

**Abschlussbericht /Sachbericht
im Rahmen der Verwendungsnachweisführung
Aktionsplan gegen Sucht NRW**

Projektnummer:
(Wird von der Landesstelle Sucht NRW ausgefüllt)

Titel des Projektes	Integrierte Therapieansätze bei ADHS und substanzbezogenen Störungen
----------------------------	---

1. PROJEKTDATEN	
Institution/ Organisation	LVR-Klinikum Essen
Projektleitung	Herr Prof. Christian Mette/ Frau Dr. Henrike Schecke
Telefon	0201-7227 283
E-Mail-Adresse	henrike.schecke@lvr.de mette@evh-bochum.de
Webseite	www.klinikum-essen.lvr.de
Förderzeitraum (laut Bewilligungsbescheid)	01.01.2017 – 31.03.2019
Gesamtfördersumme	68.420 Euro

2. PROJEKTUMSETZUNG

Zielerreichung

Ziel der Studie war die evidenzbasierte Konzeptualisierung und pilotartige randomisiert-kontrollierte Evaluation eines integrierten Ansatzes zur Diagnostik und Therapie der Komorbidität von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und substanzbezogenen Störungen (SUD) bei jungen Erwachsenen. Es wurde ein Diagnostikprozess erarbeitet, der sich in der praktischen Anwendung bewährt hat. Essentiell ist es, sich nicht ausschließlich auf Screening-Fragebögen zu verlassen, da diese in einer Patient*innengruppe mit psychischen Störungen zu unspezifisch sind. Zu viele falsch-positive Screeningergebnisse sind die Folge. Zudem wurde ein Therapiekonzept mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Ansatz aus evidenzbasierten Modulen der Therapie von ADHS und SUD zusammengestellt. Dies kann in verschiedenen Behandlungssettings, z.B. in der ambulanten Psychotherapie oder in Rehabilitationskliniken angewendet werden.

Umsetzung: Inhalt und Methode

Erarbeitung des Diagnostikprozesses

In einem ersten Schritt wurde ein auf die Komorbidität ADHS und SUD angepasstes Diagnostikkonzept erstellt. Besonderes Augenmerk wurde auf die Diagnostik weiterer psychischer Störungen gelegt, die sowohl als Komorbidität als auch als Differenzialdiagnose berücksichtigt werden müssen.

Im Rahmen der Diagnostik fanden fünf bis sieben Sitzungen statt. Neben den angegebenen Verfahren erfolgte zudem eine körperlich-neurologische Untersuchung und eine computergestützte neuropsychologische Testung.

- Soziodemographische Angaben
- Medikamentenanamnese
- Anamnese psychiatrisch-psychotherapeutischer Vorbehandlung als Kind oder Jugendlicher
- *Mini International Neuropsychiatry Interview: German Version 5.0.0 DSM-IV (M.I.N.I.)* (Ackenheil, M., Stotz-Ingenlath, G., Dietz-Bauer, R., & Vossen, A. M. I. N. I., 1999)
- Suchtanamnese mittels Auszügen des *EUROP-ASI-R* Interviews (Gsellhofer et al. 1999) und Substanzkonsum in den letzten 30 Tagen
- *Cannabis Use Disorder Identification Test (CUDIT)* (Adamson & Sellman, 2003)
- *Alcohol Use Disorder Identification Test* (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente, & Grant, 1993)
- *Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS)* (van de Glind et al., 2013) ADHS- Screening Instrument zur orientierenden Diagnostik bei Patient*innen bei Patient*innen mit substanzbezogener Störung
- Kurzform der *Wender-Utah-Rating-Skala (WURS-K)* zur retrospektiven Diagnostik einer

ADHS-Symptomatik in der Kindheit aus den *HASE Skalen* (Rösler, Retz-Junginger, Retz, & Stieglitz, 2008)

