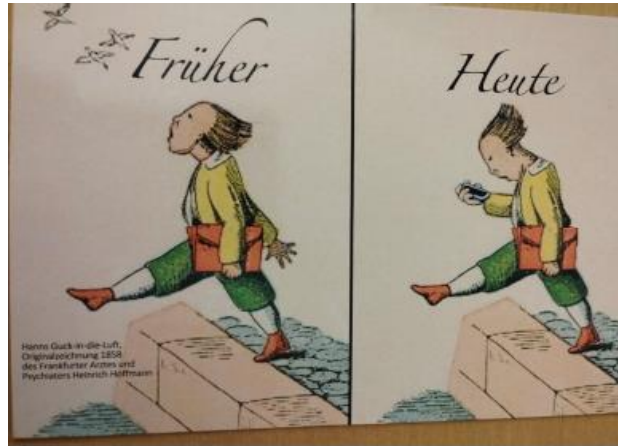


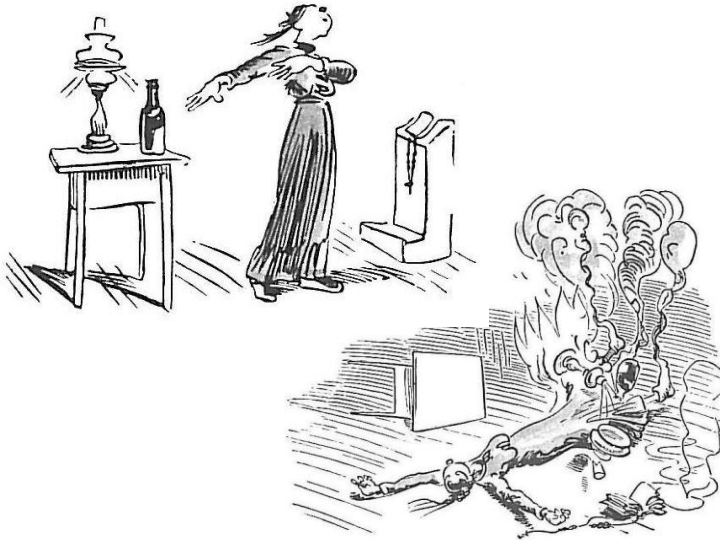
ADHS und Sucht bei jungen Erwachsenen: Häufigkeit, Früherkennung und Behandlung

Prof. Dr. phil. Franz Moggi, EMBA Medical Management
Chefpsychologe und Leiter des Psychologischen Dienstes
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universität Bern
Schweiz

