ADHS bei Suchterkrankungen

- Diagnostik und Behandlung -

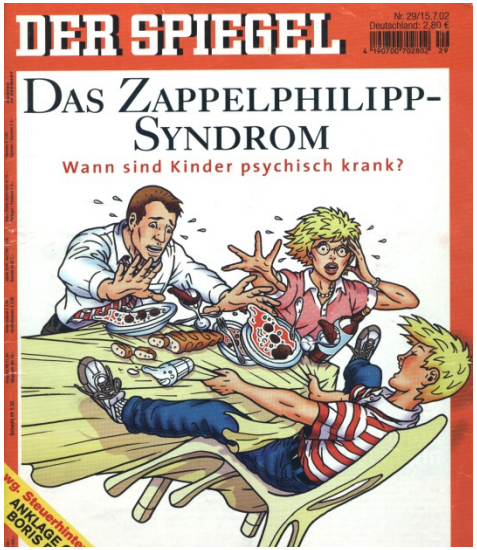
FACHTAGUNG
im Therapiehof Sotterhausen am 27.09.2017

Prof. Dr. Martin D. Ohlmeier
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ludwig-Noll-Krankenhaus
Klinikum Kassel

ADHS – Überblick

1) Epidemiologie und Klinik
2) Neurobiologie und pathogenetisches Konzept
3) Diagnose und Differentialdiagnose
4) ADHS und Sucht
5) Therapeutische Konzepte

ADHS vom Jugend- zum Erwachsenenalter



Mitteilungen DGPPN

D. Ebert, Freiburg · J. Krause, Ottobrunn · C. Roth-Sackenheim, Andernach (Hrsg.)*

ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN

I. Autoren der Leitlinie

Für die Leitlinienentwicklung sind die Mitglieder des Expertenkomitees verantwortlich. Es existieren keine finanziellen oder anderen Formen der Unterstützung durch Dritte.

II. Gründe für die Leitlinienentwicklung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beginnt im Kindesalter. Häufig, nach Verlaufsstudien in bis zu 80% persistieren einige oder alle Symptome ins Erwachsenenalter (8,25). Die Leitsymptome Aufmerksamkeitsstörung, Desorganisiertheit, Impulsivität, emotionale Instabilität, Hyperaktivität sind dann auch im Erwachsenenalter in altersspezifischer Form nachzuweisen und sind die Grundlage der Diagnose „ADHS im Erwachsenenalter" (7,8,25).

Eine adäquate Diagnose und Therapie der ADHS im Erwachsenenalter ist notwendiger Bestandteil der medizinischen Versorgung: Die Störung ist erstens häufig (im Kindesalter 4–5%), und sie führt zweitens zu krankheitswertigen psychischen und sozialen (bis hin zu forensisch relevanten) Beeinträchtigungen. Sie ist drittens ein Risikofaktor für eine große Zahl von komorbiden anderen psychischen Störungen, v. a. Suchterkrankungen, affektiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen. Sie ist viertens suffizient therapierbar (8,25).

Trotz dieser Bedeutung existieren keine Leitlinien für die Symptomerfassung, Diagnose und die Therapie der ADHS im Erwachsenenalter.

III. Ziele der Leitlinie

Ziel dieser Leitlinie ist es, die Voraussetzungen für die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter und die Mindestanforderungen für eine valide Diagnosestellung zu formulieren und die daraus abzuleitenden Therapien anzugeben.

Die Leitlinie richtet sich an alle Ärzte, die psychische Störungen kompetent diagnostizieren und behandeln können. Sie ist nicht gedacht als Screening-Instrument für eine Verdachtsdiagnose.

IV. Diagnose der ADHS des Erwachsenenalters

1. Grundlagen der Diagnostik

Die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter ist eine „klinische Diagnose". Sie wird aufgrund eines Interviews mit dem Patienten und des darin erhobenen aktuellen psychopathologischen Befundes, der anamnestisch eruierbaren Symptome und des Verlaufs, gestellt.

Es wird empfohlen, ergänzend zum Interview zur strukturierten Erhebung und Erfassung der Symptome und zur Dokumentation Fragebögen einzusetzen.

Testpsychologische Untersuchungen können die diagnostische Sicherheit erhöhen.

Für die Diagnosestellung einer ADHS im Erwachsenenalter ist es notwendig, dass sowohl im Erwachsenenalter die Kriterien einer ADHS durchgehend erfüllt sind als auch in Kindheit und Jugend die Kriterien erfüllt waren (7,8,18).

Es gibt verschiedene Diagnosesysteme, in denen operationalisierte Diagnose-

*** Mitglieder des Expertenkomitees:**

M. Backmund (München)
D. Ebert (Freiburg)
R. Engel (München)
B. Hellinger (Freiburg)
J. Krause (Ottobrunn)
K.-H. Krause (München)
R. Laufkötter (Regensburg)
C. Neshaus (Esslingen)
M. Ohlmeier (Hannover)
W. Paulus (Münster)
W. Retz (Homburg/Saar)
M. Rösler (Homburg/Saar)
C. Roth-Sackenheim (Andernach)
U. Schneider (Hannover)
C. Schöchlin (München)
G.-E. Trott (Aschaffenburg)
M. Wey (Lauf)

Der Nervenarzt 10 · 2001 | 939

DGPPN, November 2000

Epidemiologie der ADHS bei Erwachsenen

Prävalenz der ADHS bei Kindern im Schulalter (USA)

- 3 – 7 % (American Psychiatric Association 2000)
- 8 – 10 % (American Academy of Pediatrics 2000)

Persistenz der ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter

- 35 % (Wender 1985)
- 30 – 80 % (Barkley 1997)

Prävalenz der ADHS im Erwachsenenalter

- 4,4 % (Kessler et. al. 2006)

Medline-Abfrage „ADHD“

2009: 16521 Publikationen

2010: 18057 Publikationen

2012: 20754 Publikationen

2014: 25578 Publikationen

2016: 31145 Publikationen

American Medical Association:

„ADHS ist eine der am besten erforschten Erkrankungen in der Medizin und die Daten zu ihrer Validität sind umfassender als für die meisten anderen psychischen Erkrankungen.“ Goldman et al., JAMA 1998

Diagnose der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nach DSM-IV

Kernsymptome:

