

Nervenarzt 2019 · 90:926–931

<https://doi.org/10.1007/s00115-019-0779-2>

Online publiziert: 12. August 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Mathias Luderer<sup>1</sup> · Falk Kiefer<sup>2,3</sup> · Andreas Reif<sup>1</sup> · Franz Moggi<sup>4</sup><sup>1</sup>Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland<sup>2</sup>Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Mannheim, Deutschland<sup>3</sup>Feuerlein Centrum für Translationale Suchtmedizin, Heidelberg, Deutschland<sup>4</sup>Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Bern, Bern, Schweiz

## ADHS bei erwachsenen Patienten mit Substanzkonsumstörungen

### Einführung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine neuropsychiatrische Entwicklungsstörung, die im Kindesalter beginnt und häufig bis ins Erwachsenenalter persistiert. Die Symptome der ADHS sind verminderte Aufmerksamkeit, erhöhte Impulsivität und Hyperaktivität. Viele Betroffene leiden auch an einer gestörten Affektregulation. Die Erkrankung ist mit einem erhöhten Risiko für verschiedenste psychische Störungen verbunden, insbesondere eine Substanzkonsumstörung (SKS; [8, 29]).

Die bisher einzige und umfassende Metaanalyse mit 29 Studien ergab, dass 23,1 % der Patienten mit SKS auch eine ADHS aufwies [27]. Allerdings zeigte sich eine große Bandbreite (2–83 %). Im Gefolge dieser Metaanalyse wurde die bisher größte internationale Studie mit standardisierter Diagnostik durchgeführt. Bei knapp 14 % der Patienten in Suchtbehandlung konnte eine ADHS-Diagnose festgestellt werden, wobei verschiedene Faktoren (z. B. Alter, Geschlecht, Behandlungssetting, Land) die Prävalenzrate der ADHS beeinflussten [25]. In einer Schweizer Multicenterstudie wurden 18,4 % der Patienten mit Alkoholabhängigkeit positiv auf ADHS-Symptome gescreent [23], was einer mutmaßlichen Prävalenz von ca. 10–20 % ADHS entspricht. In der einzigen Studie aus Deutschland zu diesem Thema wurden über 400 Alkoholabhängige in der stationären Entwöhnung untersucht und mit aufwendigem diagnostischem

Prozedere wurde bei 20,5 % der Patienten eine ADHS festgestellt [18]. Allein die Häufigkeit betont die Relevanz der Komorbidität ADHS, die zudem den Verlauf beider Erkrankungen negativ beeinflusst. So haben die Betroffenen z. B. trotz häufigerer Behandlungen geringere Abstinenzraten und die Rate an weiteren Komorbiditäten ist hoch (v. a. dissoziale oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen, bipolare Störungen, Angst- oder posttraumatische Belastungsstörungen; [5, 26]).

### Methode

Aufbauend auf einem kürzlich veröffentlichten internationalen Konsensuspapier der International Collaboration on ADHD and Substance Abuse (ICASA; <https://www.adhdandsubstanceabuse.org>), bei dem zwei der Autoren dieses Artikels mitgewirkt haben [5], ergänzt durch die aktuellen S3-Leitlinien zu ADHS [1], Alkoholabhängigkeit [2] und Methamphetaminabhängigkeit [6] sowie adaptiert an den deutschsprachigen Raum werden hier die aktuellen Empfehlungen für die Praxis bei Patienten mit ADHS und Substanzkonsumstörung (SKS) vorgestellt.

### Screening und Diagnose von ADHS bei Patienten mit SKS

#### Screening

Einerseits besteht eine hohe Prävalenz von ADHS bei Personen mit SKS, an-

dererseits berichten viele Patienten ihre ADHS-Symptome während der Suchtbehandlung nicht spontan, sondern konzentrieren sich auf ihre Probleme im Zusammenhang mit der SKS. Daher sollte routinemäßig auf ADHS-Symptome gescreent werden (■ Tab. 1; [5]). Derzeit ist die Kurzversion der Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-V1.1; [11]) mit sechs Items das am weitesten verbreitete und am häufigsten verwendete Screeninginstrument bei dieser Patientengruppe und verfügt gemäß verschiedener Studien über eine gute Sensitivität (67–100 %) und akzeptable Spezifität (66–82 %; [5]). In einer deutschen Studie an Alkoholabhängigen zeigte der ASRS-Summenscore bei einem üblichen Schwellenwert von  $\geq 14$  jedoch eine nur geringe Sensitivität von 57,1 %. Ein niedrigerer Cut-off von  $\geq 12$  wies eine bessere Sensitivität auf (73,8 %) bei weiterhin guter Spezifität (92,4 %; [16]).