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Substanzkonsumstörungen



FACTS, 13.10.2005

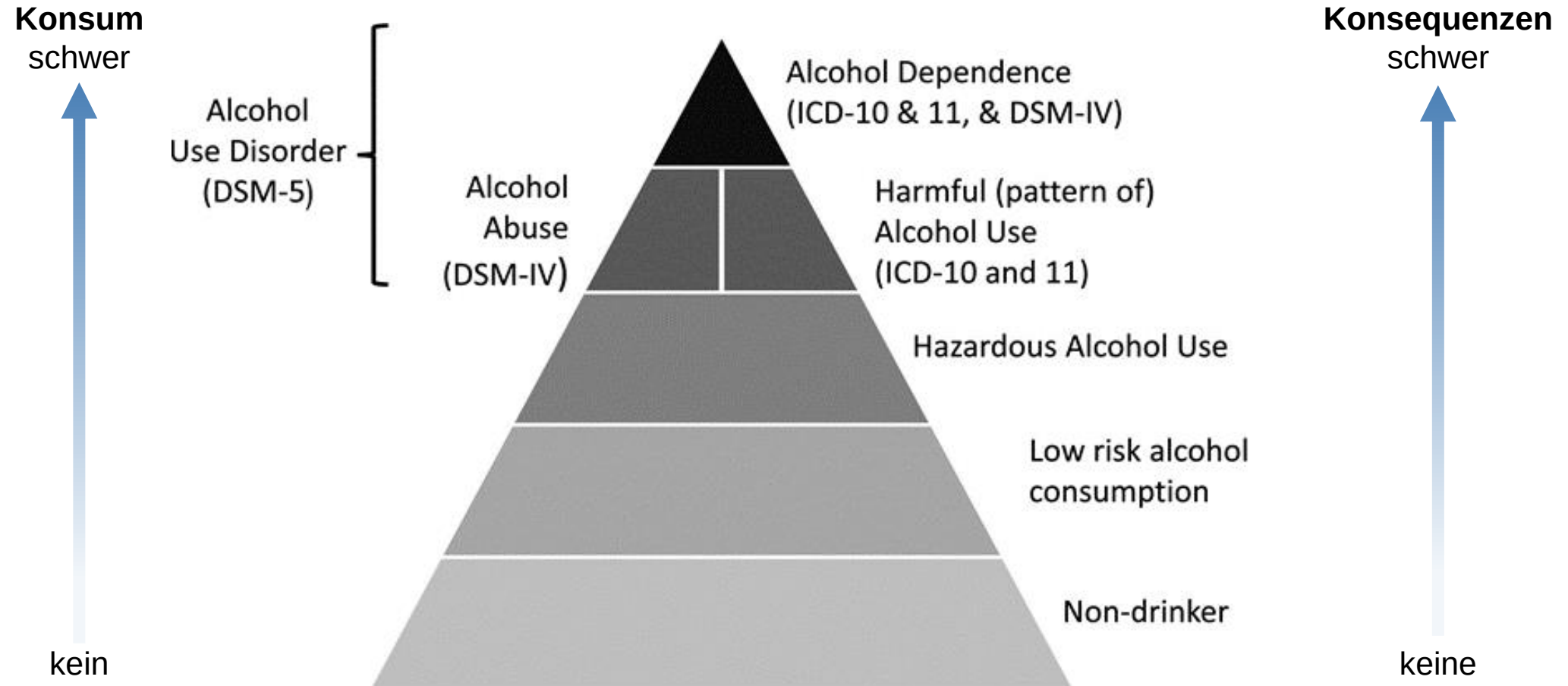


ADHS: Symptome und Typen nach ICD-10 bzw. DSM-5

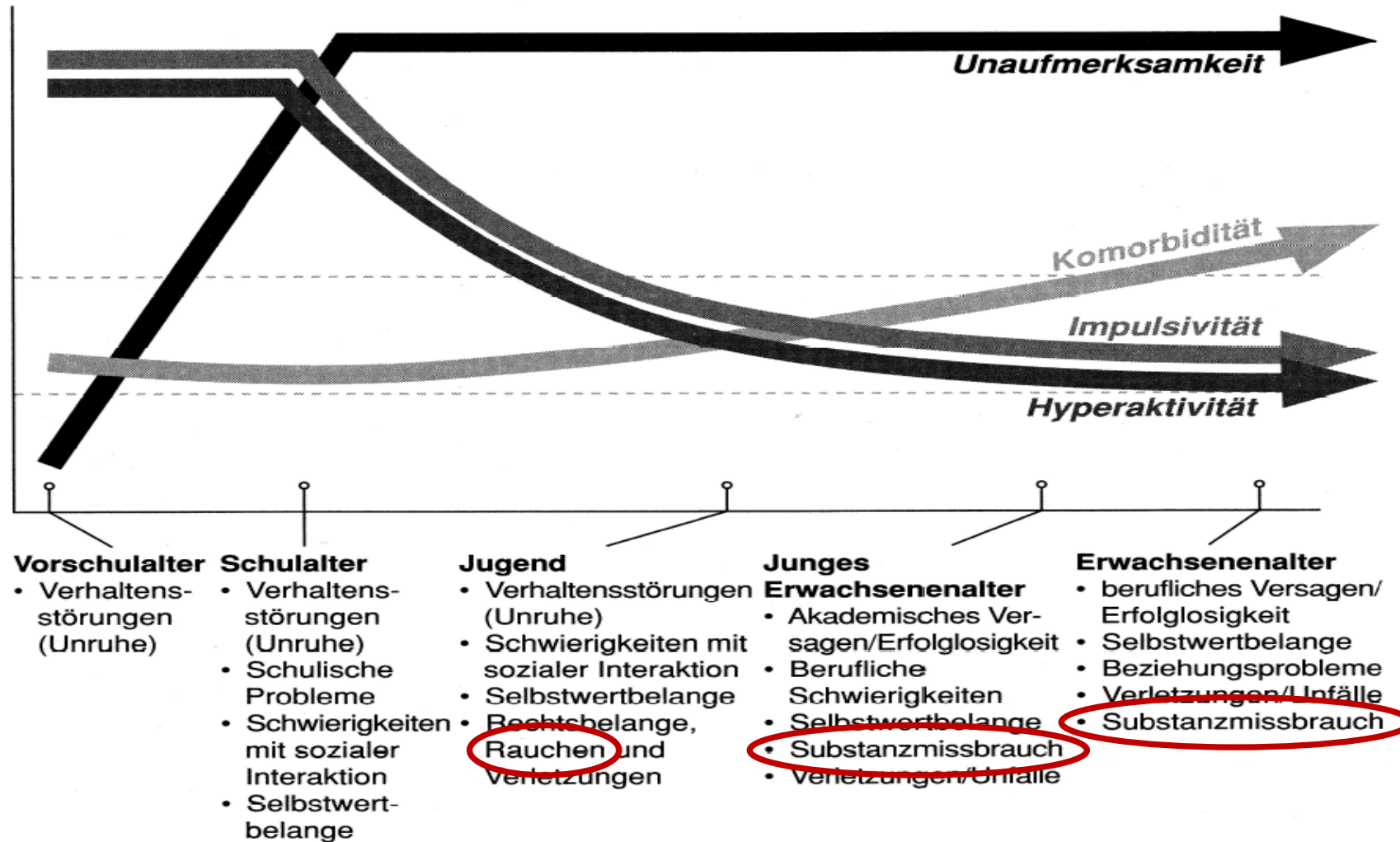
Typ	Symptome
Unaufmerksamkeit (DSM-5 / ICD-10/11 → 6 / 5 Symptome)	- unaufmerksam gegenüber Details - Schwierigkeiten, Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten - hört scheinbar nicht zu - kann Erklärungen nicht folgen, Pflichten nicht erfüllen - Probleme zu organisieren - vermeidet Aufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen verlangen - verliert häufig Dinge - häufig abgelenkt - vergesslich im Alltag
Hyperaktivität (DSM-5 / ICD-10/11 → 6 / 5; auch Symptome der Impulsivität)	- unruhig mit Händen und Füßen - kann nicht sitzen bleiben - läuft häufig herum - laut bei Aktivitäten - exzessive motorische Aktivitäten
Impulsivität (DSM-5 / ICD-10/11 → 6 / 5 auch Symptome der Hyperaktivität)	- platzt mit Antworten heraus - kann schlecht warten - unterbricht und stört andere - redet exzessiv
Ausprägungsgrade	leicht, mittel, schwer sowie teilremittiert

Substanzkonsumstörungen:

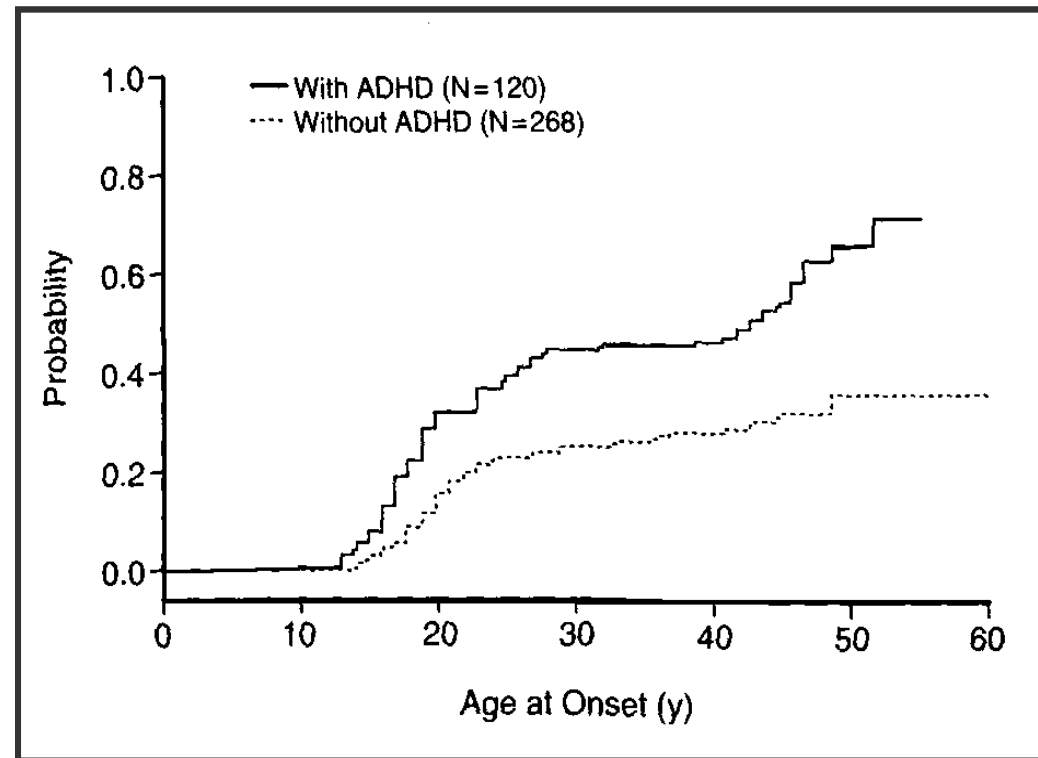
Beispiel Alkoholkonsumstörung



Verlauf und Auswirkungen von ADHS auf die Entwicklung



ADHS als Risikofaktor für Suchtentwicklung?



Risikoerhöhung von Substanzkonsum mit/ohne ADHS: OR = 2.27 (CI: 1.99 – 3.67)

Risikofaktor ADHS und Prävalenz von Substanzkonsum

	ADHD S- <i>n</i> = 4,410 (95.8%)	ADHD S+ <i>n</i> = 192 (4.2%)	<i>t</i> or χ^2
<i>Sociodemographic characteristics</i>			
Age, years (mean $\pm$ SD)	19.96 $\pm$ 1.21	20.10 $\pm$ 1.27	1.28
Language, %			
French	94.8	5.2	14.74***
German	97.2	2.8	
Marital status, %			
Single	95.1	97.4	1.54
Married/in a relationship	4.9	2.6	
Education, %			
Compulsory education	49.6	48.4	4.47
Vocational/high school	48.9	49.0	
College	1.5	2.6	
Employment status, %			
Unemployed	7.1	8.0	2.29
Employed/self-employed	17.4	14.8	
High school/college student	75.5	77.2	
Conduct Disorder, %	18.2	31.2	19.20***
Sensation Seeking, m, sd	3.02 $\pm$ 0.86	3.39 $\pm$ 0.78	5.79***

Prevalence	ADHD S- <i>n</i> = 4,410 (95.8%)	ADHD S+ <i>n</i> = 192 (4.2%)	<i>t</i> or χ^2
<i>SU characteristics</i>			
Alcohol			
Drinking alcohol	92.4	92.2	0.01
Binge drinking	45.1	54.5	6.06*
AUD	9.2	26.3	57.68***
Tobacco			
Cigarette smoking	44.6	56.3	9.58**
Nicotine dependence	9.4	18.2	15.46***
Cannabis			
Cannabis use	29.1	49.5	35.58***
CUD	7.4	19.8	36.92***
Illicit drugs			
Hallucinogens	3.3	9.9	21.95***
Meth-/amphetamines	2.9	6.8	8.42**
Ecstasy/MDMA	3.1	8.4	13.97***
Cocaine/crack/freebase	2.6	8.9	24.12***
Non-medical use of prescription drugs			
ADHD medication	1.5	6.3	22.01***
Sedatives	4.0	12.6	31.18***