- Störung der Aufmerksamkeit
- erhöhte Impulsivität
- Hyperaktivität
- Desorganisation
- emotionale Instabilität

1. **Mindestens für die Dauer von sechs Monaten**
2. **Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr**
3. **Ausgeprägte Beeinträchtigung im sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereich**
4. **Störung bezieht sich auf mind. zwei Umgebungen**

ADHS – Überblick

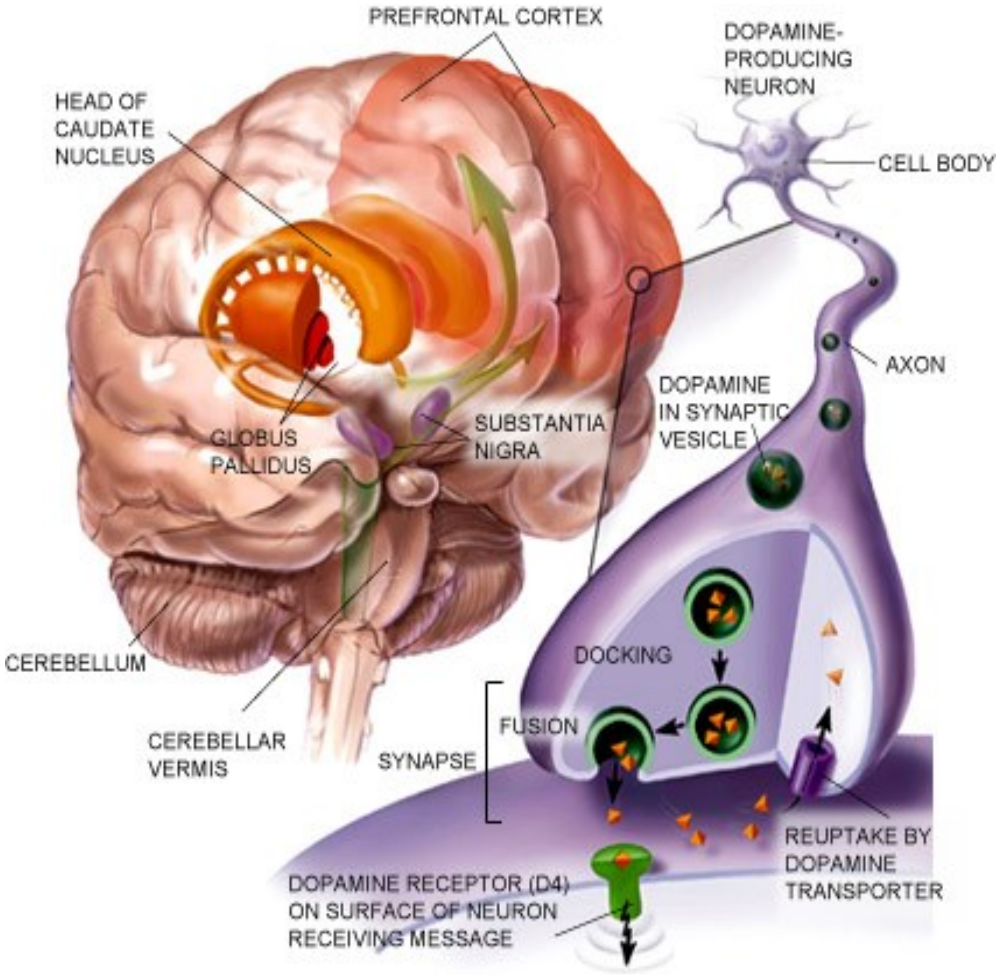
1) Epidemiologie und Klinik
2) Neurobiologie und pathogenetisches Konzept
3) Diagnose und Differentialdiagnose
4) ADHS und Sucht
5) Therapeutische Konzepte

Pathogenese der ADHS „Dopaminmangelhypothese“

Genetisch determinierte Dysfunktion der Katecholamine im frontostriatalen System
D2+D4 Dopaminrezeptor-Gen
(Farone et al. 1998, Comings et al. 1991, Cook et al. 1995, Gill et al. 1997, Smalley et al. 1998)

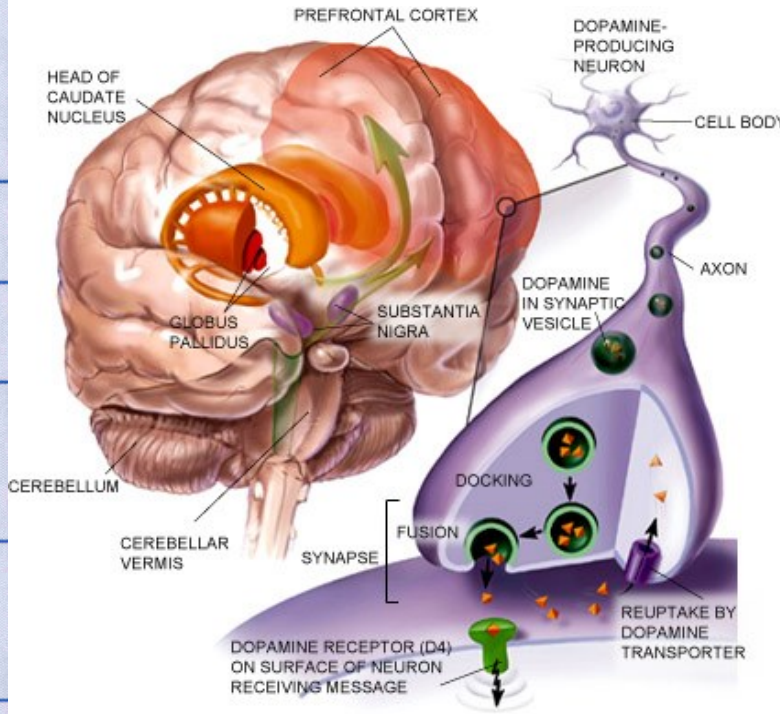
SPECT: erhöhte <u>Dopamintransporterdichte</u> = Störung dopaminerger Funktion
(Dougerty 1999, Dresel et al. 2000, Krause et al. 2000)

PET: Abnahme der <u>Dopa-Decarboxylase-Aktivität</u> im präfrontalen Kortex
(Ernst et al. 1999)