- *ADHS-Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB)* zur aktuellen ADHS-Symptomatik aus den *HASE Skalen* (Rösler et al., 2008)
- *Wender-Reimherr-Interview* aus den *HASE Skalen* (Rösler et al., 2008)
- *Connors-ADHD-Adult-Rating-Skala (CAARS)* zur differenzierten Erfassung aktueller ADHS-Symptomatik (Selbstbericht) (Connors, Erhardt, & Sparrow, 1999)
- *Das Essener Interview zur schulzeitbezogenen Biographie bei adulter ADHS* (Grabemann, 2016)
- *Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest-B (MWT-B)* (Lehrl, 1999)
- Computergestützte neuropsychologische Testung mittels *Wiener Test System*

Entwicklung der modularen psychotherapeutischen Intervention

Konzeptualisiert wurde eine integrierte zwölfwöchige kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzeltherapie mit wöchentlichen Sitzungen. Hierbei wurde auf evidenzbasierte Konzepte der Psychotherapie von ADHS und substanzbezogenen Störungen sowie bei Störungen der Emotionsregulation zurückgegriffen. Die Intervention setzt sich zusammen aus an die Komorbidität ADHS und SUD adaptierten evidenzbasierten Modulen zur Behandlung der ADHS (Hesslinger, B., Phillipsen, A. & Richter, H., 2004) und der Therapie substanzbezogener Störungen. Schwerpunkt bilden Ansätze des Motivational Interview (Miller & Rollnick, 2012) und der Rückfallprävention. Für letzteres können Auszüge aus Manuale für die Behandlung von opiatabhängigen Patient*innen (vgl. Franke, P. & Schildberug, F., 2004) oder der Cannabisabhängigkeit (z.B. CANDIS, Hoch et al., 2010) verwendet werden. Zudem werden einzelne Themen zur Emotionsregulation mit dem Material aus dem Interaktivem Skill-Training (Bohus, M. & Wolf, M., 2009) und dem Manual zu posttraumatischen Belastungsstörung und Substanzmissbrauch (Najavits, L.M., 2009) ergänzt In der folgenden Tabelle sind die einzelnen Themen der Sitzungen und der Ablauf im Überblick dargestellt.

Tabelle 1: Darstellung des thematischen Inhalts in der jeweiligen Therapiesitzung.

Sitzung	Inhalt
1.	Psychoedukation ADHS und SUD
2.	Achtsamkeit
3.	Entwicklung von Therapiezielen und Einordnung von neurobiologischen Grundlagen
4.	Identifikation von Problemverhalten mittels Verhaltensanalysen und Erarbeitung von Verhaltensänderungen
5.	Verbesserung der Gefühlsregulation
6.	Umgang mit Impulsivität und Verbesserung der Handlungsplanung
7.	Stressmanagement
8.	Kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken
9.	Identifikation von Rückfallsituationen und Erarbeitung von einem Notfallplan
10.	Soziales Kompetenztraining
11.	Puffersitzung zur individuellen Schwerpunktsetzung
12.	Rückfallprophylaxe

Implementierung der Studie und Rekrutierung

Nach Entwicklung und Zusammenstellung der Diagnostik- und Therapieansätze erfolgte die Schulung der Projektmitarbeiter*innen durch die Projektleitung in der Anwendung der Diagnostikinstrumente und der Module der psychotherapeutischen Intervention. Zudem erhielten die Projektmitarbeiter*innen die Gelegenheit in unterschiedlichen Arbeitsbereichen der Diagnostik und Therapie von Patient*innen mit ADHS und SUD zu hospitieren, um einen Einblick in die Versorgung zu bekommen. Weiterhin wurden die studentischen Projektmitarbeiter*innen zur Auswertung der Diagnostikinstrumente und zur Dateneingabe und –verarbeitung geschult. Das Projekt wurde dann intern in unterschiedlichen Foren und Teamzusammenkünften in den Bereich der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie in der Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin präsentiert und beworben. Zudem fanden Projektpräsentationen in Beratungsstellen und einer naheliegenden Rehabilitationsklinik statt. Schriftlich und im persönlichen Gespräch wurden potentielle Zuweiser kontaktiert und auf die Studie aufmerksam gemacht. Auch Vertreter*innen der Selbsthilfen wurden informiert und zur Teilnahme eingeladen.