Risikofaktor ADHS und Inzidenz von Substanzkonsum

	ADHD –	ADHD +	
	% (n/N)	% (n/N)	χ^2
Alcohol			
Drinking alcohol	48.3 (161/333)	60.0(9/15)	0.38
High-risk binge drinking	18.5 (446/2410)	21.8 (19/87)	0.42
Alcohol Use Disorder	6.0 (240/3992)	13.6 (19/140)	11.90***
Tobacco			
Cigarette smoking	13.5 (329/2441)	20.2 (17/84)	2.59
Tobacco dependence	5.1 (203/3951)	5.7 (9/157)	0.21
Cannabis			
Cannabis use	14.7 (461/3127)	22.7(22/97)	4.05*
Cannabis dependence	4.0 (164/4080)	7.1 (11/154)	2.91
Illicit drugs			
Hallucinogens	3.3 (139/4256)	8.7 (15/172)	13.07***
Meth-/amphetamines	2.8 (118/4276)	9.0 (16/178)	20.64***
Ecstasy/MDMA	6.0 (256/4264)	14.3 (25/175)	18.07***
Cocaine/Crack/Freebase	4.7 (201/4289)	9.8 (17/174)	6.24**
Non-medical prescription drugs			
ADHD medication	1.3 (58/4328)	5.1 (9/177)	13.82***
Sedatives	4.6 (196/4220)	10.3 (17/165)	9.81**

5-Jahresinzidenz

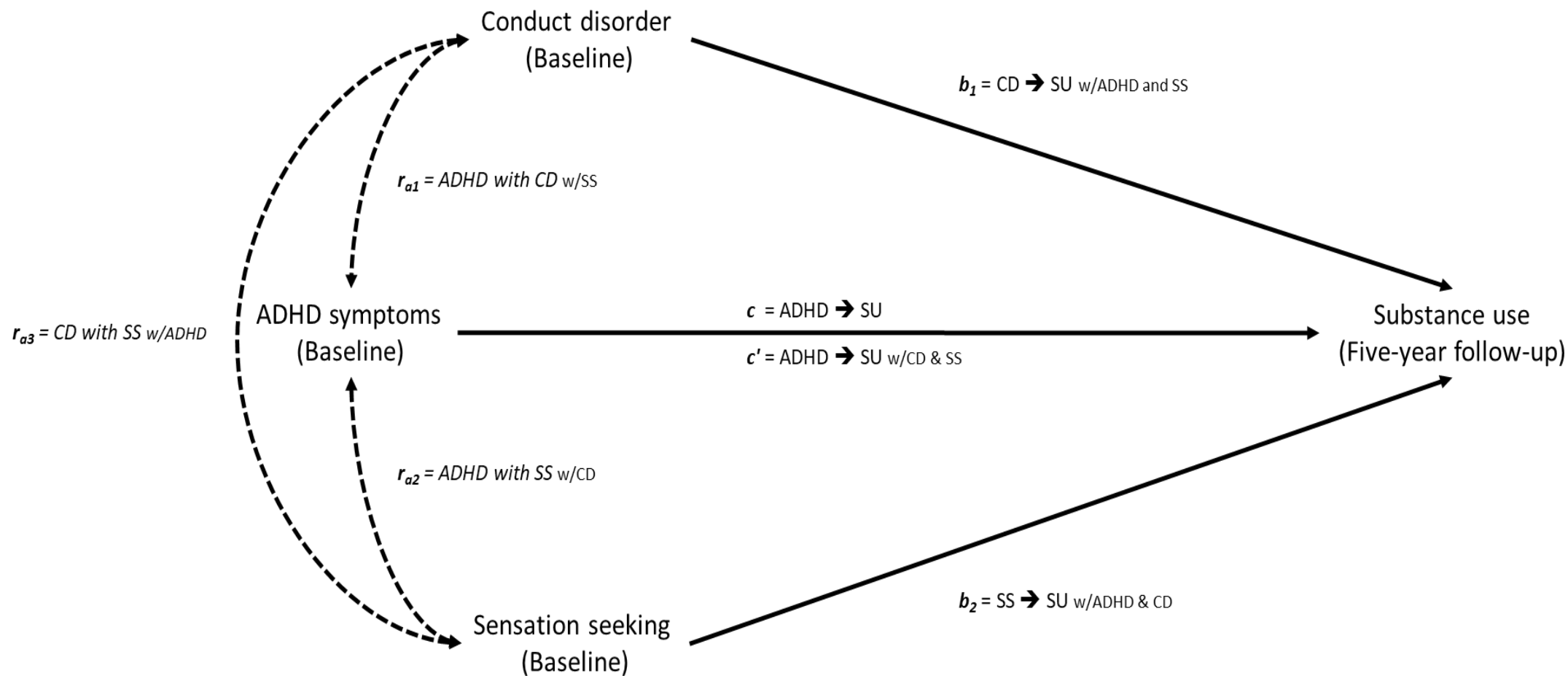
— Störung

- Alkoholkonsumstörung + 7.6%

— Neuer Konsum

- Halluzinogene + 5.4%
- Meth-/Amphetamine + 6.2 %
- Ecstasy/MDMA + 8.3%
- Kokain/Crack + 5.1%
- ADHS-Medikation + 3.8%
- Sedativa + 5.7%

Risikofaktor ADHS: Ein statistisches Modell



Behandelte Prävalenz in Institutionen für die Behandlung von Substanzkonsumstörungen

> Metaanalyse

- 29 Studien mit 6'689 Personen: 23.1% (CI: 19.4 – 27.2)
- Range: 2 – 83%!
- Adoleszente 25.3% (CI: 20.0 – 31.4)
Erwachsene 21.0% (CI: 15.9 – 27.2)

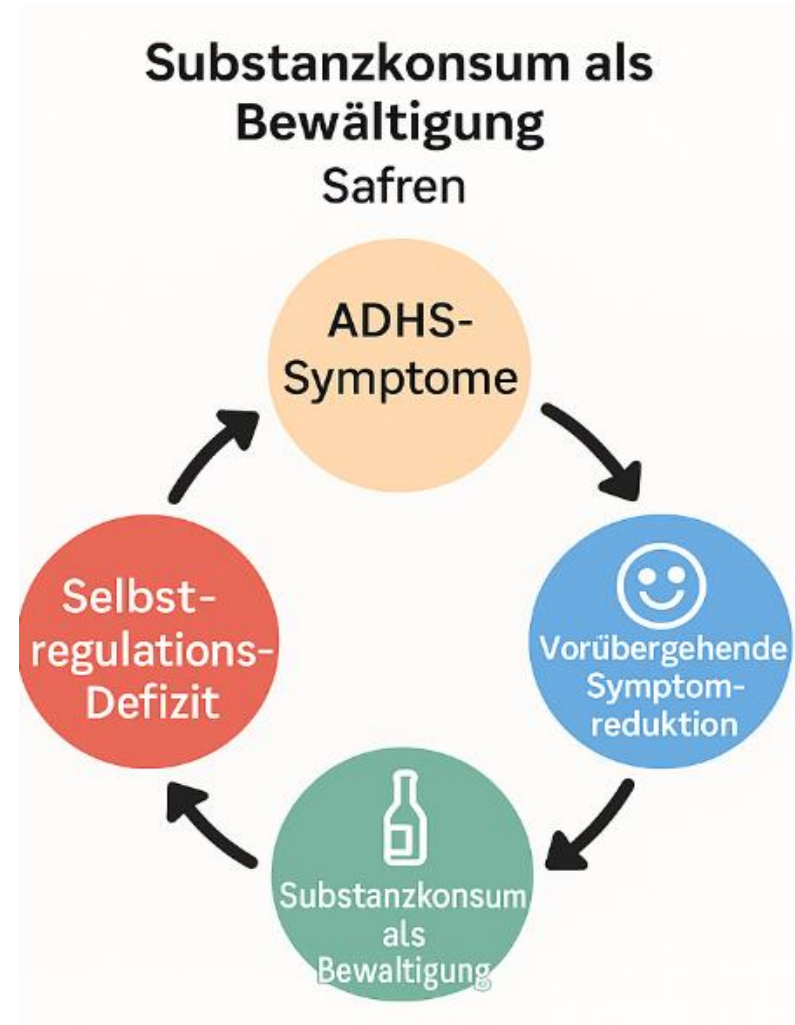
> International ADHD in Substance Use Disorder Prevalence Study (IASP)