„Dopaminerges Belohnungssystem“

Substanz	Akuteffekte auf das dopaminerge Belohnungssystem
Alkohol	Indirekt: Erhöhung der Feuerrate dopaminerger Neurone Direkt: Hemmung (der Inhibition) GABAerger Interneurone in Substantia nigra und VTA → Erhöhung der extrazellulären Dopaminkonzentration
Kokain	Blockade der Dopamintransporter → Erhöhung der extrazellulären Dopaminkonzentration
Amphetamin	Freisetzung von Dopamin aus präsynaptischen Vesikeln in den synaptischen Spalt
Opiate	Aktivierung von μ-Opiatrezeptoren → Hemmung GABAerger Interneurone im VTA → Aktivierung von A10-Neuronen und erhöhte Dopaminfreisetzung im Nucleus accumbens
Nikotin	Aktivierung prä- und postsynaptischer nikotinerger (nAchR) Rezeptoren → Ausschüttung von Dopamin (aber auch von GABA, Glutamat, Acetylcholin, Noradrenalin, Serotonin)
Cannabis	Aktivierung von Cannabinoid (CB1)-Rezeptoren → Ausschüttung von Dopamin in Nucleus accumbens und präfrontalem Kortex



Bildgebende Verfahren CCT und cMRT

- Zerebrale Computertomographie (CCT) zeigte keine konsistenten morphologischen Veränderungen bei Patienten mit ADHS (Sieg et al. 2000)
- Kernspintomographisch (cMRT) fanden sich dagegen Größenabnahmen besonders des rechten Frontallappens (Hynd et al. 1991), des Corpus Callosum sowie der Basalganglien (Giedd et al. 1994, Filipek et al. 1997)
- **ADHS ist eine klinische Diagnose!**

ADHS – Überblick

1) Epidemiologie und Klinik
2) Neurobiologie und pathogenetisches Konzept
3) Diagnose und Differentialdiagnose
4) ADHS und Sucht
5) Therapeutische Konzepte

Diagnostische Leitlinien für ADHS I

- Symptome konsistent mit DSM IV – Kriterien
- Beeinträchtigung in mindestens 2 Lebensbereichen
- Akademische, berufliche Anamnese
- Psychosoziale Anamnese
- Kompletter psychopathologischer Befund wegen Komorbidität
- Typische Krankenvorgeschichte:
  Zeugnisse, Fremdanamnese

Ebert, Krause, Roth-Sackenheim et al., 2003; Kordon & Kahl, 2004

Diagnostische Leitlinien für ADHS II

- Neurologisch-internistischer Befund
- Rating-Instrumente:
  - Wender-Utah-Rating-Scale
  - Brown-Attention-Deficite-Scale
  - Conners Adult Rating Scale
  - Attention Deficite Scale for Adults
- Testpsychologie:

  Kindesalter obligat
  Erwachsenenalter optional (unspezifisch)

Ebert, Krause, Roth-Sackenheim et al., 2003; Kordon & Kahl, 2004

Wender Utah Rating Scale (WURS-k)

Als Kind im Alter zwischen 6 und 10 Jahren war ich (oder hatte ich)

1. Konzentrationsprobleme, leicht ablenkbar
2. ängstlich, besorgt
3. nervös, zappelig
4. unaufmerksam, verträumt
5. rasch wütend, aufbrausend
6. Wutanfälle, Gefühlsausbrüche
7. geringes Durchhaltevermögen (Abbrechen von Tätigkeiten vor deren Beendigung)
8. hartnäckig, willensstark
9. oft traurig, depressiv, unglücklich
10. ungehorsam, rebellisch, aufsässig
11. geringes Selbstwertgefühl, niedrige Selbsteinschätzung
12. leicht zu irritieren
13. starke Stimmungsschwankungen
14. häufig ärgerlich
15. impulsiv (Handeln ohne nachzudenken)
16. Tendenz zu Unreife
17. häufige Schuld- und Reuegefühle
18. Verlust der Selbstkontrolle
19. Neigung zu unvernünftigen Handlungen
20. Probleme mit anderen Kindern (keine langen Freundschaften, schlechtes Auskommen mit anderen Kindern)
21. Unfähigkeit, Dinge vom Standpunkt des Anderen aus zu betrachten
22. Probleme mit Autoritäten (Ärger in der Schule mit den Lehrern, Vorladungen beim Schuldirektor)
23. insgesamt mäßiger Schüler mit langsamem Lerntempo
24. Probleme mit Zahlen und Rechnen
25. meine Möglichkeiten nicht ausgeschöpft

KURZFORM
trifft nicht zu=0
gering=1,
mäßig=2,
deutlich=3,
stark ausgeprägt=4,

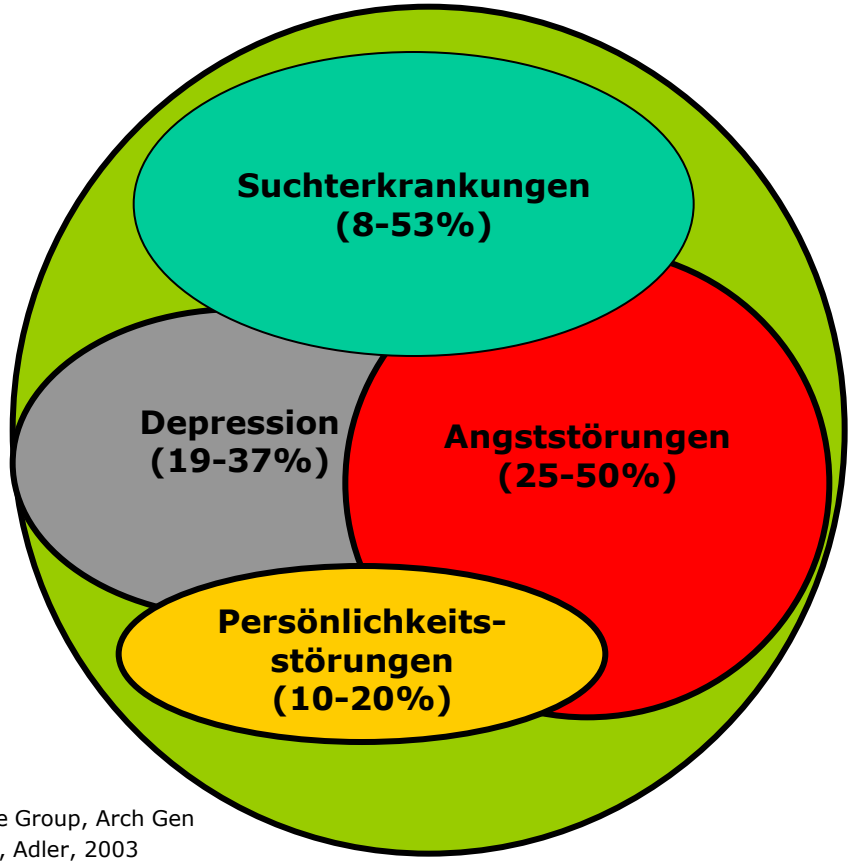
HKS anamnestisch wahrscheinlich bei Gesamt-Score ≥ 30

