

Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

# Die Komorbidität von ADHS und Sucht

**Die Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) tritt im Erwachsenenalter häufig gemeinsam mit Suchtverhalten auf. Die Sucht entwickelt sich häufig sekundär aus einer fehlgeleiteten Selbstmedikation der ADHS. Die frühzeitige Erkennung und konsequente Therapie der ADHS ist die effektivste Suchtprävention. Die Stimulanzien-Therapie bei süchtigen ADHS-Betroffenen muss sorgfältig geprüft und durch den Hausarzt überwacht werden.**

Epidemiologische Studien zeigen für ADHS bei Kindern und Jugendlichen meist eine Prävalenz von 5–10% (1). Bei rund 60% der Betroffenen persistieren krankheitsrelevante Symptome bis ins Erwachsenenalter (2). Für die Schweiz zeigen aktuelle Daten eine Prävalenz von 4% für die ADHS bei Erwachsenen (3). Weltweit wird die Prävalenz gemäss einer WHO-WMH-Studie auf 3.4% berechnet (4).

## Symptomatik und Komorbiditäten der adulten ADHS

Zu den wichtigsten klinischen Symptomen von ADHS im Erwachsenenalter gehören gemäss den Wender-Utah-Kriterien Aufmerksamkeitsstörungen, motorische Hyperaktivität, Affektlabilität, desorganisiertes Verhalten, geringe Affektkontrolle, Impulsivität und emotionale Übererregbarkeit (Tab. 1) (5). Die ADHS ist bei Erwachsenen typischerweise mit Begleit- und Folgeerkrankungen vergesellschaftet: Rund 80% der ADHS-Betroffenen leiden an mindestens einer weiteren psychischen Stö-

rung, wobei Suchterkrankungen neben affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen am häufigsten vorkommen (6). Die prominenten Komorbiditäten mit hohem Leidensdruck können die zugrundeliegende ADHS verdecken und sind vermutlich mitverantwortlich für die deutliche Unterdiagnostik der ADHS im Erwachsenenalter (5).

## Fehlgeleitete Selbstmedikation als Ursache der Sucht

Je länger eine ADHS unerkannt bleibt, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit für Folgeerkrankungen. Dies trifft in besonderem Mass auf ADHS und Sucht zu. Da bereits Kinder mit ADHS ein erhöhtes Suchtrisiko aufweisen, ist die ADHS-Prävalenz unter erwachsenen Süchtigen mit bis zu 30% entsprechend hoch, wobei grosse landesspezifische Unterschiede bestehen (7). Die Früherkennung und konsequente Therapie von ADHS gilt bis heute als die beste Suchtprävention (8). Wird die Diagnosestellung im Kindes- oder Jugendalter

verpasst, kommt es bei jungen Erwachsenen häufiger zu Drogenabhängigkeit, Führerausweisentzug und Kriminalität.

In vielen Fällen entwickelt sich die Sucht als Folge eines gesteigerten Konsums psychotroper Substanzen (z. B. Alkohol, Drogen), um ADHS-spezifische Symptome zu lindern. Solch fehlgeleitete Selbstmedikation kann auch zu substanzungebundenen Abhängigkeitsentwicklungen führen (9). Pathologisches Spielen (z. B. Online- oder Glücksspiel) beispielsweise kann mit einem beruhigenden Effekt verbunden sein und zeigt eine hohe Koinzidenz mit ADHS (10). Wiederholtes Versagen in Schule, Beruf oder sozialen Beziehungen aufgrund einer ADHS-bedingt gestörten Emotions- und Stressregulation begünstigt ebenfalls ein Abgleiten in die Sucht (8).

## Diagnose und Therapie

Die Diagnose von ADHS und Sucht erfolgt unabhängig voneinander gemäss den Wender-Utah- bzw. ICD- oder DSM-Kriterien. ADHS ist zwar eine komplexe Störung, bei korrekter Diagnosestellung aber gut behandelbar. Die Therapie orientiert sich am persönlichen Leidensdruck und erfolgt in der Regel multimodal, bestehend aus Pharmakotherapie und nicht-medikamentösen Therapieansätzen (Psychoedukation, Coaching, Psychotherapie) (1). Bei der medikamentösen ADHS-Behandlung ist Methylphenidat (MPH) seit über 50 Jahren der Goldstandard und auch bei Erwachsenen die Therapie erster Wahl (1, 11). In der Schweiz sind für die Erstlinientherapie der adulten ADHS ausschliesslich retardierte MPH-Präparate wie Concerta® und Focalin® zugelassen (12). Concerta® wird aufgrund seiner Galenik gerade bei intravenös Drogenabhängigen mit ADHS bevorzugt eingesetzt. Bei der MPH-Therapie von substanzabhängigen Süchtigen besteht das Risiko von Interaktionen mit anderen Substanzen und auch des unkontrollierten Einsatzes (8). Die MPH-Verschreibung muss darum im Sinne einer Kosten-Nutzen-Analyse sorgfältig abgewogen werden.