- 7 Länder mit 1'276 Patienten, Erfassung mit denselben Erhebungsmethoden
- Range zwischen 7.6 – 32.6%
- Komorbiditäten: z.B. Depression OR = 4.1; Borderline Persönlichkeitsstörung OR = 7.0

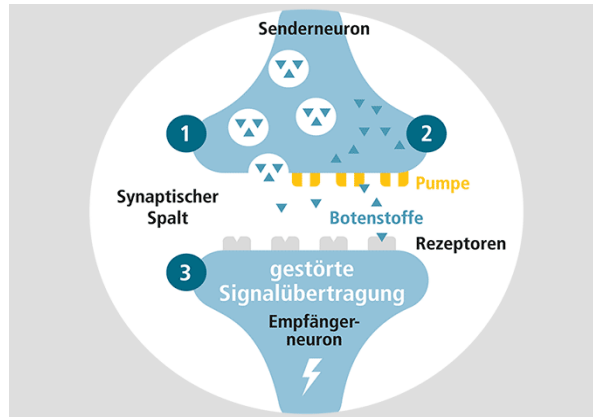
> Schweiz (UPD, Südhang, Forel)

- 7.7% (range: 3.5 – 12.0%)

Substanzkonsum als Selbstmedikation von ADHS?



Die neurobiologische Komponente

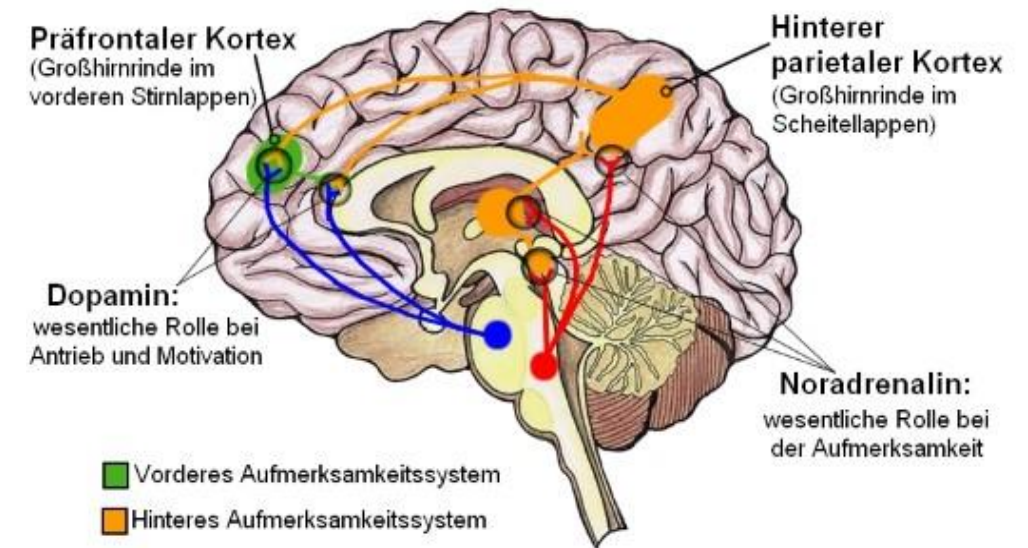


> Dysbalance von Neurotransmitter

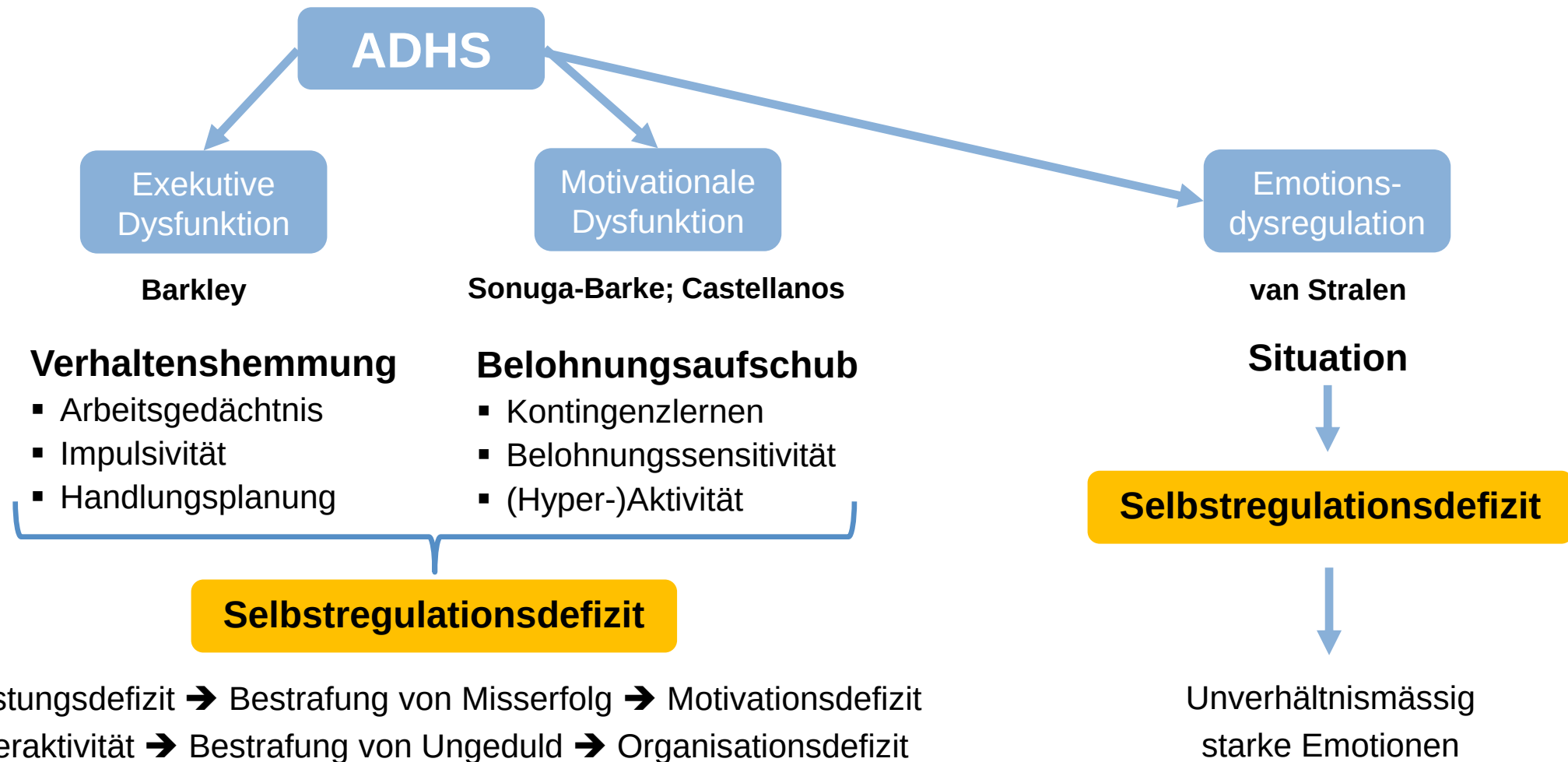
- Dopamin, Noradrenalin und Serotonin
- Übermässig schnelle Wiederaufnahme
- Elektrochemische Signale