Retz-Junginger, Retz, Blocher, Weijers, Trott, Rösler
Nervenarzt
2002 · 73: 830–838, Springer-Verlag

Differentialdiagnose und Komorbidität

differentialdiagnostische Abgrenzung der ADHS von anderen psychiatrischen Erkrankungen ist häufig schwierig:

- emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven/dissozialen Typus
- depressive Syndrome, Manie
- Angststörungen
- psycho-neurotische Störungen
- Schizophrenie
- Stoffwechselerkrankungen (SD, Diabetes etc.)
- **Suchterkrankungen**



MTA Cooperative Group, Arch Gen Psychiatry 1999, Adler, 2003

Die „schwierige Differentialdiagnose“...

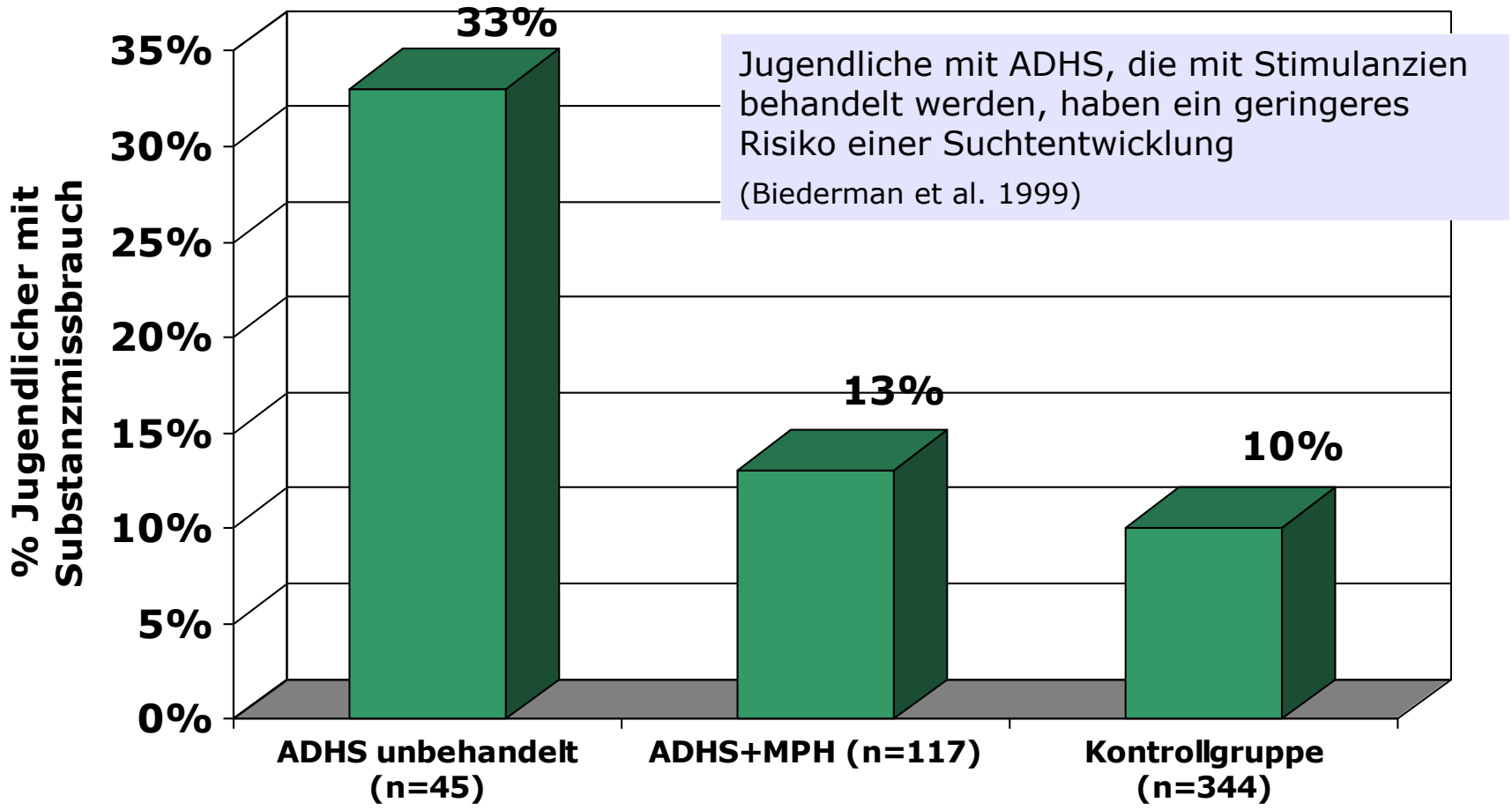
<u>emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus nach ICD-10 (F60.30):</u>

- Tendenz, unerwartet ohne Berücksichtigung von Konsequenzen zu handeln
- wechselnde, unbeständige und unberechenbare Stimmung
- Schwierigkeit, Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden, beizubehalten
- deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem, wenn impulsive Handlungen unterbunden / getadelt werden
- Neigung zu Wutausbrüchen und Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens

ADHS – Überblick

1) Epidemiologie und Klinik
2) Neurobiologie und pathogenetisches Konzept
3) Diagnose und Differentialdiagnose
4) ADHS und Sucht
5) Therapeutische Konzepte

Behandlung der ADHS senkt Risiko des Substanzmissbrauchs



Jugendliche mit ADHS, die mit Stimulanzien behandelt werden, haben ein geringeres Risiko einer Suchtentwicklung