An der Studie teilnehmen konnten:

- Patient*innen, die sich eigeninitiativ zur Diagnostik und Therapie einer ADHS in der Spezialsprechstunde ADHS im Erwachsenenalter des LVR-Klinikums vorstellten
- Patient*innen, die zur Entzugssyndrombehandlung im LVR-Klinikum Essen stationär aufgenommen wurden
- Patient*innen, die sich aufgrund einer substanzbezogenen Störung in ambulanter Behandlung der Institutsambulanz des LVR-Klinikums Essen befanden
- Patient*innen, die von Psychiater*innen/Psychotherapeut*innen/Beratungsstelle mit dem Verdacht auf ADHS/SUD überwiesen wurden

Es galten folgende Ein- bzw. Ausschlusskriterien:

- ausreichende Deutschkenntnisse für das Verständnis des Untersuchungsmaterials
- Alter \geq 18 Jahre
- keine unterdurchschnittliche Intelligenz (IQ- Wert $<$ 85)
- keine psychotischen Störungen aktuell und anamnestisch

Evaluation

Projektziel war die Erarbeitung und Implementierung eines integrierten Diagnostikprozesses und die Konzeptualisierung eines integrierten Therapieangebotes für erwachsenen Patient*innen mit der Komorbidität ADHS und SUD. Zudem war die Evaluation des Therapieerfolges mittels eines randomisiert-kontrollierten Ansatzes geplant. Hierzu sollten die Studienteilnehmenden nach Abschluss der Diagnostik randomisiert einer der beiden Bedingungen (integrierte Therapie + Standardbehandlung versus Standardbehandlung) zugeordnet werden. Die Standardbehandlung war in diesem Fall definiert als eine ambulante Behandlung in den Spezialsprechstunden für substanzbezogene Störungen oder ADHS im Erwachsenenalter. Ziel war ein prä-post Vergleich hinsichtlich der ADHS Symptomatik und des Substanzkonsums.

Relevante Ergebnisse

Stichprobe

Bis zum Projektende zeigten 73 Personen Interesse an einer integrierten Diagnostik/Therapie von ADHS und SUD und es wurde mit dem Ziel der Terminvereinbarung telefonischer oder schriftlicher Kontakt aufgenommen. Für 51 Patient*innen (83 % männlich, 17 % weiblich, Alter: $mdn=33$, $SD=10,3$, $min=20$, $max=58$) konnte ein Termin zum Erstgespräch vereinbart werden. Bei den übrigen Patient*innen lagen Rückmeldung vor, dass zum Beispiel kein Interesse bestehe, an der Diagnostik/Therapie in Form einer Studie teilzunehmen, eine andere Behandlung bereits erfolge oder, dass die Patient*innen sich telefonisch nicht zurückgemeldet hatten. Von den 51 Patient*innen nahmen 45 Patient*innen den Termin für ein diagnostisches Erstgespräch wahr. Für das orientierende Screening per Fragebogen wurden mehrere Instrumente eingesetzt, 41 Personen erreichten in mindestens einem Instrument den Cut-Off Wert für den Verdacht auf ADHS. Die Ergebnisse für alle Screeninginstrumente sind in Abbildung 2 dargestellt. Bei 33 Patient*innen konnte die gesamte Diagnostik abgeschlossen werden. Zwei Patient*innen wurden aufgrund einer wahnhaften Symptomatik bereits im diagnostischen Prozess von dem Studienprojekt ausgeschlossen und hausintern weiterbehandelt. Für einen Patient*innen wurde die Diagnostik aufgrund einer stationären SUD-Behandlung abgebrochen. Die restlichen Abbrüche waren wiederholt nicht zu Terminen erschienen und nicht wieder zu erreichen. Da eine Verstärkung des Projektes erreicht werden konnte, befanden sich nach Projektende noch sieben weitere Personen in der Diagnostik.