Die im deutschsprachigen Raum gebräuchliche Kurzform der Wender Utah Rating Scale (WURS-k; [21]) zur retrospektiven Erfassung von ADHS-Symptomen in der Kindheit konnte bezüglich Sensitivität und Spezifität bei Alkoholabhängigen als alleiniges Instrument nicht überzeugen [17].

Die ebenfalls im deutschsprachigen Raum oft eingesetzte ADHS-SB zeigte hingegen gute Ergebnisse. Ein Summenscore  $\geq 15$  war hier der beste Kompromiss aus Sensitivität und Spezifität [17].

Zwischen 20 und 40 % der Patienten mit ADHS werden bei der Verwendung eines einzigen Screeninginstruments

**Tab. 1** Zusammenfassung der Konsensempfehlungen zu ADHS und Substanzkonsumstörungen. (Adaptiert nach [5])

	Empfehlungsgrad
<i>Diagnostik</i>	
Die ASRS ist das für die Komorbidität am besten untersuchte Screeninginstrument und zeigt gute Performanz bei erwachsenen Patienten mit SKS. (Anmerkung der Autoren: möglicherweise sind niedrigere Cut-off-Werte $\geq 12$ für eine adäquate Detektionsrate notwendig.)	A
Die Diagnostik soll so früh wie möglich begonnen werden. Die Diagnostik soll als kontinuierlicher Prozess verstanden werden. Eine gute Nacherhebung der Symptomatik schützt vor Über- und Unterdiagnostizierung von ADHS bei Patienten mit SKS	KKP
Die Diagnose „ADHS, nicht näher bezeichnet“ kann bei Patienten mit ausreichendem Schweregrad der ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter erwogen werden (Ergänzung der Autoren: gemeint ist dabei auch, wenn keine ausreichende Symptomatik vor dem Alter von 12 Jahren vorgelegen hat)	KKP
Die Diagnose ADHS bei SKS sollte durch Ärzte oder Psychologen mit umfassender Erfahrung in beiden Krankheitsbildern gestellt werden	KKP
Wenn möglich, soll eine Fremdanamnese mit Eltern, Partner und/oder Angehörigen durchgeführt werden, um frühere und derzeitige Symptome und Funktionseinschränkungen zu erfassen. Lehrerkommentare in Grundschulzeugnissen stellen eine zusätzliche Informationsquelle dar	B
Der diagnostische Prozess soll aktuellen und früheren Substanzkonsum (Häufigkeit, Menge, sozialer Kontext) berücksichtigen	KKP
Der Fokus für die Erhebung der Symptome in der (Fremd-)Anamnese soll auf drogen- und alkoholabstinenten Lebensphasen liegen (Anmerkung der Autoren: falls möglich)	KKP
<i>Behandlung</i>	
Sowohl die ADHS als auch die SKS sollten ausreichend medikamentös behandelt werden, wenn indiziert	A
Es sollte immer eine Kombination von Pharmako- und Psychotherapie erwogen werden (Anmerkung der Autoren: jeweils für SKS und AHDS)	A
Die Behandlung der ADHS und weiterer Komorbiditäten sollte so früh wie möglich in die Behandlung der SKS integriert werden	A
Psychotherapie, die möglichst die Kombination von ADHS und SKS berücksichtigt, soll angeboten werden	KKP
Lang wirksame Stimulanzien (Methylphenidat, Amphetamine, Lisdexamfetamin) und Atomoxetin sind wirksam in der Behandlung der ADHS bei SKS; möglicherweise ist bei manchen Patienten eine schrittweise Aufdosierung in höhere Bereiche als üblich notwendig. Das Missbrauchsrisiko ist bei langwirksamen Stimulanzien begrenzt	B
Vorsichtiges und sorgfältiges Vorgehen wird empfohlen, um Missbrauch und Weitergabe rezeptierter Betäubungsmittel zu vermeiden	KKP
Im Original wurde das System der Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) verwendet (SIGN 2001), das Empfehlungen ausschließlich auf Basis der zugrunde liegenden Evidenz vergibt. Das System der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) erlaubt dabei je nach klinischer Relevanz eine Auf- oder Abwertung der Empfehlungen [1]. In der vorliegenden Tabelle wurden die Empfehlungsgrade durch die Autoren im Hinblick auf die klinische Relevanz angepasst und stärker differenziert: <b>A</b> starke Empfehlung bei guter Datenlage, <b>B</b> Empfehlung bei guter Datenlage, <b>KKP</b> klinischer Konsenspunkt – Expertenkonsens trotz unzureichender Daten aus kontrollierten Studien <i>ADHS</i> Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, <i>ASRS</i> Adult ADHD Self-Report Scale, <i>SKS</i> Substanzkonsumstörung	

falsch-negativ getestet. Patienten mit klinischem Verdacht auf ADHS sollten daher auch bei einem negativen Screeningergebnis eine ausführliche diagnostische Abklärung erhalten. Erlauben es die Ressourcen, wird eine Kombination von Screeninginstrumenten empfohlen, um die Detektionsrate zu verbessern [5, 16, 17].