> Betroffene Hirnregionen und Netzwerke

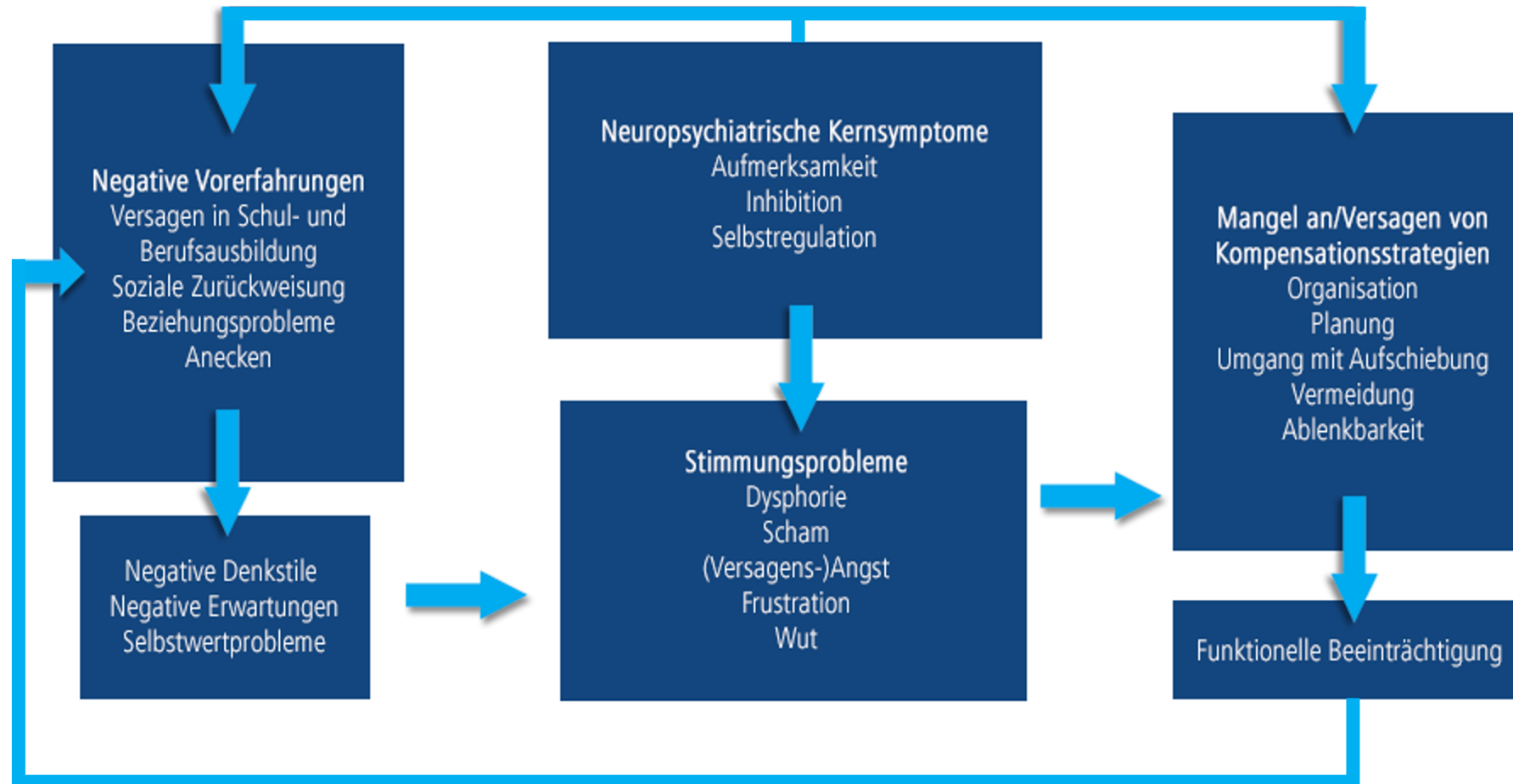
- Präfrontaler und hinterer Parietalcortex, anteriorer cingulärer Cortex und dorsales Striatum, Nucleus accumbens, Kleinhirn
- Folgen für bestimmte Funktionen
 - Aufmerksamkeitsteuerung → Fokussierung
 - Exekutivfunktionen → Verhaltenskontrolle
 - Belohnungssystem → Motivation



Die (neuro-)psychologische Komponente



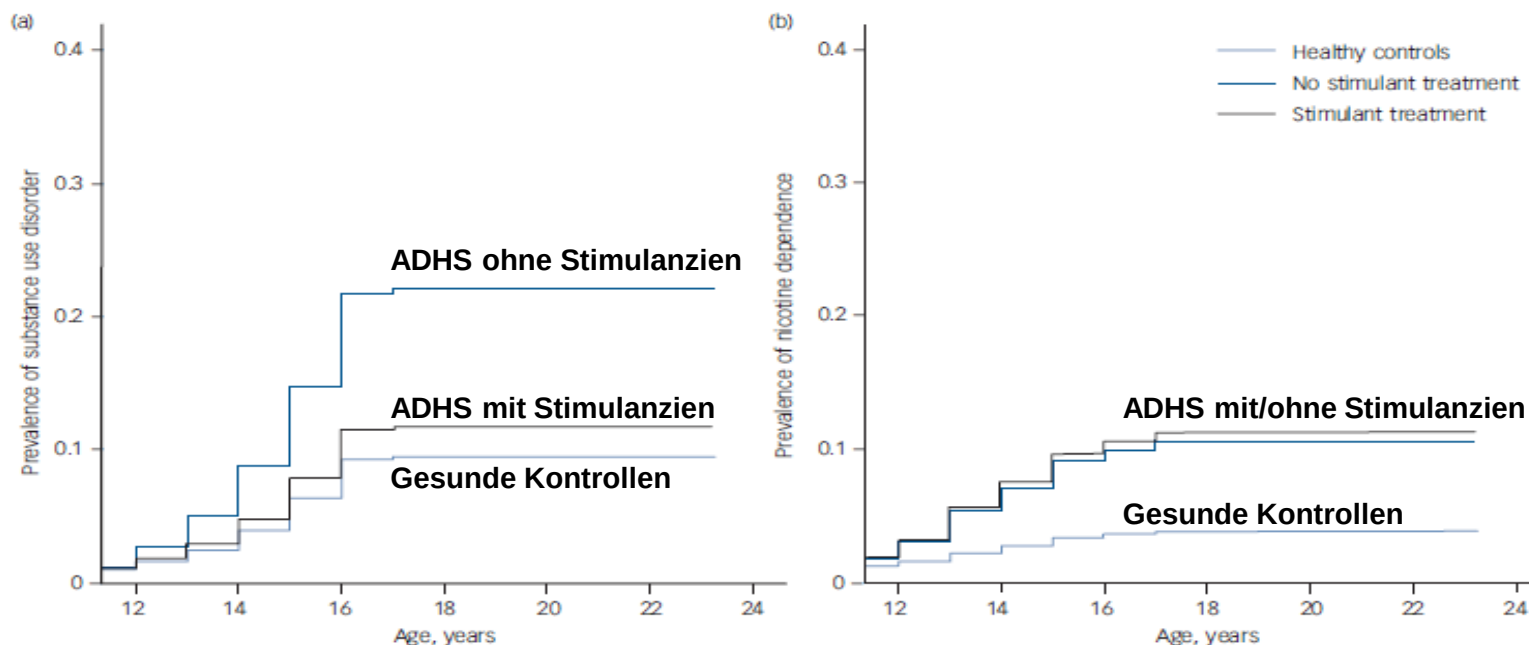
Psychologisches Modell von ADHS



Risikoreduktion medikamentöse Behandlung der ADHS?

Erste Meta-Analyse mit 6 Studien mit 674 mit Stimulanzien behandelte im Vergleich zu 360 unbehandelten Kindern

- Follow-up: Risikoreduktion um das 1.9-fache (OR; CI: 1.1 – 3.6)
- Adoleszenz OR = 5.4; Erwachsenenalter OR = 1.4



15 Studien mit 2'565 mit/ohne Stimulanzien behandelte Kinder

- Follow-up: keine Risikoreduktion OR = 1.1 (CI: 0.51 – 2.38) z.B. bei Kokainkonsum

Früherkennung von ADHS und Substanzkonsum – Screening (Beispiele)

Screening-Test mit Selbstbeurteilungs-Skala für Erwachsene V1.1 (ASRS-V1.1) von WHO Composite International Diagnostic Interview (Internationale Diagnostische Befragung der Weltgesundheitsorganisation)

Datum

Markieren Sie das Kästchen, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 6 Monaten gefühlt und sich benommen haben. Geben Sie bitte beim nächsten Arzttermin den ausgefüllten Fragebogen der medizinischen Fachkraft, um die Ergebnisse zu besprechen.