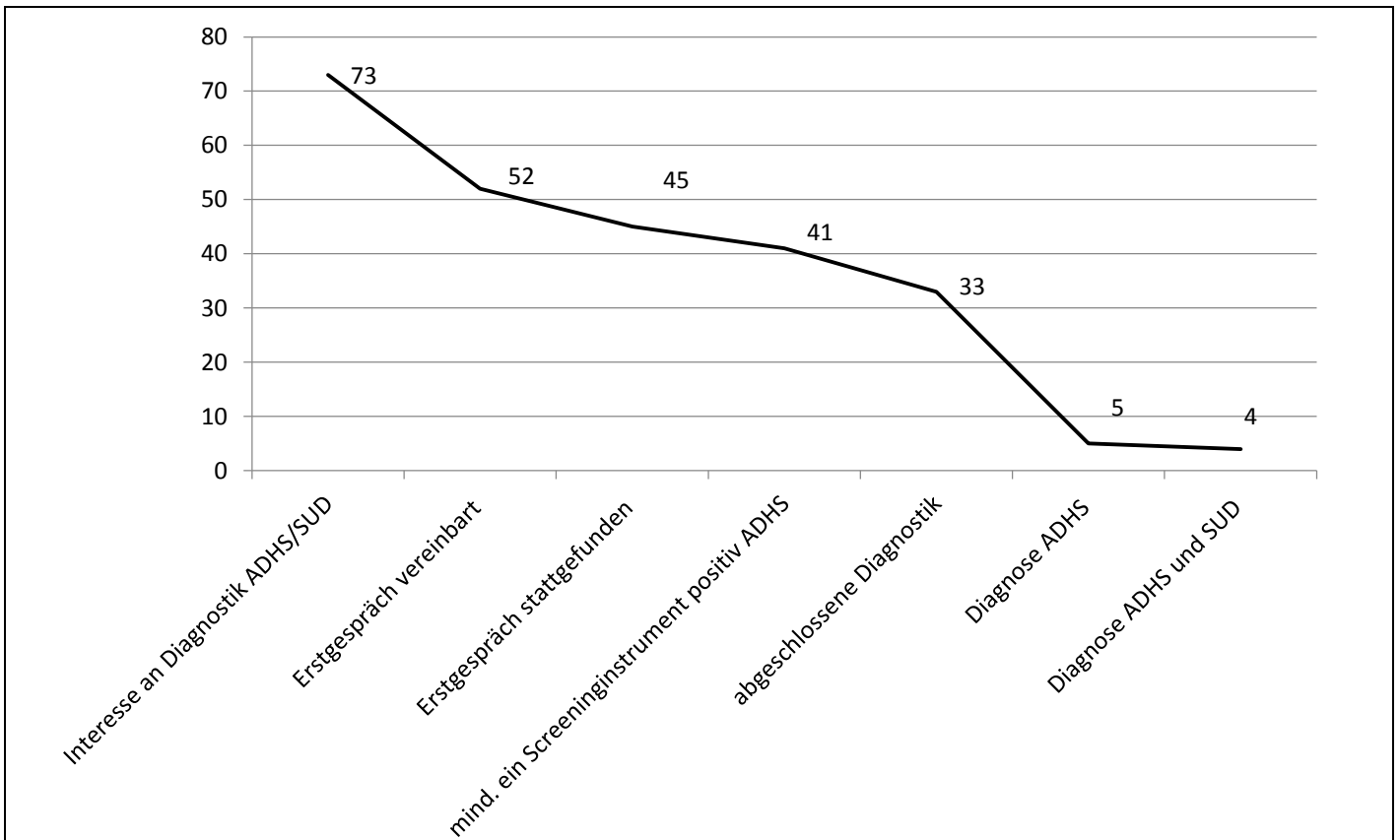


Abbildung 1: Übersicht Studieneinschluss ADHS und SUD.