## Diagnostik

Die Diagnose der ADHS sollte das Ergebnis einer sorgfältigen psychiatrisch-psychologischen Untersuchung mit zusätzlicher Abklärung der ADHS-Komorbidität sein.

Nach DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5) sollen die ADHS-Symptome nicht besser durch

eine andere Störung erklärt werden können [9]. Dementsprechend kommt der Erhebung der longitudinalen Symptomatik zur Abgrenzung episodischer Erkrankungen ein besonderer Stellenwert zu. Nach DSM-5 müssen retrospektiv „einige“ Symptome vor dem 12. Lebensalter aufgetreten sein, damit eine ADHS diagnostiziert werden kann [9]. Allerdings haben erwachsene Patienten mit SKS besonders große Schwierigkeiten, sich an ADHS-Symptome in der Kindheit zu erinnern, wodurch die ADHS leicht übersehen werden kann. Weil sich Patienten mit SKS primär wegen ihres Konsums in die Behandlung begeben, müssen durch den Behandler mögliche ADHS-Symptome aktiv erfragt werden [5].

Es muss abgeklärt werden, ob ADHS-Symptome auch in Lebensphasen bzw. Si-

tuationen ohne Substanzkonsum auftreten und ob Symptome von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter vorlagen. Daher sollte eine sorgfältige Erhebung der Entwicklungsgeschichte, der psychiatrischen Komorbiditäten und der Familienanamnese erfolgen. Außerdem soll die Diagnostik die aktuellen ADHS-Symptome, den Verlauf der Schul- und Berufsbildung und Beziehungen sowie weitere psychiatrische und somatische Komorbidität inklusive körperlicher Untersuchung beinhalten. Zudem sollten psychosoziale Aspekte mit einbezogen werden, die protektive oder negative Auswirkungen auf das individuelle Funktionsniveau haben können. Vergangenes ist meist schwer zu erinnern und die Einbeziehung von Familienmitgliedern oder anderen wichtigen Bezugspersonen hilft,

sofern die Angaben z. B. der Eltern zuverlässig erscheinen [19]. Grundschulzeugnisse sind zur Beurteilung der Symptomatik im Kindesalter oft hilfreich [5].

Prinzipiell besteht bei dieser Komorbidität das Problem, dass sich ADHS-Symptome und SKS-Symptome (Entzug, Intoxikation, kognitive Defizite in der frühen Abstinenz) imitieren, sich aufheben oder sich wechselseitig verstärken können. Zu strenge Voraussetzungen für eine ADHS-Diagnose können daher zur Unterdiagnostizierung und Unterbehandlung führen, zu großzügige Auslegung der Kriterien zu einer Überdiagnostizierung und Überbehandlung [5].

Das Konsensuspapier empfiehlt, die Diagnostik so bald wie möglich zu beginnen, wenn keine *schwerwiegenden* Intoxikationszeichen bzw. Entzugserscheinungen mehr vorliegen. Mit einem Screening, der Erhebung der Anamnese (z. B. Grundschulzeugnisse) kann bereits früher begonnen werden. Die Diagnose bei aktiv und hochfrequent konsumierenden Patienten wird dabei sehr eindeutigen Ausnahmefällen vorbehalten sein, die u. U. ohne ADHS-Behandlung gar nicht abstinenz- oder therapiefähig sind. Die (vorläufige) Diagnose und deren Behandlung sollte wie bei jeder Erkrankung im weiteren Verlauf überprüft werden. Sorgfältige Nachkontrollen sind unerlässlich und verhindern Über- oder Unterdiagnostizierung [5].

Semistrukturierte Interviews wie das Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview (CAADID), das häufig als Goldstandard zur Diagnostik von ADHS nach DSM-IV bzw. auch DSM-5 bei Patienten mit SKS bezeichnet wird, können zur standardisierten und strukturierten Befunderhebung verwendet werden [7]. Das CAADID ist allerdings einerseits in deutscher Sprache nicht verfügbar und andererseits auch kostenpflichtig. Es ist jedoch mit dem Diagnostischen Interview für ADHS bei Erwachsenen (DIVA) vergleichbar, das gerade auf DSM-5 adaptiert wird und auf Deutsch erhältlich ist. Das DIVA kann ggf. auch in Anwesenheit von Angehörigen durchgeführt werden [5, 18]. Das DIVA ist bei Erwachsenen mit SKS nicht formal validiert, jedoch frei verfügbar (siehe unter [13]).