## Die Rolle des Hausarztes

Je früher die ADHS-Behandlung einsetzt und je konsequenter die Stimulanzien-Therapie durchgeführt wird, desto günstiger ist die Pro-

Kriterium	Symptome
Aufmerksamkeitsstörung	Unvermögen, Gesprächen zu folgen; Ablenkbarkeit; Schwierigkeiten, sich auf Schriftliches zu konzentrieren; Vergesslichkeit; häufiges Verlieren von Gegenständen
Motorische Hyperaktivität	Gefühl innerer Unruhe; Unfähigkeit, sich zu entspannen oder sitzende Tätigkeit durchzuhalten; dysphorische Stimmungslage bei Inaktivität
Affektlabilität	Häufige und schnelle Stimmungswechsel innerhalb von Stunden oder Tagen
Desorganisiertes Verhalten	Unzureichende Planung und Organisation von Aktivitäten im Bereich Arbeit, Schule oder Haushalt; planloses Wechseln von einer Aufgabe zur nächsten, ohne dass eine Aufgabe tatsächlich abgeschlossen wurde; Probleme beim Zeitmanagement
Affektkontrolle	Permanente Reizbarkeit; geringe Frustrationstoleranz; Wutausbrüche
Impulsivität	Dazwischenreden; Ungeduld; kaum überdachte Handlungen
Emotionale Übererregbarkeit	Kein adäquater Umgang mit alltäglichen Stressoren; überschüssende oder ängstliche Reaktion

Tab. 1: Wender-Utah-Kriterien: Klinische Symptome der ADHS bei Erwachsenen

Nach Gross F. et al. 2015 (5)



Interview mit PD Dr. Monika Ridinger, Chefarztin und Zentrumsleiterin Suchtpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)

## Stimulanzientherapie ist die beste Suchtprävention

### ? Was ist der Grund für die hohe Komorbiditätsrate von ADHS und Sucht bei Erwachsenen?

Das gängige ätiologische Modell der ADHS geht davon aus, dass ein relativer Mangel des Neurotransmitters Dopamin besteht. Dopamin wäre zwar ausreichend vorhanden, kann aber nicht wirken. Entsprechend ist es auch im sogenannten Belohnungssystem zu wenig verfügbar. Alle psychotropen Substanzen – wie auch die therapeutischen Stimulanzien Methylphenidat und Amphetamine – verbessern die Dopamin-Verfügbarkeit. Darum sind Menschen mit ADHS gefährdet, Suchtmittel im Sinne einer «fehlgeleiteten Selbstmedikation» zu missbrauchen.

### ? Wie sieht ein typischer Verlauf der Suchtentwicklung bei ADHS-Betroffenen aus?

Kinder mit ADHS-Diagnose sind in der Regel gut mit Stimulanzien behandelbar. In der Pubertät kommt es dann oft zum Probierkonsum von Drogen und manche Jugendliche setzen ihre Medikation ab. Somit steigt das Risiko für Alkohol- und Drogenmissbrauch. Auch ausgeprägtes Risikoverhalten

bis hin zur Delinquenz nimmt zu. Die Konsequenzen zeigen sich in der Familie, beim Beruf oder in der Ausbildung.

Wenn noch keine ADHS-Diagnose besteht, ist das Ziel eine möglichst frühzeitige, korrekte Diagnose und eine konsequente Therapie mit Stimulanzien. Unter Medikation bereits ab dem Kindes- oder Jugendalter reduziert sich nachweislich das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung.

### ? Wann sollte der Hausarzt bei einem ADHS-Verdacht den Spezialisten hinzuziehen?

Im Idealfall möglichst frühzeitig. Für die Erstabklärung eines ADHS-Anfangsverdachts empfiehlt sich immer die Beiziehung eines Spezialisten, der Erfahrung in der Diagnose und Behandlung von ADHS hat. Er übernimmt die Therapieeinstellung und arbeitet adjuvant im Rahmen einer begleitenden Sprechstunde an den konkreten Symptomen der ADHS. Hauptbezugsperson bleibt jedoch der Hausarzt. Er ist der «Case Manager».