Ergebnisse der Screening Instrumente und weiterer Selbstauskunftfragebögen

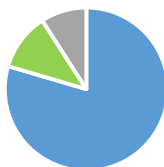
Alle teilnehmenden Patient*innen erhielten ein Paket mit selbst auszufüllenden Fragebögen. Hierunter waren vier Fragebögen, die als Screening-Instrument für ADHS validiert sind einen ersten Hinweis auf das Vorliegen von ADHS liefern sollen. Jedes Instrument enthält einen Cut-off-Wert. Wenn dieser überschritten wird, sollte eine eingehendere diagnostische Abklärung hinsichtlich ADHS erfolgen. Auffällig ist, dass bis auf sehr wenige Ausnahmen (n=4 bis n=7, je nach Fragebogen), alle Patient*innen den Cut-Off in den Screeningfragebögen überschreiten, obgleich sich nur bei einem geringen Anteil die Diagnose einer ADHS nach eingehender Diagnostik sichern ließ. Im ADHS-SB überschritten sogar alle untersuchten Patient*innen den Cut-off.

Zudem zeigte sich ein im Mittel ausgeprägtes Ausmaß an depressiver Symptomatik (BDI). Der Cut-off der Screeningverfahren für den problematischen Konsum von Cannabis (CUDIT) wurde im Mittel ebenfalls überschritten. Dies zeigte sich für den problematischen Konsum von Alkohol (AUDIT) im Mittel nicht. Der orientierende Test zur Bestimmung der allgemeinen Intelligenzleistung (MWT-B) ergab, dass die meisten Patient*innen im durchschnittlichen Bereich der Intelligenzleistung lagen. Die Ergebnisse im Einzelnen sind in Tabelle 2 und Abbildung 2 dargestellt.

Tabelle 2: Darstellung der Ergebnisse der Selbstausskunftsfragebögen (SD= Standardabweichung)

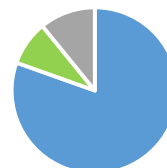
Testverfahren	n	Median	SD	Min-Max
Wender-Utah-Rating-Scale (WURS-k) (Referenz: ≥ 30)	n=45	49	13,1	20-78
ADHS-Selbstbeurteilungsbogen (ADHS-SB) (Referenz: ≥ 15)	n=45	32	9,2	15-59
ADHD Self-Report Scale (ASRS-V1) (Referenz: ≥ 4 für Summe Teil A)	n=45	5	1,3	0-6
Connors-ADHD-Adult-Rating-Skala (CAARS) (Referenz:)	n=43	31	8,5	16-56
Beck Depressions Inventar (Referenz: ≥ 9)	n= 44	25	12,3	0-46
Cannabis Use Disorder Identification (Referenz >8)	n=44	10	9,7	0-31
Alcohol Use Disorder Identification (AUDIT) (Referenz >8)	n=44	6,0	10,2	0-35
Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest-B (MWT-B)	n=33	100	82	143

WURS-K



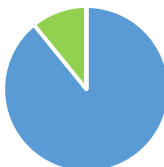
- Über dem Cut-Off ohne ADHS-Diagnose (n=35)
- Über dem Cut-Off mit ADHS-Diagnose (n=5)
- Unter dem Cut-Off (n=4)

ASRS Teil A



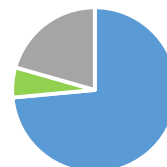
- Über dem Cut-Off (n=37)
- Über dem Cut-Off mit Diagnose (n=4)
- Unter dem Cut-Off (n=5)