Nervenarzt 2019 · 90:926–931 <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0779-2>  
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

M. Luderer · F. Kiefer · A. Reif · F. Moggi

## ADHS bei erwachsenen Patienten mit Substanzkonsumstörungen

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine häufige Komorbidität bei erwachsenen Patienten mit Substanzkonsumstörungen (SKS). Die Diagnostik und Behandlung der ADHS bei SKS stellt dabei oft eine Herausforderung dar, auch im Hinblick auf die Verordnung von Stimulanzien. Vor kurzem erstellte eine Gruppe internationaler Experten ein Konsensuspapier zu Diagnostik und Therapie der Komorbidität ADHS und SKS. Außerdem wurden die S3-Leitlinien „ADHS“ veröffentlicht, die auch Hinweise zur Behandlung der ADHS bei komorbider SKS geben. Auch die S3-Leitlinien zu alkohol- bzw. methamphetaminbezogenen Störungen gehen auf ADHS als Komorbidität ein.

**Methoden.** Zusammenfassung der Konsensus- und Leitlinienempfehlungen, ergänzt um die aktuelle Literatur.

**Schlussfolgerung.** In den letzten Jahren haben sich neue Erkenntnisse zur Komorbidität ADHS bei Patienten mit SKS ergeben. Eine Reihe von Screening- und Diagnostikinstrumenten wurde mittlerweile in dieser Patientengruppe untersucht. Das Konsensuspapier und verschiedene Leitlinien geben dem Kliniker daher konkrete Hilfestellungen beim Erkennen von ADHS bei Suchtpatienten sowie bei der Durchführung der weiteren Diagnostik und der Behandlung beider Erkrankungen. Hier hat sich beispielsweise der Stellenwert von Stimulanzien bei der Behandlung von Patienten mit SKS und ADHS deutlich verändert und es gibt erste Studien zu psychotherapeutischen Interventionen spezifisch für diese Komorbidität.

### Schlüsselwörter

Konsensus · Abhängigkeit · Diagnostik · Behandlung · Übersichtsarbeit

## ADHD in adult patients with substance use disorders

### Abstract

**Background.** Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a common comorbidity in adult patients with substance use disorders (SUDs). The diagnostics and treatment of ADHD with SUD are often a challenge, also with respect to the prescription of stimulants. Recently, a group of international experts developed a consensus paper on the diagnosis and treatment of comorbid ADHD and SUD. In addition, the German S3 guidelines on ADHD have been published, which also give advice on the treatment of ADHD in comorbid SUD. The German S3 guidelines on alcohol-related disorders and methamphetamine-related disorders also address ADHD as a comorbidity.

**Methods.** Summary of consensus and guideline recommendations, supplemented with the most recent literature.

**Conclusion.** In recent years new findings on the comorbidity of ADHD in patients with SUD have emerged. A series of screening and diagnostic instruments have meanwhile been evaluated in this patient group. The consensus paper and various guidelines therefore provide clinicians with specific help in detecting ADHD in patients with SUD and in conducting further diagnostics and treatment of both disorders. For example, the importance of stimulants in the treatment of patients with SUD and ADHD has significantly changed and first studies on psychotherapeutic interventions specific to this comorbidity are now available.

### Keywords

Konsensus · Addiction · Diagnostics · Treatment · Review

## Behandlung der ADHS bei gleichzeitiger Substanzkonsumstörung

Zunächst einmal ist die ADHS eine Komorbidität, die den Behandlungserfolg bei Patienten mit SKS verschlechtert [5]. Führt die ADHS zu Funktionseinschränkungen und/oder Leid, besteht

eine Behandlungsindikation. Bei Erwachsenen mit ADHS ist daher eine Therapie indiziert, ab einem mittleren Schweregrad wird dabei auch eine medikamentöse Therapie empfohlen. Der Schweregrad wird über die Anzahl und/oder Ausprägung der Kriterien und die daraus resultierenden Einschränkungen

definiert [1]. Bei den meisten Patienten beeinflussen sich SKS und komorbide ADHS gegenseitig (z. B. Konsum bei Unruhe, Bewältigung intra- oder interpersoneller Konflikte ausgelöst durch Unaufmerksamkeit oder impulsives Verhalten, emotionale Dysregulation), sodass in der Mehrzahl der Fälle eine Kombination aus pharmakologischen und psychotherapeutischen Interventionen (Gruppe/Einzel, vorzugsweise kognitive Verhaltenstherapie, Selbsthilfegruppen) für beide Störungen sinnvoll ist [5].