### ? Worauf muss bei der Stimulanzientherapie bei Süchtigen besonders geachtet werden?

Bei ADHS-Patienten mit substanzgebundener Sucht besteht natürlich das Risiko des Medikamentenmissbrauchs. Ebenfalls zu berücksichtigen sind mögliche Intoxikationen durch Wechselwirkung mit Alkohol, Drogen oder anderen gleichzeitig eingenommenen Medikamenten. Hinzu kommt, dass – im Gegensatz zu den ADHS-Patienten ohne Abhängigkeitserkrankung, für die der Nutzen der Stimulanzien-Therapie klar erwiesen ist – die Studienlage bei Süchtigen nicht eindeutig ist. Der Stimulanzien-Einsatz liegt im Ermessen des Arztes und muss auf einer sorgfältigen Kosten-Nutzen-Abwägung basieren. Retardierte Präparate mit nicht-löslicher Galle- nikel oder Präparate, die als Prodrug verabreicht werden, bergen ein geringeres Missbrauchsrisiko und werden darum bei ADHS-Patienten mit substanzgebundener Sucht bevorzugt eingesetzt. Eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Therapie von ADHS und Sucht bleibt jedoch die enge Überwachung und Begleitung durch den Hausarzt.

gnose, nicht nur für ADHS sondern auch für eine allfällige komorbide Sucht (8). Der Hausarzt spielt eine zentrale Rolle bei der Früherkennung und der Therapieüberwachung. Bei Verdacht empfiehlt sich für die hausärztliche Praxis das Diagnostische Interview für ADHS bei Erwachsenen (DIVA 2.0, [www.divacenter.eu](http://www.divacenter.eu)) oder auch die ADHS-Selbstbeurteilungsskala aus den Homburger Skalen für Erwachsene (HASE Bögen) (13). Um die Verdachtsdiagnose zu bestätigen, sollte in jedem Fall ein Spezialist hinzugezogen werden, was schliesslich auch die Kostengutsprache für die medikamentöse Behandlung ermöglicht. Nach der Therapieeinstellung erfolgt die Verlaufskontrolle und Therapieüberwachung durch den Hausarzt als zentrale Bezugs- und Vertrauensperson. Denn die Überwachung ist bei Suchtkranken unter Stimulanzien-Therapie von besonderer Bedeutung.

#### Literatur:

1. Baud, P., et al., Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 2007. 5: p. 217-224.
2. Faraone, S.V., J. Biederman, and E. Mick, The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*, 2006. 36(2): p. 159-65.
3. Estévez, N., et al., Prevalence of and Associated Factors for Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Young Swiss Men. *PLoS ONE*, 2014. 9(2): p. e89298.
4. Fayyad, J., et al., Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 2007. 190(5): p. 402-409.
5. Gross, S., et al., ADHS im Erwachsenenalter: Diagnostik und Therapie. *Der Nervenarzt*, 2015. 86(9): p. 1171-1180.
6. Kessler, R.C., et al., The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 2006. 163(4): p. 716-23.
7. van de Glind, G., et al., Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: Results from an international multicenter study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria.
8. Ridinger, M., ADHS und Sucht im Erwachsenenalter. *Nervenheilkunde*, 2016. 35: p. 764-769. *Drug & Alcohol Dependence*, 2014. 134: p. 158-166.
9. Yen, C.F., et al., The association of Internet addiction symptoms with anxiety, depression and self-esteem among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Compr Psychiatry*, 2014. 55(7): p. 1601-8.
10. Retz, W., et al., Association of attention-deficit/hyperactivity disorder with gambling disorder. *Journal of Neural Transmission*, 2016. 123(8): p. 1013-1019.
11. Singh, I., Beyond polemics: science and ethics of ADHD. *Nat Rev Neurosci*, 2008. 9(12): p. 957-964.
12. Arzneimittelinformation Concerta® und Focalin®. <http://www.swissmedicinfo.ch/>
13. Rösler, M., et al., Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE), in Dorsch - Lexikon der Psychologie, M.A. Wirtz, Editor. 2014, Verlag Hans Huber: Bern. p. 733.

#### IMPRESSUM

##### Berichterstattung:

Dr. Roger Konrad, IACULIS GmbH, Zürich

##### Redaktion: Thomas Becker

Unterstützt von: **Janssen-Cilag AG, Zug**

© Aertzeverlag **medinfo AG**, Erlenbach