(Biederman et al. 1999)

ADHS und Sucht

Alcohol and Alcoholism Advance Access published March 7, 2008

Alcohol & Alcoholism Vol. , No. , pp. 1–5, 2008 doi: 10.1093/alcalc/agn014

COMORBIDITY OF ALCOHOL AND SUBSTANCE DEPENDENCE WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

MARTIN D. OHLMEIER[1,*], KARSTEN PETERS[2], BERT T. TE WILDT[1], MARKUS ZEDLER[1], MARC ZIEGENBEIN[1], BIRGITT WIESE[3], HINDERK M. EMRICH[1] and UDO SCHNEIDER[1]

[1]Department of Psychiatry, Social Psychiatry and Psychotherapy, Hannover Medical School, Germany, [2]Klinikum Wahrendorff, Sehnde, Germany and [3]Institute of Biometry, Hannover Medical School, Hannover, Germany

(*Received* 20 *November* 2007; *first review notified* 7 *January* 2008; *in revised form* 21 *January* 2008; *accepted* 29 *January* 2008)

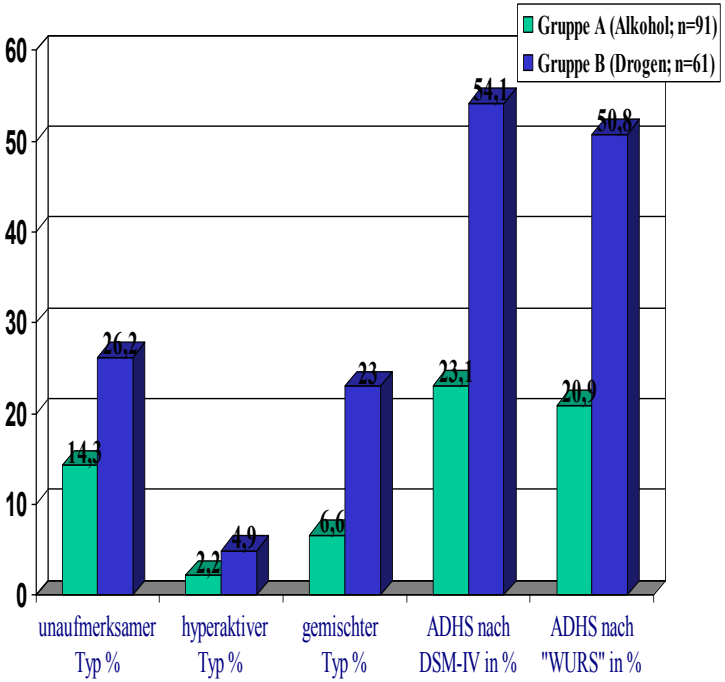
Abstract — Aims: Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is of great clinical importance not only because of its high prevalence but also due to the frequent comorbid illnesses that are connected with this disorder. Several studies were able to demonstrate that ADHD constitutes a significant risk factor for the exacerbation of habit-forming illnesses, i.e. addictions. **Methods:** We conducted a study on 152 adult patients with alcohol dependence ($n = 91$) or multiple substance addiction ($n = 61$) to determine whether or not these patients were affected by ADHD. For retrospective assessment of childhood ADHD, the WURS-k was used as well as the DSM-IV symptom checklist for ADHD. The CAARS was used to assess the persisting symptoms of ADHD in adults. **Results:** 20.9% (WURS-k) or 23.1% (DSM-IV diagnostic criteria) of the alcohol-dependent patients showed evidence of retrospective ADHD affliction in childhood. With the help of CAARS, ADHD was proved to be persistent in 33.3% of the adult patients. In the group of substance-addicted patients 50.8% (WURS-k) and 54.1% (DSM-IV) presented with diagnostic criteria for ADHD in childhood and 65.5% (CAARS) showed evidence of ADHD persisting in adulthood. **Conclusions:** These results reveal that habit-forming illnesses can be associated with a high comorbidity with ADHD, expressed in the form of alcohol abuse and also in consumption of illegal drugs. The results underline the great importance of early and adequate diagnostics and therapy of ADHD for the prevention of habit-forming illnesses.

INTRODUCTION

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most frequent afflictions experienced by children and,

whereas the addictive illness did not start on average until the age of 22 years in a control group of addictive patients without ADHD.