## Pharmakologische Interventionen

Medikamente haben einen hohen Stellenwert in der Behandlung der ADHS. Zugelassen sind in Deutschland zur Behandlung von Erwachsenen zwei retardierte Methylphenidat-Präparate und Atomoxetin. Außerdem können weitere Methylphenidat-Präparate und Lisdexamfetamin zur Weiterbehandlung im Erwachsenenalter eingesetzt werden, wenn die Behandlung im Kindes-/Jugendalter begonnen wurde. Die Zulassung von Lisdexamfetamin für den Behandlungsbeginn im Erwachsenenalter wird in Deutschland für 2019 erwartet.

Die Behandlung mit Stimulanzien führt nicht zur Entwicklung einer SKS, sondern kann bei Kindern mit ADHS im Gegenteil die Entwicklung einer späteren SKS unter Umständen durch eine frühe und langfristige Therapie verhindern [10].

Frühere Studien zu Stimulanzien bei Erwachsenen mit SKS zeigten keinen Einfluss auf den Substanzkonsum [14, 22, 30]. Eine bemerkenswerte Studie verwendete bei Amphetaminabhängigen mit ADHS teils deutlich höhere Dosen von Methylphenidat (bis 180 mg/Tag), begleitend dazu erhielten die Teilnehmer eine verhaltenstherapeutische Einzeltherapie einmal wöchentlich mit dem Ziel der Rückfallprävention. Dadurch konnte eine signifikante Reduktion der ADHS-Symptome und eine Reduktion des Drogenkonsums sowie eine bessere Behandlungssadhärenz erreicht werden [12]. Bei Kokainabhängigen wurden robuste Dosierungen langwirksamer Amphetamin-

salze (60 und 80 mg/Tag) eingesetzt. Dies führte – in Verbindung mit einmal wöchentlichen verhaltenstherapeutischen Einzelsitzungen zur Rückfallprävention – zu einer deutlichen Verbesserung der ADHS und zu Konsumreduktion, mit nochmal besserem Therapieerfolg bei höherer Dosierung [15]. In der bislang einzigen Behandlungsstudie zu ADHS bei Alkoholabhängigen wurde Atomoxetin ohne zusätzliche spezifische Psychotherapie eingesetzt. Wenngleich sich der primäre Outcomeparameter (Abstinenz) nicht signifikant gegenüber der Placebogruppe unterschied, konnte eine signifikante Reduktion von ADHS-Symptomen, Craving und schweren Trinktagen erzielt werden [30].

Die vergleichsweise älteren S3-Leitlinien zu Alkohol und Methamphetaminen sind eher konservativ und empfehlen Atomoxetin als First-line-Behandlung – hauptsächlich, weil es keine Studien zur Behandlung einer ADHS mit Stimulanzien bei Alkohol- oder Methamphetaminabhängigkeit gibt [2, 6]. Dem sind die oben genannten positiven Studien zumindest bei Kokain- und Amphetaminabhängigen gegenüberzustellen [12, 15]. Insgesamt fällt die Reduktion der ADHS-Symptome im Vergleich zu Studien an ADHS-Patienten ohne Komorbidität geringer aus. Ein gutes Ansprechen auf die ADHS-Therapie bedeutet zudem nicht automatisch eine Verbesserung der SKS [5]. Für den klinischen Alltag liefern zwei Registerstudien deutliche Hinweise auf die Effektivität von Stimulanzien bei Patienten mit SKS [4, 20]: Hier konnte gezeigt werden, dass die Behandlung mit Stimulanzien mit einem um ca. ein Drittel reduzierten Risiko für substanzbezogene Behandlungen korreliert [4, 20]. Es kann somit unabhängig von der hauptsächlich missbrauchten Substanz von einer Wirkung der Pharmakotherapie im klinischen Alltag ausgegangen werden.

Die S3-Leitlinie „ADHS“ empfiehlt nun auch explizit, langwirksame Stimulanzien bei Patienten mit erhöhtem Risiko für Missbrauch einzusetzen; *alternativ* werden Atomoxetin oder Guanfacin (letzteres ist in Deutschland nur für das Kindesalter zugelassen) empfohlen [1]. Im „consensus statement“ wird ebenfalls empfohlen, langwirksame Stimulan-

zien, insbesondere OROS-MPH und Lisdexamfetamin oder Atomoxetin einzusetzen [5].