ADHS SB



- Personen über dem Cut-Off (n=45)
- Davon mit ADHS Diagnose (n=5)
- Unter dem Cut-Off (n=0)

CAARS DSM ADHS Gesamt



- "sehr auffällig" ohne ADHS-Diagnose (n=25)
- "sehr auffällig" mit ADHS-Diagnose (n=2)
- nicht "sehr auffällig" (n=7)

Abbildung 2: Anteil der Patient*innen mit ADHS-Diagnose und ohne ADHS-Diagnose an der Anzahl der Patient*innen über den Cut-Off Werten

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Einige Kernsymptome der ADHS treten auch bei anderen psychischer Störungen auf, z.B. Konzentrationsstörungen bei depressiven Störungen oder bei chronischem Cannabiskonsum. Der Diagnostikprozess beinhaltet daher eine eingehende Differenzialdiagnostik psychischer Störungen. Einerseits, um sicherzustellen, dass von den Patient*innen berichtete Symptome mit Bezug zu ADHS (z.B. Konzentrationsstörungen, Impulsivität etc.) nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden können, andererseits um mögliche komorbide Störungen zu identifizieren. Pro Person könne auch mehrere komorbide Störungen zutreffen. Bei allen Patient*innen, bei denen die Diagnostik abgeschlossen wurde, wurde mindestens ein psychische Störung diagnostiziert. Über die Hälfte (57,6 %) der Patient*innen erfüllten die Kriterien einer depressiven Episode, 19 % erfüllte die Kriterien einer Angststörung, 3 % einer Persönlichkeitsstörung. Bei sechs Patient*innen (18,2 %) ließ sich ADHS sichern. Hiervon erfüllte einer nicht gleichzeitig die Kriterien einer SUD, sodass lediglich vier (12 %) der untersuchten Patient*innen sowohl die Kriterien der ADHS als auch der SUD erfüllten. Bei der Auswertung der substanzbezogenen Störungen wird in der folgenden Darstellung nicht nach Substanzen unterschieden. Obgleich alle Patient*innen bei Aufnahme in die Studie einen regelmäßigen Konsum von Substanzen berichteten oder auch von vorbehandelnden Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen dem Projekt zugewiesen wurden, ließ sich nicht bei allen Patient*innen eine substanzbezogene Störung diagnostisch sichern. Ein Viertel der Teilnehmenden erfüllte die Kriterien einer SUD nicht.

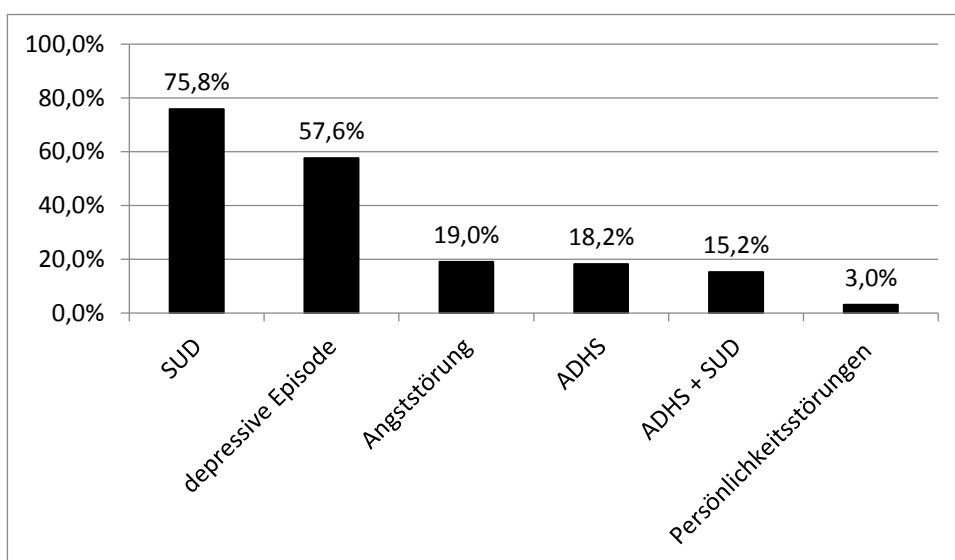


Abbildung 3: Verteilung der Diagnosen psychischer Störungen bei allen Patient*innen, die den Diagnostikprozess vollständig durchlaufen haben (n=33).