Other research groups have described a doubled lifetime

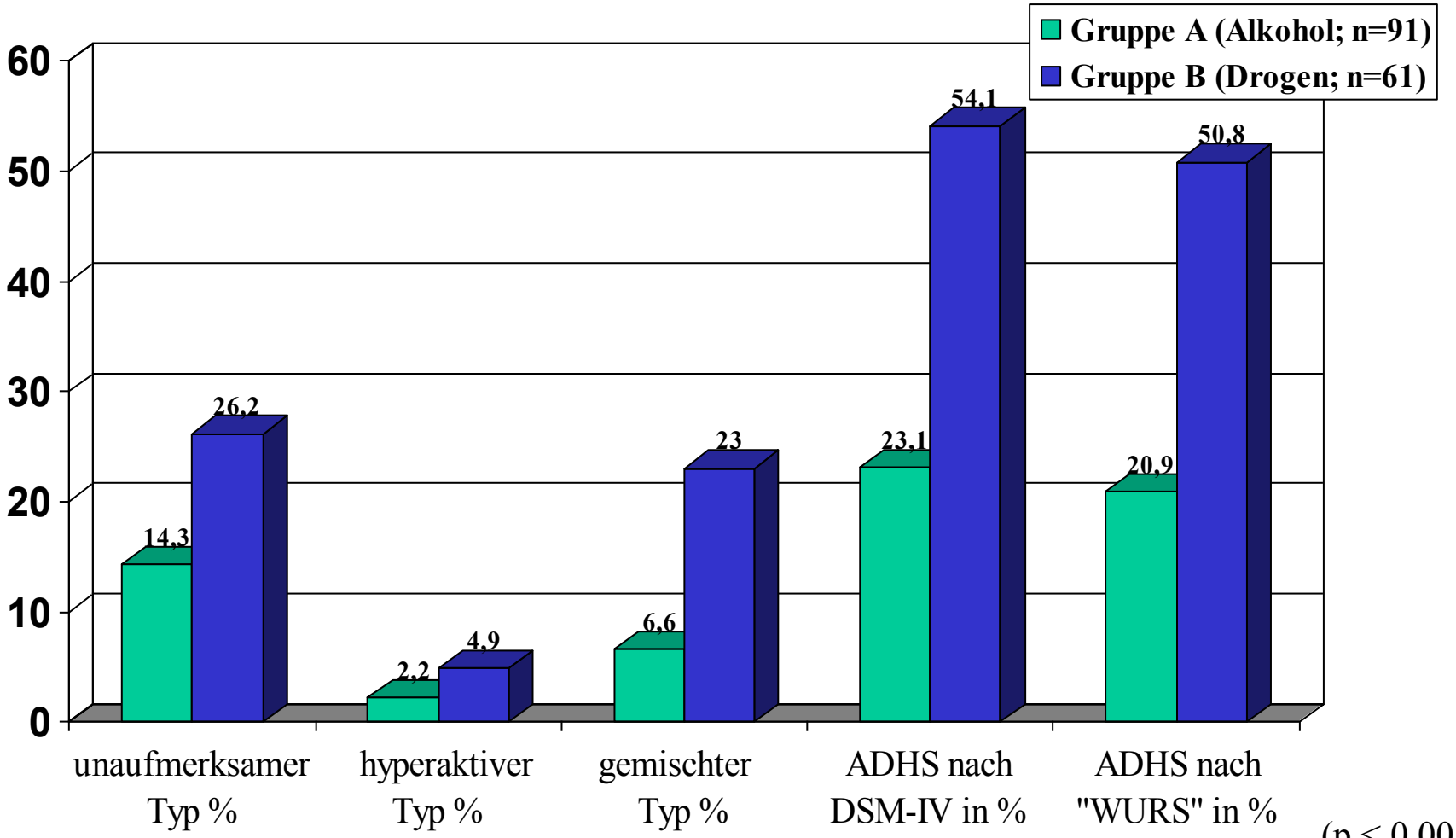


ADHS und Sucht

- Prävalenz von ADHS bei Suchterkrankungen?
- „Spezifische“ Suchtentwicklung bei komorbider ADHS, z.B. Nikotin-, Cannabis-, Amphetamin- oder Kokainabhängigkeit?
- Beginn und Ausprägung der Suchterkrankung?

ADHS in der Kindheit in %

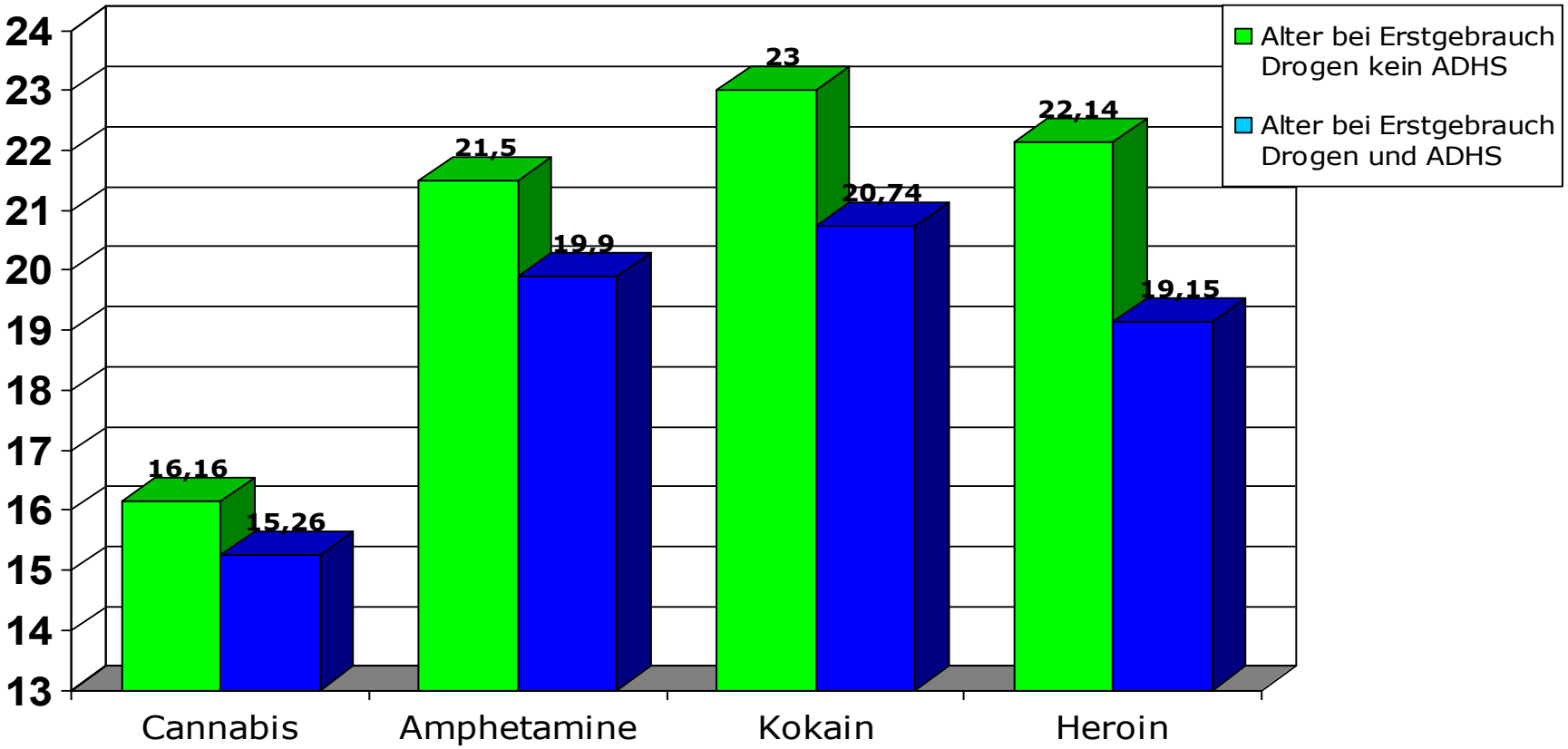
Wender Utah Rating Scale (WURS-R) und DSM-IV Kriterien



($p < 0{,}001$)

Alter bei Drogen-Erstgebrauch?