Insbesondere bei der Verordnung von Stimulanzien besteht jedoch ein Risiko, dass die Medikamente missbraucht werden (z. B. intranasal/intravenös oder um länger zu arbeiten/wach zu bleiben) oder auch weitergegeben oder verkauft werden. Zum nichtbestimmungsgemäßen Gebrauch verschriebener Stimulanzien durch ADHS-Patienten gibt es nur wenig Daten [1]. Das Konsensuspapier sieht vor allem junge Erwachsene (und Jugendliche) als Risikopopulation, wobei selbstverständlich in jedem Alter Missbrauch auftreten kann [5].

Wie bei jeder Verschreibung von Medikamenten mit Missbrauchspotenzial müssen diese Risiken und der mögliche therapeutische Nutzen klinisch individuell gut abgewogen werden. Die deutschen Fachinformationen der für Erwachsene zugelassenen Stimulanzien sehen eine SKS (aktuell oder früher) als relative Kontraindikation („Vorsicht“). Aus diesem Grund ist es notwendig, die Patienten aufzuklären. Es sollte ohne zu dramatisieren darauf hingewiesen werden, dass 1) Dosissteigerungen, insbesondere über den zugelassenen Bereich hinaus, nur nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt erfolgen sollen und dass 2) die Patienten ihr Einnahmemuster selbst auch im Blick behalten sollen, um mögliche Toleranzentwicklungen oder beginnenden missbräuchlichen Einsatz frühzeitig zu erkennen. Dies sollte dokumentiert werden. Die Vorsicht sollte nicht dazu führen, dass Patienten mit SKS und ADHS die Behandlung mit Stimulanzien aus Prinzip vorenthalten wird. Das Risiko für Missbrauch und Weitergabe bedarf immer einer individuellen Einschätzung und einer sorgfältigen Abwägung der Risiken [5].

Da Daten zu den besonders gefährdeten Patientengruppen weitgehend fehlen, muss die Auswahl geeigneter Patienten einer klinischen Rationale folgen. In die Überlegungen können beispielsweise die konsumierten Substanzen und deren Applikationsart (z. B. reiner Alkohol- oder Cannabiskonsum im Gegensatz zu Opioiden intravenös) einbezogen werden. Die beste Evidenz gibt es für die Be-

handlung der ADHS bei Amphetamin- und Kokainabhängigen, wobei die Dosierungen teilweise deutlich über dem zugelassenen Bereich lagen. Allerdings sind bei diesen Patienten möglicherweise auch Missbrauch und Weitergabe wahrscheinlicher als bei anderen Patienten. Weitere Kriterien zur Beurteilung der Eignung für Stimulanzien können die Nähe zur (härteren) Drogenszene, die Offenheit im Umgang mit Konsum (Urinkontrollen) und generell die Qualität der bisherigen Arzt-Patienten-Beziehung sein. Auch die Möglichkeit zur Einnahmekontrolle (z. B. alltägliche Sicht-Vergabe) spielt eine Rolle. Sollte die Entscheidung für die Therapie mit einem Stimulans fallen, kann das Risiko für Missbrauch und Weitergabe durch engmaschige Kontrollen (z. B. Drogenurin, „verlorene“ Rezepte), langwirksame Präparate und die Thematisierung der Betäubungsmittelrelevanz reduziert werden [5].

Die Behandlungssadhärenz ist ein großes Problem in den Patientengruppen entweder mit SKS oder mit ADHS und nochmals ausgeprägter bei Patienten mit beiden Erkrankungen [5]. Dabei hebt das „consensus statement“ hervor, dass viele Patienten die ADHS-Behandlung als Anerkennung ihrer (vorher oft lange ignorierten oder negierten) Probleme empfinden, was oft einen positiven Einfluss auf die Fortsetzung der Behandlung haben kann [5]. Dabei führen Stimulanzien (insbesondere in höheren Dosierungen) gegenüber Placebo zu einer besseren Haltequote [24].

### Nichtpharmakologische Interventionen

Es gibt bisher wenige Studien zur nicht-medikamentösen Behandlung bei ADHS und SKS. Eine der ersten randomisiert-kontrollierten Studien zur integrativen kognitiven Verhaltenstherapie (IKVT für ADHS und SKS) im Vergleich zu Standard-KVT zeigte eine signifikante Reduktion der ADHS-Symptomatik bei jedoch niedriger Effektstärke. Der Substanzkonsum wurde in beiden Gruppen gleichermaßen beeinflusst. Dabei hatten in dieser Studie kaum Patienten eine zusätzliche medikamentöse ADHS-Behandlung erhalten [28]. Das Skillstrai-

ning dialektisch-behavioraler Therapie (DBT) wurde in einer offenen Pilotstudie bei Patienten mit ADHS und schwerer SKS untersucht, die sich in einer behördlich angeordneten Maßnahme befanden und als zwar aufwendig, aber machbar und für einzelne Patienten hilfreich beurteilt [3]. Aus klinischer Sicht könnten DBT-Elemente insbesondere bei der Bewältigung der emotionalen Dysregulation helfen, sofern die Beschwerden nicht ausreichend auf Medikamente ansprechen. Besonders relevant entsprechend der S3-Leitlinie „ADHS“ ist Psychoedukation [1], da die Patienten oft nur ein geringes Bewusstsein für ihre Problematik aufweisen.