Schlussfolgerungen und Diskussion der Ergebnisse

Die Entwicklung der integrierten Diagnostik konnte erfolgreich abgeschlossen werden. Besonders hervorzuheben ist, dass gängige und validierte ADHS-Screeninginstrumente offenbar nicht geeignet sind, zwischen ADHS und anderen psychischen Störungen zu differenzieren. Alle Studienpatient*innen erfüllten die Kriterien mindestens einer psychischen Störung, vor allem für Depressionen, SUD und Angststörungen. Bis auf wenige Ausnahme überschritten alle Patient*innen die Cut-off Werte für den Verdacht auf ADHS. Es zeigte sich, dass der Großteil der Screeninginstrumente in Stichproben mit gesunden Kontrollprobanden und ADHS Patient*innen validiert wurden. Dies legt nahe, dass die Screeninginstrumente zwar verlässlich zwischen gesunden Personen und Patient*innen mit ADHS differenzieren, für die Anwendung in klinischen Populationen jedoch ungeeignet sind. Sie sind nicht ausreichend trennscharf und liefern zu viele falsch-positive Ergebnisse. Hinzu kommt, dass sowohl die Selbstselektion von Patient*innen, die Symptome einer ADHS bei sich vermuten, als auch die Verdachtsdiagnose durch Psychiater*innen, Suchtberater*innen oder Psycholog*innen bei einer klinischen Stichprobe von Patient*innen nicht akkurat zu sein scheint. Möglicherweise geht dies auf Symptome zurück, die bei verschiedenen psychischen Störungen eine Rolle spielen (z.B. Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen oder Impulsivität) und die fälschlicherweise auf das Vorliegen von ADHS attribuiert werden. Am Beispiel der Konzentrationsstörungen lässt sich exemplarisch aufzeigen, dass es Symptomüberschneidungen zu anderen psychischen Störungen und ADHS gibt. Konzentrationsstörungen sind ein typisches Symptom bei Depressionen und über die Hälfte der teilnehmenden Patient*innen erfüllte die Kriterien einer depressiven Episode. Möglicherweise werden vorliegende Konzentrationsstörungen von depressiven Patient*innen selbst ADHS zugeschrieben und die Screeninginstrumente differenzieren nicht nach Hintergrund der Symptome. Ähnliches gilt möglicherweise für Konzentrationsstörungen durch chronischen Substanzkonsum oder Impulsivität bei Patient*innen mit SUD. Eine gute klinische Erfahrung der Diagnostiker*innen sowohl im Bereich ADHS/SUD als auch der Differenzialdiagnostik ist daher empfehlenswert. Realistisch erscheint daher beim Transfer in andere Behandlungssettings, dass die Erstdiagnostik z.B. in spezialisierten Sprechstunden erfolgt.

Die eingehende Diagnostik ist umfangreich und nimmt bis zu sieben Sitzungen in Anspruch. Der zeitliche Aufwand stellt Patient*innen mit ADHS und SUD vor erhebliche Herausforderungen. Störungsbedingt liegen Einschränkungen beim Zeitmanagement, der Termintreue und der Frustrationstoleranz vor. Ein Drittel der Patient*innen, die ein Erstgespräch wahrnahmen, schloss die Diagnostik nicht ab, obwohl im Rahmen der Studie häufige Kontaktversuche durch das Studienteam erfolgten und Patient*innen mehrfach zur Terminvereinbarung telefonisch, postalisch oder per E-Mail kontaktiert wurden. Im Aufwand der Diagnostik zeigt sich ein Spannungsfeld aus hohen Anforderungen an die Gründlichkeit der Diagnostik und den störungsbedingten Funktionseinschränkungen im Alltag der Patient*innen. Der Diagnostikprozess sollte jedoch keinesfalls durch die Anwendung von Screeninginstrumente verkürzt werden, da diese die Wahrscheinlichkeit für falsche ADHS-Diagnosen erhöhen.