Gruppe B (n=61)



Ohlmeier MD et al. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Alcohol Alcohol. 2008 Jun; 43 (3): 300-4

Es kann von einer deutlich erhöhten Prävalenz von ADHS bei Patienten mit

Alkohol- und besonders mit Substanzabhängigkeit ausgegangen werden!

ADHS – Überblick

1) Epidemiologie und Klinik
2) Neurobiologie und pathogenetisches Konzept
3) Diagnose und Differentialdiagnose
4) ADHS und Sucht
5) Therapeutische Konzepte

Therapie der ADHS im Erwachsenenalter

Therapieangebote

- ambulant über „ADHS“ – Spezialsprechstunde
- in Kooperation mit (z.T. ADHS-spezialisierten) Nervenärzten
- ggf. auch stationäre Diagnostik und medikamentöse (An-) Behandlung

Therapie

I. Psychotherapie

II. Pharmakotherapie

III. Soziotherapie

ADHS-Ambulanz

Holding | Kliniken | ZMV | Reha-Zentren | Seniorenwohnanlagen | Karriere | Aktuelles | Kassel School of Medicine

> Kliniken > Klinikum Kassel > Kliniken & Institute > Ludwig-Noll-Krankenhaus Klinik für Psychiatrie u. [...] > ADHS-Ambulanz

Kliniken

Klinikum Kassel

- Kliniken & Institute
  - Ludwig-Noll-Krankenhaus Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie
    - Leistungsspektrum
    - Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik
    - Station für Abhängigkeitserkrankungen
    - Gerontopsychiatrisches Zentrum
    - Mutter-Kind-Behandlung
    - Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)
    - ADHS-Ambulanz
    - Migrationsambulanz
    - Psychoonkologische Ambulanz
    - Psychiatrischer Konsiliar- und Krisendienst
    - Angehörigengruppe
    - Praktikum
    - Impressionen

ADHS-Ambulanz

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) galt lange Zeit ausschließlich als Erkrankung des Kindes- und Jugendalters.
Die vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse, aber auch die mittlerweile bestehenden umfänglichen klinischen Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass bei einem Teil der betroffenen Kinder und Jugendlichen die ADHS-spezifischen Symptome weiter bestehen.

Auf Symptomebene ist die ADHS gekennzeichnet durch:

- Reduktion von Aufmerksamkeit
- erhöhte Impulsivität
- Hyperaktivität
- Desorganisation und
- emotionale Instabilität

Die Vielschichtigkeit und Komplexität der Symptomatik erfordert in der Regel eine sehr genaue und aufwändige klinische Untersuchung. Hierbei ist insbesondere auch die Einbeziehung der Kindheits- und Fremdanamnese (Partner, Eltern, Zeugnisse) von großer diagnostischer Bedeutung.

Die Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter erfolgt multimodal (bio-psycho-sozial) mit psychotherapeutischen und ggf. auch pharmakologischen Ansätzen.
In unserer Ambulanz führen wir eine gründliche Diagnostik hinsichtlich einer ADHS und ggf. komorbider Störungen durch.
Nach Abschluss des diagnostischen Prozesses, der in der Regel mehrere Termine erfordert, wird mit dem Patienten jeweils eine individuelle diagnostische Einschätzung und ggf. ein entsprechender Behandlungsplan besprochen. In der Regel erfolgt die Weiterbehandlung durch den überweisenden Psychiater / Nervenarzt.

Bei Erstvorstellung in der Ambulanz bitten wir, folgende Unterlagen mitzubringen:

- Überweisungsschein von einem Facharzt für Psychiatrie / Nervenarzt
- Medizinische / psychologische Vorbefunde
- Schulzeugnisse (insbesondere Grundschulzeugnisse)

Direkter Weg zu den Kliniken

Suchen

Zuständige Oberärztin

Dr. med. Claudia-Maria Görl
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
E-Mail

Kontakt

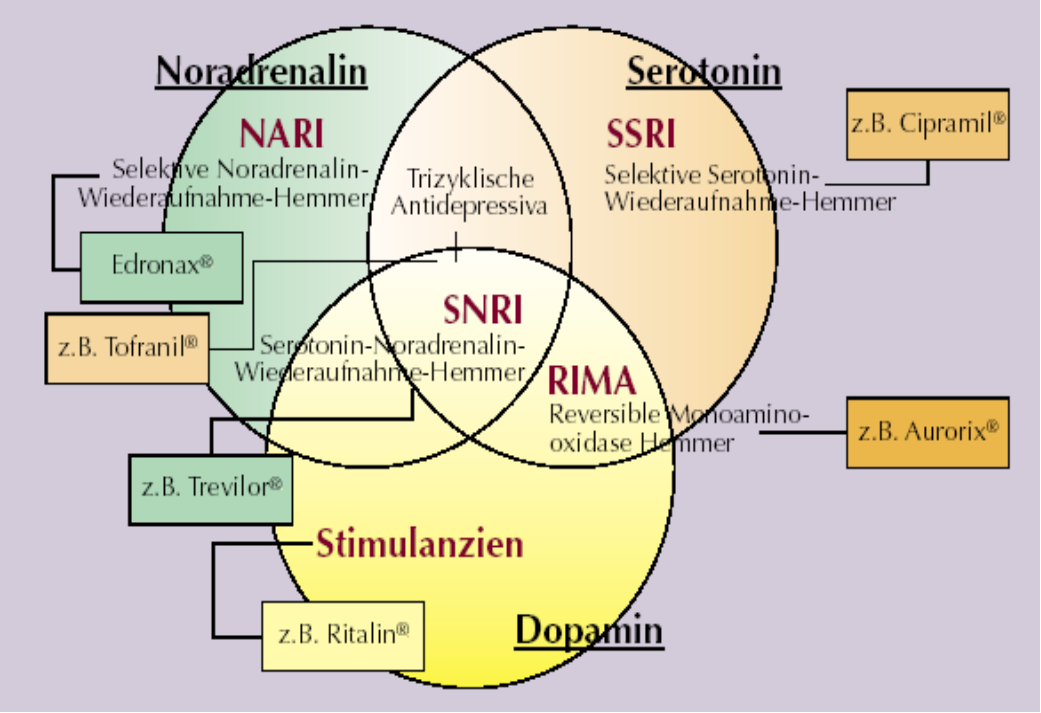
ADHS-Spezialsprechstunde in der Institutsambulanz
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Sekretariat Birgit Geule
Dennhäuser Str. 156, 34134 Kassel
Telefon 0561 4804-480
Telefax 0561 4804-482
E-Mail

Anna Mederer, Ärztin
E-Mail

Pharmakotherapie der ADHS

- wann ist eine Pharmakotherapie indiziert?
- welches Medikament für welchen Patienten?
- welche Dosis?