### Empfehlungen zur Behandlung

Im „consensus statement“ wird betont, dass eine effektive Behandlung der ADHS nicht automatisch eine Verbesserung der SKS bewirkt [5]. Daher sollten beide Erkrankungen möglichst gleichzeitig angegangen werden. Eine frühzeitige Behandlung der ADHS kann die Aufmerksamkeit und Bereitschaft für sowie die Adhärenz an psychotherapeutischen Interventionen verbessern und in Einzelfällen auch die Abstinenz überhaupt erst ermöglichen.

Wichtig scheint in jedem Fall ein integrativer Ansatz in der Behandlung der beiden Erkrankungen. Üblicherweise wird man zunächst mit der SKS-Behandlung beginnen und die Behandlung der ADHS sollte so früh wie möglich folgen [5]. Sollten schwere Intoxikations-symptome vorliegen oder ein schweres Entzugssyndrom (v. a. bei Alkohol oder Benzodiazepinen) zu erwarten sein, ist eine ADHS-Behandlung bis zum Abschluss des somatischen Entzugs zweitrangig. Sollte die SKS ausgeprägter sein, ist u. U. zunächst eine stationäre Entgiftung indiziert. Sinnvoll und nach S3-Leitlinie empfohlen ist ein qualifizierter Entzug (in Deutschland im Regelfall über mindestens 21–28 Tage; [2]), in dem bald nach der Entgiftung die gleichzeitige Behandlung von ADHS und SKS noch im stationären Rahmen begonnen wird. Die Patienten sollten erst in stabilisiertem Zustand in das ambulante

Setting entlassen werden, um Drehtür-Effekte zu vermeiden.

Dennoch sollte die Behandlung möglichst von Beginn an beide Erkrankungen berücksichtigen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass auch Psychoedukation und psychotherapeutische Interventionen eine Behandlung darstellen und für beide Erkrankungen indiziert sind. Die medikamentöse Behandlung der ADHS sollte erst nach dem Abklingen schwerwiegender Intoxikations- oder Entzugssymptome erfolgen.

### Fazit für die Praxis

**Wegen der hohen Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) soll bei allen Patienten mit Substanzkonsumstörung (SKS) ein ADHS-Screening erfolgen. Möglicherweise sind bei Fragebögen niedrigere Schwellenwerte empfehlenswert, um eine akzeptable Detektionsrate zu erreichen. Bei positivem Screening oder klinischem Verdacht auf ADHS erfolgt eine ausführlichere Diagnostik, vorzugsweise durch Spezialisten mit Erfahrung in beiden Krankheitsbildern. Diese sollte Komorbidität und Differenzialdiagnosen berücksichtigen sowie – sofern möglich – eine Fremdanamnese für Kindheit und Erwachsenenalter beinhalten. Eine ausführliche Suchtmittelanamnese hilft, ADHS-Symptome in drogen- oder alkoholabstinenten Lebensphasen zu erfassen. Die Pharmakotherapie mit langwirksamen Stimulanzien oder Atomoxetin stellt einen wichtigen Baustein der Behandlung dar und wird empfohlen, gemeinsam mit einer integrativen psycho- und pharmakotherapeutischen Behandlung beider Störungen. Bei der Entscheidung für oder gegen langwirksame Stimulanzien sollte das Risiko für Missbrauch und Weitergabe individuell beurteilt werden.**

## Korrespondenzadresse

### Dr. Mathias Luderer

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt, Goethe-Universität Frankfurt  
Heinrich-Hoffmann-Straße 10, 60528 Frankfurt am Main, Deutschland  
mathias.luderer@kgu.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** M. Luderer nimmt an Advisory Boards teil und ist als Referent für MEDICE/Arzneimittel Pütter GmbH und Shire PLC/Takeda tätig, Reisekosten wurden von Shire PLC übernommen. F. Kiefer ist als Referent für Amomed Pharma GmbH tätig. A. Reif nimmt an Advisory Boards teil und ist als Referent für Shire PLC und MEDICE/Arzneimittel Pütter GmbH tätig. F. Moggi gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

## Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft Der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2018) Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“. AWMF-Registernummer 028-045
2. Arbeitsgemeinschaft Der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2015) S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. AWMF-Register Nr. 076-001
3. Bihlar Muld B, Jokinen J, Bolte S et al (2016) Skills training groups for men with ADHD in compulsory care due to substance use disorder: a feasibility study. *Atten Defic Hyperact Disord* 8:159–172
4. Chang Z, Lichtenstein P, Halldner L et al (2014) Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *J Child Psychol Psychiatry* 55:878–885
5. Crunelle CL, Van Den Brink W, Moggi F et al (2018) International consensus statement on screening, diagnosis and treatment of substance use disorder patients with Comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. *Eur Addict Res* 24:43–51
6. Die Drogenbeauftragte, Bundesministerium Für Gesundheit (Bmg), Bundesärztekammer (Bäk), et al. (2016) S3-Leitlinie „Methamphetaminbezogene Störungen“ – Leitlinienreport, 1. Aufl.
7. Epstein JE, Johnson DE, Conners CK (2001) Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID). Technical manual. MHS, Toronto
8. Estevez-Lamorte N, Foster S, Eich-Hochli D et al (2018) Adult attention-deficit/hyperactivity disorder, risky substance use and substance use disorders: a follow-up study among young men. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0958-3>
9. Falkai P, Wittchen HU (2018) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Hogrefe, Göttingen
10. Humphreys KL, Eng T, Lee SS (2013) Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 70:740–749
11. Kessler RC, Adler L, Ames M et al (2005) The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 35:245–256
12. Konstenius M, Jayaram-Lindström N, Guterstam J et al (2014) Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial. *Addiction* 109:440–449
13. Kooij JJS, Francken MH (2018) Diagnostisches Interview für ADHS bei Erwachsenen (DIVA 2.0). [http://www.divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/German%20DIVA%202.0\\_FORM.pdf](http://www.divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/German%20DIVA%202.0_FORM.pdf). Zugegriffen: 20. Okt. 2018
14. Levin FR, Evans SM, Brooks DJ et al (2006) Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo. *Drug Alcohol Depend* 81:137–148
15. Levin FR, Mariani JJ, Specker S et al (2015) Extended-release mixed amphetamine salts vs placebo for Comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and cocaine use disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 72:593–602
16. Luderer M, Kaplan-Wickel N, Richter A et al (2018) Screening for adult attention-deficit/hyperactivity disorder in alcohol dependent patients: underreporting of ADHD symptoms in self-report scales. *Drug Alcohol Depend* 195:52–58
17. Luderer M, Kaplan-Wickel N, Sick C et al (2019) ADHD screening in alcohol dependent subjects: psychometric characteristics of ADHD self-report scale and Wender Utah rating scale short form. *Nervenarzt*. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0706-6>
18. Luderer M, Sick C, Kaplan-Wickel N et al (2018) Prevalence estimates of ADHD in a sample of inpatients with alcohol dependence. *J Atten Disord*. <https://doi.org/10.1177/1087054717750272>
19. Moffitt TE, Houts R, Asherson P et al (2015) Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry* 172:967–977
20. Quinn PD, Chang Z, Hur K et al (2017) ADHD medication and substance-related problems. *Am J Psychiatry* 174:877–885
21. Rösler M, Retz-Junginger P, Retz R et al (2007) Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Hogrefe Testzentrale, Göttingen
22. Schubiner H, Saules KK, Arfken CL et al (2002) Double-blind placebo-controlled trial of methylphenidate in the treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence. *Exp Clin Psychopharmacol* 10:286–294
23. Seitz A, Wapp M, Burren Y et al (2013) Association between craving and attention deficit/hyperactivity disorder symptoms among patients with alcohol use disorders. *Am J Addict* 22:292–296
24. Skoglund C, Brandt L, Almqvist C et al (2016) Factors associated with adherence to Methylphenidate treatment in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *J Clin Psychopharmacol* 36:222–228
25. Van De Glind G, Konstenius M, Koeter MWJ et al (2014) 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. *Drug Alcohol Depend* 134:158–166
26. Van Emmerik-Van Oortmerssen K, Van De Glind G, Koeter MW et al (2014) Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study. *Addiction* 109:262–272
27. Van Emmerik-Van Oortmerssen K, Van De Glind G, Van Den Brink W et al (2012) Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend* 122:11–19
28. Van Emmerik-Van Oortmerssen K, Vedel E, Kramer FJ et al (2019) Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: results of a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend* 197:28–36
29. Vogel T, Dom G, Van De Glind G et al (2016) Is attention deficit/hyperactivity disorder among men associated with initiation or escalation of substance use at 15-month follow-up? A longitudinal study involving young Swiss men. *Addiction* 111:1867–1878
30. Wilens TE, Adler LA, Weiss MD et al (2008) Atomoxetine treatment of adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend* 96:145–154