- Wie oft haben Sie Probleme, die letzten Feinheiten einer Arbeit zum Abschluss zu bringen, nachdem Sie die wesentlichen Punkte erledigt haben?
- Wie oft fällt es Ihnen schwer, Dinge in die Reihe zu bekommen, wenn Sie an einer Aufgabe arbeiten, bei der Organisation gefragt ist?
- Wie oft haben Sie Probleme, sich an Termine oder Verabredungen zu erinnern?
- Wie oft vermeiden Sie oder verzögern Sie, die Aufgabe zu beginnen, wenn Sie vor einer Aufgabe stehen, bei der sehr viel Denkvermögen gefragt ist?
- Wie oft sind Ihre Hände bzw. Füße bei langem Sitzen in Bewegung?
- Wie oft fühlen Sie sich übermäßig aktiv und verspüren den Drang Dinge zu tun, als ob Sie von einem Motor angetrieben würden?

Zählen Sie die Anzahl der Häkchen zusammen, die im dunklen Bereich erscheinen. Mindestens vier (4) Häkchen deuten darauf hin, dass Ihre Symptome der Erwachsenen-ADHS entsprechen. Es könnte für Sie von Nutzen sein, mit Ihrem Arzt über eine Beurteilung zu sprechen.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft

Alkoholsprechstunde
Universitätsklinik und Poliklinik Bern

AUDIT

Patientenname: _____ Cut-off ≥ 8 ? Ja ☐ Nein ☐

Geschlecht: w / m (Zutreffendes ankreuzen) Geb.datum: _____

Interviewername: _____ Untersuchungsdatum: _____

Instruktion

Stellen Sie dem Patienten die Fragen, wie sie hier beschrieben sind. Beginnen Sie etwa mit „Ich werde Sie nun einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum während des letzten Jahres, also den letzten 12 Monaten stellen“. Erklären Sie, was ein alkoholisches Getränk ist, indem Sie typische lokale Getränke nennen. Kodieren Sie die Antworten in Standarddrinks. Als Masseinheit gilt 1 Drink = 1 Glas/Dose Bier (3 dl) oder 1 Glas Wein/Sekt (1 dl) oder 1 Glas Korn, Rum, Schnaps, Weinbrand, Whisky oder ähnliches (0.2 dl).

Punkte	0	1	2	3	4
1. Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?	Nie	1 Mal im Monat oder seltener	2-4 Mal im Monat	2-3 Mal pro Woche	4- oder mehrmals pro Woche
2. Wie viele Drinks trinken Sie an einem typischen Trinktag?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 oder mehr
3. Wie oft trinken sie 6 oder mehr Drinks bei einer Gelegenheit?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Täglich/ fast täglich
4. Wie oft stellten Sie im letzten Jahr fest, dass Sie nicht aufhören können zu trinken, wenn Sie einmal angefangen hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Täglich/ fast täglich
5. Wie oft konnten Sie im letzten Jahr nicht das tun, was von Ihnen gewöhnlich erwartet wurde, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Täglich/ fast täglich
6. Wie oft brauchten Sie schon morgens ein alkoholisches Getränk, weil Sie am Abend oder in der Nacht vorher stark getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Täglich/ fast täglich
7. Wie oft hatten Sie im letzten Jahr nach dem Alkoholkonsum Gewissensbisse oder fühlten sich schuldig?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Täglich/ fast täglich
8. Wie oft im letzten Jahr konnten Sie sich nicht an die Ereignisse in der Nacht zuvor erinnern, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Täglich/ fast täglich
9. Verletzt Sie sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon einmal körperlich?	Nein	Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten			Ja, in den letzten 12 Monaten
10. Hat Ihnen ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen wegen Ihres Alkoholkonsums gemacht oder Ihnen geraten, Ihren Alkoholkonsum zu verringern?	Nein	Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten			Ja, in den letzten 12 Monaten

Auswertung: Addition der erzielten Punktwerte in den Fragen 1-10

Interpretation: Für 8 und mehr Punkten gilt das Trinkverhalten als mindestens risikoreich bzw. schädigend. Konsumreduktion bzw. Abstinenz ist anzustreben.

Punktwert: (cut-off ≥ 8 Punkte => oben ankreuzen)

AUDIT von Babor et al./WHO, 2001

KPD, März 2007 / jü

Diagnostik und Behandlungsleitlinien bei ADHS: 208 Schlussfolgerungen



The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder

Stephen V. Faraone^{a,b,c,e,f}, Tobias Banaschewski^{d,e,f}, David Coghill^g, Yi Zheng^{h,i,j,k,l,m}, Joseph Biederman^{n,o}, Mark A. Bellgrove^{p,q}, Jeffrey H. Newcorn^{r,s}, Martin Gignac^{a,t,u}, Nouf M. Al Saud^v, Iris Manor^{w,x}, Luis Augusto Rohde^y, Li Yang^{z,A,I}, Samuele Cortese^{B,C,D,E,F}, Doron Almagor^{G,H}, Mark A. Stein^{I,J}, Turki H. Albatti^K, Haya F. Aljoudi^{L,M}, Mohammed M. J. Alqahtani^{N,O}, Philip Asherson^P, Lukoye Atwoli^{Q,R,S,T}, Sven Bölte^{U,V,W}, Jan K. Buitelaar^X, Cleo L. Crunelle^{Y,Z}, David Daley^{aa,ab}, Søren Dalsgaard^{ac,ad}, Manfred Döpfner^{ae,af}, Stacey Espinet (on behalf of CADDRA)^{ag}, Michael Fitzgerald^{ah}, Barbara Franke^{ai,aj}, Manfred Gerlach^{ak}, Jan Haavik^{al,al}, Catharina A. Hartman^{am,an,ao,ap}, Cynthia M. Hartung^{aq}, Stephen P. Hinshaw^{ar,as}, Pieter J. Hoekstra^{aw}, Chris Hollis^{ax,ay,az}, Scott H. Kollins^{ba,bb}, J. Sandra Kooij^{bc,bd,be,bf,cf}, Jonna Kuntsi^{bg}, Henrik Larsson^{bh,bi}, Tingyu Li^{bj,bk,bl}, Jing Liu^{l,z,A,bm,bn}, Eugene Merzon^{bo,bp,bq,br}, Gregory Mattingly^{bs,bt,bu,bv}, Paulo Mattos^{bt,bu,bv}, Suzanne McCarthy^{bw}, Amori Yee Mikami^{bx}, Brooke S.G. Molina^{by}, Joel T. Nigg^{bz}, Diane Purper-Ouakil^{ca,cb}, Olayinka O. Omigbodun^{cc,cd}, Guilherme V. Polanczyk^{ce}, Yehuda Pollak^{cf,cf}, Alison S. Poulton^{ch,ci}, Ravi Philip Rajkumar^{cj}, Andrew Reding^{ck}, Andreas Reif^{cl,cm}, Katya Rubia^{cn,co}, Julia Rucklidge^{cp}, Marcel Romanos^{cq,cr,cs}, J. Antoni Ramos-Quiroga^{ct,cu,cv,cw,cx,cy,cz}, Arnt Schellekens^{da,db}, Anouk Scheres^{dc}, Renata Schoeman^{dd,de,df,dg,dh,di}, Julie B. Schweitzer^{dj}, Henal Shah^{dk}, Mary V. Solanto^{dl,dm,dn,do}, Edmund Sonuga-Barke^{dp,dq}, César Soutullo^{c,co,dr}, Hans-Christoph Steinhausen^{ds,dt,du,dv}, James M. Swanson^{dw}, Anita Thapar^{dx}, Gail Tripp^{dy}, Geurt van de Glind^{dz}, Wim van den Brink^{ea}, Saskia Van der Oord^{eb,ec}, Andre Venter^{ed}, Benedetto Vitiello^{ee,ef}, Susanne Walitza^{eg}, Yufeng Wang^{l,z,A}

^a Departments of Psychiatry and Neuroscience and Physiology, Psychiatry Research Division, SUNY Upstate Medical University, Syracuse, NY, USA

