die sich daraus ergebende Diskussion mit den Workshopteilnehmern behandelte folgende Fragestellungen:

- (1) Wie lässt sich die Symptomatik von ADHS-Patienten von den Merkmalen eines Suchtpatienten abgrenzen?
- (2) Inwiefern sollte sich die Beratung eines Suchtpatienten mit einem diagnostizierten ADHS von demjenigen ohne ADHS unterscheiden?
- (3) Welche Emotionen und Reaktionen lösen ADHS-Patienten aufgrund ihrer Symptomatik bei Beratern aus?

In der Beratung von Patienten mit ADHS, die auch als „Krankheit der negativen Gefühle“ bezeichnet wird, ist es Frau Dietz zufolge besonders wichtig, den Klienten zu fordern, nicht jedoch mit Zwang zu arbeiten, sondern vielmehr den „Weg der kleinen Schritte“ zu begehen. Es sei wichtig, sie zu ermutigen und hilfreich, unter Einsatz von Materialien zu arbeiten. Eine wichtige Zielsetzung in der Behandlung von ADHS sei das „Management von Gefühlen“ und dabei insbesondere die Beziehungsarbeit von zentraler Bedeutung für den Erfolg einer ADHS-Therapie.

Als eines der zentralen Probleme in der Beratungspraxis von Suchtpatienten mit Verdacht auf eine Zweitdiagnose ADHS verwiesen Workshopteilnehmer aus Suchtberatungsstellen auf die Problematik einer guten Diagnostik. Im Falle eines Verdachts auf, aber noch keiner erfolgten umfassenden ADHS-Diagnostik könne man sich als Berater zwar an den behandelnden Hausarzt oder im Falle eines Substitutionspatienten an den substituierenden Arzt wenden. Mit diesem

Vorgehen sei jedoch noch nicht die notwendige, umfassende und damit auch zeitaufwendige Diagnostik gewährleistet. Es sei vielmehr ein Mangel an guten ADHS-Diagnostikern zu beklagen. Ferner verwiesen sie darauf, dass Behandlungs- und Beratungsleitlinien im Umgang von Suchtpatienten mit einer ADHS-Diagnose für die praktische Arbeit sinnvoll und wünschenswert seien.

Zum Abschluss des Workshops empfahl Frau Dietz als Informationsquellen zu ADH(S) nachfolgende Institutionen und Literatur:

- ADHS Deutschland e.V. (Selbsthilfe für Menschen mit ADHS): www.adhs-deutschland.de
- Arno Backhaus: „Ach du Schreck! ADS. Vom Chaoskind zum Lebenskünstler“
- **Sari Solden „Die Chaosprinzessin - Frauen zwischen Talent und Misserfolg“**

Literatur und Links

- www.zentrales-adhs-netz.de
- D'Amelio R, Retz W, Philipsen A, Rösler M (2009): Psychoedukation und Coaching – ADHS im Erwachsenenalter. Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen. Urban und Fischer, München.
- Lauth GW, Minsel W-R (2009): ADHS bei Erwachsenen, Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen. Hogrefe, Göttingen.
- Rösler M, Retz-Junginger P, Retz W, Stieglitz R-D (2008): HASE – Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Hogrefe, Göttingen.
- Safren SA, Perlman CA, Sprich S, Otto MW (2009): Mastering your adult ADHD: a cognitive behavioral treatment program; Deutsche Bearbeitung Sobanski E, Schuhmacher-Stien N, Alm B: Kognitive Verhaltenstherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Schmidt S, Petermann F (2009): ADHS–E. Pearson, Frankfurt a. Main.

Die Präsentationen zu den vier Vorträgen können bei Interesse in der BAS-Geschäftsstelle unter bas@bas-muenchen.de angefordert werden.

Die 23. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern der BAS findet am **23.03.2011** im Hansa-Haus in München statt.

Das Thema wird frühzeitig im Vorfeld der Veranstaltung angekündigt.

Wir freuen uns, wenn Sie uns über regionale Aktivitäten, Besonderheiten oder auch Schwierigkeiten informieren!