Auswahl des Medikamentes

Komorbidität?

1. Wahl:

Stimulanzien: (Methylphenidat u.a.)

- höchster Evidenzgrad,
- randomisierte und kontrollierte Studien

Alternative: Atomoxetin (Strattera®)

2. Wahl:

- NA wirksame Antidepressiva
- Bupropion
- Pemolin
- (Nikotinpflaster/Nikotin-Rezeptor-Antagonisten)

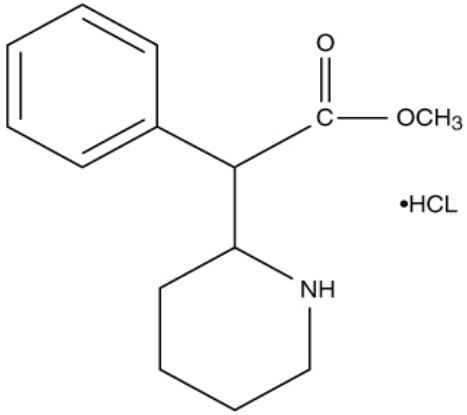
Medikamentöse Therapie

Stimulantien - Methylphenidat

(Ritalin®, Medikinet®, Equasym®, Concerta® u.a.)

- amphetaminähnliche Substanz
- indirekt wirkender Dopamin- und Noradrenalin-Agonist: setzt Dopamin unselektiv präsynaptisch frei, erhöht durch Hemmung der Dopamintransporter die Dopaminkonzentration im synaptischen Spalt
- Wirksamkeit bei ADHS im Erwachsenenalter durch mehrere Studien belegt (Wood et al.1976, Mattes et al. 1984, Wender et al. 1985, Spencer et al. 1995)
- unerwünschte Nebenwirkungen: Pulsbeschleunigung, Blutdruckanstieg, innere Unruhe, Appetit- und Schlafstörungen Gewichtsabnahme
- Verschreibung in Deutschland nur mittels Betäubungsmittelrezept möglich
- seit Juli 2011 Medikinet Adult®, seit Juni 2014 Ritalin Adult® zugelassen für Erwachsene

Figure 1: Methylphenidate hydrochloride (Ritalin®)



Medikamentöse Therapie der ADHS

„atypische Antidepressiva“

- selektive Noradrenalin-Reuptake-Hemmer
  - Atomoxetin (Strattera®) (Spencer et al. 1998)
  - Reboxetin (Edronax®) (Colla et al. 2001)
- Dopamin- und Noradrenalin-Reuptake-Hemmer (NDRI)
  - Bupropion (Elontril®) (Reimherr et al. 2005)
- Serotonin- und Noradrenalin-Reuptake-Hemmer
  - Venlafaxin (Trevilor®) (Hedges et al. 1995)

Die selektiven Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer beeinflussen auch die Dopamin-Aktivität im präfrontalen Kortex! (Bymaster et al., 2002)

Therapie bei ADHS und Sucht?

Therapie bei ADHS und Suchterkrankung/Komorbidität

1. Zuerst Behandlung der Suchterkrankung und ggf. komorbiden Störungen (Depression, Angststörung etc.)
   - Psychoedukation, Psychotherapie, Selbsthilfegruppe
   - bei entsprechender klinischer Ausprägung: stationäres Setting
2. Im Verlauf medikamentöse Behandlung der ADHS

Nach Riggs 1998

Therapeutisches Procedere bei ADHS + Komorbidität

Klärung der individuellen Leistungseinschränkung und des Leidensdrucks – ambulante / ggf. stationäre Behandlung

a) psychiatrische Behandlung / Psychotherapie
b) Pharmakotherapie + psychiatrische Behandlung
c) Pharmakotherapie + Psychotherapie

ADHS	MPH – einschleichend über ca. 2-3 Wo. Einzel- und Tagesdosisfindung, ggf. Umstellung auf Retardpräparat, Atomoxetin
ADHS+Depression	MPH (s.o.), Atomoxetin (?), Reboxetin, Venlafaxin, Duloxetin, Bupropion
ADHS+Psychose	Neuroleptikum, Benzodiazepin, CBZ, Atomoxetin
ADHS+Persönlichkeitsstörung	Atomoxetin, MPH, CBZ („Moodstabilizer")
ADHS+Sucht (Cannabis, Kokain etc.)	Atomoxetin, Reboxetin, Bupropion, CBZ, MPH(?)

Psychotherapie der ADHS

- begleitende psychotherapeutische Behandlung ist sinnvoll und wichtig
- verhaltenstherapeutische Ansätze können helfen, strukturelle Defizite zu bessern
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zur Behandlung häufig bestehender Selbstwertproblematik und neurotischer Fehlentwicklung
- psychoanalytisch-interaktionelle Therapie (z.B. nach Heigel-Evers) kann bei strukturellen Ich-Störungen indiziert sein (Krause et al. 1999)

Zusammenfassung
ADHS und Suchterkrankungen

- ADHS ist ein Risikofaktor für Substanzmissbrauch
- Bei ADHS früherer „Einstieg“ und ausgeprägterer Konsum („Selbsttherapie“, „Risikobereitschaft“)
- Komorbidität erhöht zusätzlich das Risiko einer Suchtentwicklung
- Bisher keine evidence-basierten Hinweise für erhöhtes Risiko einer Suchterkrankung bei ADHS und Stimulanzientherapie
- Frühzeitige Diagnose und Therapie (PT und ggf. Pharmakotherapie) der ADHS reduziert das Risiko einer Suchtentwicklung
- Wichtig ist die ***individuelle*** klinische Einschätzung und ein ***multimodales*** Therapiekonzept! (Psychotherapie und ggf. Pharmakotherapie)

Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!