^b World Federation of ADHD, Switzerland

^c American Professional Society of ADHD and Related Disorders (APSARD), USA

^d Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, Central Institute of Mental Health, Medical Faculty Mannheim, University of Heidelberg, Mannheim, Germany

^e Child and Adolescent Psychiatrist's Representative, Zentrales ADHS-Netz, Germany

^f The German Association of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, Germany

^g Departments of Paediatrics and Psychiatry, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, University of Melbourne, Melbourne, Australia

^h Beijing Anding Hospital, Capital Medical University, Beijing, China

ⁱ The National Clinical Research Center for Mental Disorders, Beijing, China

^j Beijing Key Laboratory of Mental Disorders, Beijing, China

^k Beijing Institute for Brain Disorders, Beijing, China

^l Asian Federation of ADHD, China

^m Chinese Society of Child and Adolescent Psychiatry, China

ⁿ Clinical & Research Programs in Pediatric Psychopharmacology & Adult ADHD, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA

^o Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

^p Turner Institute for Brain and Mental Health and School of Psychological Sciences, Monash University, Clayton, VIC, Australia

^q Australian ADHD Professionals Association (AADPA), Australia

Themen

- Geschichte (13)
- Diagnose (6)
- Epidemiologie (6)
- Ursachen: Genetik und Umgebung (36)
- Hirnforschung (15)
- Nicht-psychiatrische medizinische Probleme (22)
- Einfluss auf Patienten und Familien (37)
- Ökonomische Belastungen (11)
- Wirksame und sichere Medikamente (48)
- Wirksame und sichern nicht-medikamentöse Behandlungen (14)



SONDERAUSGABE

Die internationale Konsensuserklärung der World Federation of ADHD:

208 evidenzbasierte Schlussfolgerungen über die Störung

Manfred Döpfner (Köln), Tobias Banaschewski (Mannheim) & Michael Rösler (Homburg/Saar)

Diagnostik- und Behandlungsempfehlungen

Review

Eur Addict Res 2018;24:43–51
DOI: 10.1159/000487767

Received: October 10, 2017
Accepted: February 18, 2018
Published online: March 6, 2018

International Consensus Statement on Screening, Diagnosis and Treatment of Substance Use Disorder Patients with Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Cleo L. Crunelle^{a, b} Wim van den Brink^c Franz Moggi^d
Maija Konstenius^e Johan Franck^e Frances R. Levin^f Geurt van de Glind^g
Zsolt Demetrovics^h Corné Coetzeeⁱ Mathias Luderer^j Arnt Schellekens^k
Frieda Matthys^a ICASA consensus group

Der Nervenarzt

Übersichten

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 Luderer¹ · Falk Klefer^{2,3} · Andreas Reif¹ · Franz Moggi⁴

¹Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland

²Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Mannheim, Deutschland

³Feuerlein Centrum für Translationale Suchtmedizin, Heidelberg, Deutschland

⁴Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Bern, Bern, Schweiz

ADHS bei erwachsenen Patienten mit Substanzkonsumstörungen

Screening und Diagnostik

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

	Empfehlungsgrad
<i>Diagnostik</i>	
Die <u>ASRS</u> 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 ≥ 12 für eine adäquate Detektionsrate notwendig.)	A
Die <u>Diagnostik soll so früh wie möglich</u> 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 <u>Fremdanamnese</u> 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 <u>(Fremd-)Anamnese soll auf drogen- und alkoholabstinenten Lebensphasen</u> liegen (Anmerkung der Autoren: falls möglich)	KKP

Legende: A = Starke Empfehlung bei guter Datenlage; B = Empfehlung bei guter Datenlage; KKP = Klinischer Konsenspunkt - Expertenkonsens trotz unzureichender Daten aus kontrollierten Studien ; SKS = Substanzkonsumstörung

Behandlungsempfehlungen

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

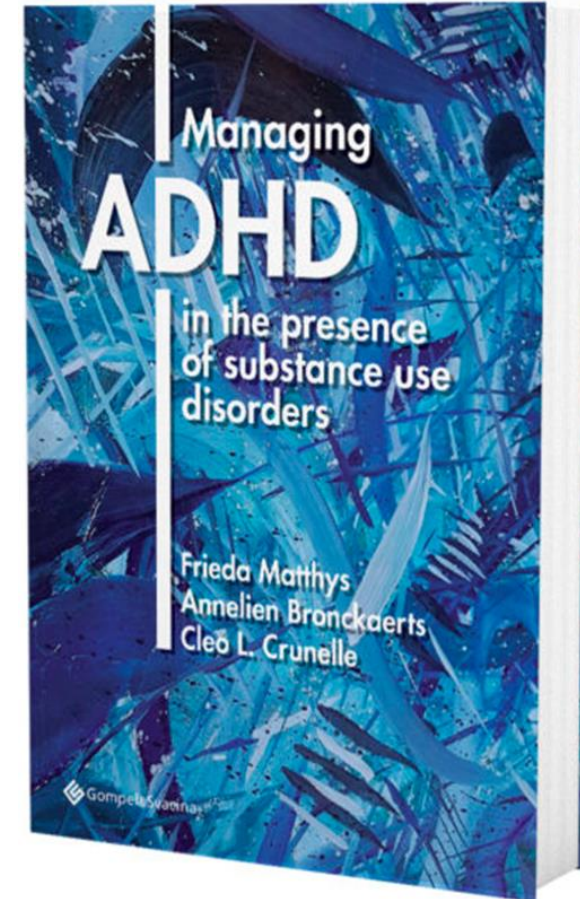
	Empfeh- lungsgrad
<i>Behandlung</i>	
Sowohl die ADHS als auch die SKS sollten <u>ausreichend medikamentös</u> behandelt werden, wenn indiziert	A
Es sollte immer eine <u>Kombination von Pharmako- und Psychotherapie</u> erwogen werden (<i>Anmerkung der Autoren: jeweils für SKS und AHDS</i>)	A
Die Behandlung der ADHS und weiterer Komorbiditäten sollte <u>so früh wie möglich in die Behandlung</u> der SKS integriert werden	A
<u>Psychotherapie</u> , die möglichst die Kombination von ADHS und SKS berücksichtigt, soll angeboten werden	KKP
Lang wirksame Stimulanzen (Methylphenidat, Amphetamine, Lisdexamfetamin) und Atomoxetin sind wirksam in der Behandlung der ADHS bei SKS; möglicherweise ist bei manchen Patienten eine schrittweise Aufdosierung <u>in höhere Bereiche</u> als üblich notwendig. Das Missbrauchsrisiko ist bei <u>langwirksamen Stimulanzen</u> begrenzt	B
Vorsichtiges und sorgfältiges Vorgehen wird empfohlen, um <u>Missbrauch und Weitergabe</u> rezeptierter Betäubungsmittel zu vermeiden	KKP

Legende: A = Starke Empfehlung bei guter Datenlage; B = Empfehlung bei guter Datenlage; KKP = Klinischer Konsenspunkt - Expertenkonsens trotz unzureichender Daten aus kontrollierten Studien; SKS = Substanzkonsumstörung

Integrative Kombinationstherapie bei ADHS und Substanzkonsumstörung

- > **Behandlungsziele**
 - ADHS-Symptomreduktion
 - Verbesserung der Bewältigungsfertigkeiten
 - Verringerung emotionaler Probleme
 - Verbesserung des Funktionsniveaus
 - Verbesserung der Behandlungsadhärenz
 - Verringerung des Substanzkonsums

- > **Behandlungsphasen integrierter Modelle (Einbettung in Suchtbehandlung)**
 1. Diagnostik und Psychoedukation
 2. Pharmakotherapie mit individuellem Coaching
 3. Personalisierte KVT und Fertigkeitstraining (Einzel oder Gruppentherapien) sowie Peer Support
 4. Involvieren der Familie
 5. Arbeits- und Freizeitgestaltung



Diagnostik und Behandlungsleitlinien bei Jugendlichen: 37 Empfehlungen

International Consensus Statement for the Screening, Diagnosis, and Treatment of Adolescents with Concurrent Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder

Heval Özgen^{a,ε} Renske Spijkerman^a Moritz Noack^b Martin Holtmann^b Arnt S.A. Schellekens^{c,d}
Geurt van de Glind^{d,e} Tobias Banaschewski^f Csaba Barta^{g,h} Alex Begemanⁱ Miguel Casas^j
Cleo L. Crunelle^k Constanza Daigre Blanco^{l,n} Søren Dalsgaard^o Zsolt Demetrovics^p
Jacomine den Boerⁱ Geert Dom^q Valsamma Eapen^r Stephen V. Faraone^s Johan Franck^t
Rafael A. González^{u,v} Lara Grau-López^{l-n,t} Annabeth P. Groenman^{w,x} Malin Hemphälä^t
Romain Ickick^{y,z,a} Brian Johnson^s Michael Kaess^{b,c} Máté Kapitány-Fövény^{d,e}
John G. Kasinathan^f Sharlene S. Kaye^g Falk Kiefer^h Maija Konsteniusⁱ Frances R. Levinⁱ
Mathias Luderer^j Giovanni Martinotti^k Frieda I.A. Matthys^l Gergely Meszaros^m
Franz Moggiⁿ Ashmita P. Munasur-Naidoo^{o,p} Marianne Post^q Sharon Rabinovitz^r
J. Antoni Ramos-Quiroga^{m,n,s,t} Regina Sala^u Abu Shafi^v Ortal Slobodin^w Wouter G. Staal^{x,y}
Rainer Thomasius^z Ilse Truter^a Michiel W. van Kernebeek^β Maria C. Velez-Pastrana^y
Sabine Vollstädt-Klein^h Florence Vorspan^{z,δ,ε,ζ} Jesse T. Young^{θ,η,ι,κ} Amy Yule^λ
Wim van den Brink^{ε,μ} Vincent Hendriks^{α,ε}

^aParnassia Addiction Research Centre (PARC), Parnassia Psychiatric Institute, The Hague, The Netherlands;
^bDepartment of Child and Adolescent Psychiatry, LWL-University Hospital, Ruhr-University Bochum, Hamm,
Germany; ^cDepartment of Psychiatry, Donders Institute, RadboudUMC, Nijmegen, The Netherlands; ^dNijmegen
Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA), RadboudUMC, Nijmegen, The Netherlands; ^eInternational
Collaboration on ADHD and Substance Abuse (ICASA) Foundation, Nijmegen, The Netherlands; ^fDepartment of Child
and Adolescent Psychiatry, Central Institute of Mental Health Mannheim (CIMH), Heidelberg University, Mannheim,
Germany; ^gDepartment of Medical Chemistry, Molecular Biology and Pathobiochemistry, Semmelweis University,
Budapest, Hungary; ^hInstitute of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Pázmány Péter Catholic
University, Budapest, Hungary; ⁱDe Hoop GGZ, Dordrecht, The Netherlands; ^jDepartment of Psychiatry and Legal
Medicine, Autonomous University of Barcelona, Barcelona, Spain; ^kDepartment of Psychiatry, University Hospital
Brussels, Brussels, Belgium; ^lDepartment of Psychiatry, Mental Health and Addictions, Addiction and Dual Diagnosis
Section, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Spain; ^mGroup of Psychiatry, Mental Health and Addictions,
Vall d'Hebron Research Institute (VHIR), Barcelona, Spain; ⁿBiomedical Network Research Centre on Mental Health
(CIBERSAM), Barcelona, Spain; ^oDepartment of Economics and Business Economics, Aarhus University, Aarhus,
Denmark; ^pInstitute of Psychology, ELTE Eötvös Loránd University, Budapest, Hungary; ^qCollaborative Antwerp
Psychiatric Research Institute (CAPRI), Antwerp University (UA), Antwerp, Belgium; ^rAcademic Unit of Infant, Child,
Adolescent Psychiatry South West Sydney, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia; ^sDepartment of
Psychiatry, SUNY Upstate Medical University, Syracuse, NY, USA; ^tChild- and Adolescent Department, Piteå Hospital,
Region Norrbotten, Piteå, Sweden;

Internationale Konsenserklärung zu Screening, Diagnostik und Behandlung von Jugendlichen und Heranwachsenden mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und gleichzeitigen Störungen durch Substanzgebrauch

Heval Özgen^{1,2,a}, Renske Spijkerman^{3,a}, Moritz Noack⁴, Martin Holtmann⁴,
Arnt S.A. Schellekens^{5,6}, Geurt van de Glind^{6,7}, Tobias Banaschewski⁸, Csaba Barta^{9,10},
Alex Begeman¹¹, Miguel Casas¹², Cleo L. Crunelle¹³, Constanza Daigre Blanco^{14,15,16},
Søren Dalsgaard¹⁷, Zsolt Demetrovics¹⁸, Jacomine den Boer¹¹, Geert Dom¹⁹,
Valsamma Eapen²⁰, Stephen V. Faraone²¹, Johan Franck²², Rafael A. González^{23,24},
Lara Grau-López^{14,15,16,25}, Annabeth P. Groenman^{26,27}, Malin Hemphälä²², Romain Ickick^{28,29,30},
Brian Johnson²¹, Michael Kaess^{31,32}, Máté Kapitány-Fövény^{33,34}, John G. Kasinathan³⁵,
Sharlene S. Kaye³⁶, Falk Kiefer³⁷, Maija Konstenius²², Frances R. Levin³⁸, Mathias Luderer³⁹,
Giovanni Martinotti⁴⁰, Frieda I.A. Matthys⁴¹, Gergely Meszaros⁴², Franz Moggi⁴³,
Ashmita P. Munasur-Naidoo^{44,45}, Marianne Post⁴⁶, Sharon Rabinovitz⁴⁷,
J. Antoni Ramos-Quiroga^{15,16,25,48}, Regina Sala⁴⁹, Abu Shafi⁵⁰, Ortal Slobodin⁵¹,
Wouter G. Staal^{52,53}, Rainer Thomasius⁵⁴, Ilse Truter⁵⁵, Michiel W. van Kernebeek⁵⁶,
Maria C. Velez-Pastrana⁵⁷, Sabine Vollstädt-Klein³⁷, Florence Vorspan^{28,58,59,60},
Jesse T. Young^{61,62,63,64}, Amy Yule⁶⁵, Wim van den Brink^{7,66} und Vincent Hendriks^{3,67}

^a Diese Autor_innen haben zu gleichen Teilen zu diesem Beitrag beigetragen.

¹ Parnassia Addiction Research Centre (PARC), Parnassia Psychiatric Institute, Den Haag, Niederlande

² Curium, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Leiden University Medical Center, Leiden, Niederlande

³ Parnassia Addiction Research Centre (PARC), Parnassia Psychiatric Institute, Den Haag, Niederlande

⁴ LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum, Hamm, Deutschland

⁵ Department of Psychiatry, Donders Institute, Radboud UMC, Nijmegen, Niederlande

⁶ Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA), Radboud UMC, Nijmegen, Niederlande

⁷ International Collaboration on ADHD and Substance Abuse (ICASA) Foundation, Nijmegen, Niederlande

⁸ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Deutschland

⁹ Department of Medical Chemistry, Molecular Biology and Pathobiochemistry, Semmelweis University, Budapest, Ungarn

> Zusammenhang ADHS und Substanzkonsum

- ADHS → Risikoerhöhung von Substanzkonsum (neben anderen Faktoren)
- Selbstmedikation?
 - Neurobiologische Bedingungen → Psychologische Funktionsstörungen
 - Entwicklungs- und psychosoziale Bedingungen kommen hinzu.
 - Kernthema: Selbstregulation → Selbstkontrolle

> Früherkennung

- Wenn Screening positiv: Diagnose → Indikation → Behandlung (das Richtige, richtig und früh tun!)

> Behandlung

- Medikamentöse Behandlung und wenn möglich Psychotherapie, ggf. „Coaching“
- Integrative Behandlung von ADHS und Sucht (und Komorbiditäten)

> Vorsicht

- „ADHS ist nicht an allem Schuld, und die Behandlung löst nicht alle Probleme“ (Zitat: Patientin).