Bei 15 % der untersuchten Patient*innen wurden die Kriterien für ADHS und SUD erfüllt. Dies liegt

unter der Prävalenz in der bisherigen wissenschaftlichen Literatur, die mittlere Prävalenzraten von 23 % in Patient*innenkollektiven mit SUD fanden (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012). In der Projektplanung wurde zudem von einer größeren Zuverlässigkeit der Screeninginstrumente ausgegangen, was ein ökonomischeres Vorgehen bei der Rekrutierung der Studienpatient*innen ermöglicht hätte. Dadurch, dass nahezu alle gescreenten Patient*innen den Cut-off im Screening überschritten, wurden auch alle ausführlich weiter untersucht. Durch den erheblichen zeitlichen Aufwand des kompletten Diagnostikprozesses konnten somit deutlich weniger Patient*innen in der Projektlaufzeit eingeschlossen werden als geplant. Die drop-out-Rate von einem Drittel der Patient*innen im Laufe des Diagnostikprozesses hat die Stichprobe weiter minimiert. Die pilotartige Evaluation der psychotherapeutischen Intervention war im Projektantrag ebenfalls als Ziel angegeben. Da aus den vorab skizzierten Gründen die Anzahl der infrage kommenden Patient*innen deutlich geringer ausfiel als erwartet, musste von diesem Projektziel Abstand genommen werden. Gut umgesetzt werden konnte jedoch die Zusammenstellung der Module zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Einzeltherapie. Da diese aus evidenzbasierten Modulen besteht, erscheint es vertretbar im Sinne eines eklektischen Therapieansatzes in der Praxis auf diese auch bei komorbider ADHS und SUD zurück zu greifen, bis eine weitere Evaluation vorliegt. In den aktuellen S3- Leitlinien zur Behandlung der ADHS wird ein analoges Vorgehen für die psychopharmakologische Therapie empfohlen. Voraussetzung sollte eine Expertise in beiden Störungsbereichen sein.

Kooperation und Vernetzung

Das Projekt fand in Kooperation zwischen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin des LVR-Klinikums Essen statt. Zur Bekanntmachung und Vernetzung gab es Projektvorstellung in lokalen Beratungsstellen in Essen und einer Rehabilitationsklinik in der Region.

Nachhaltigkeit

Die Projektförderung bezog sich auf die Entwicklung und Evaluation des beschriebenen Ansatzes. Durch die anschließende Veröffentlichung des Projektberichtes soll ein Transfer in andere Behandlungsnetzwerke ermöglicht werden. Für die diagnostischen und therapeutischen Leistungen sind Kostenträger definiert (z.B. Krankenversicherungen, Rentenversicherung). Hierdurch kann eine nachhaltige Implementierung im Versorgungssystem auch über das Projektende hinaus realisiert werden. Aufgrund des erheblichen Aufwandes erscheint es jedoch sinnvoll zumindest die initiale Diagnostik in einer Institution mit Expertise im Bereich ADHS bei Erwachsenen und substanzbezogenen Störungen anzusiedeln. Eine Durchführung der Therapie erscheint auch in der ambulanten Psychotherapie oder einer Rehabilitationsbehandlung durchführbar.

Dokumentation

Die Ergebnisse des Projektes wurden bei einem Fachtag für ADHS und SUD im LVR-Klinikum Essen im Rahmen von Vorträgen präsentiert und mit den Teilnehmenden diskutiert. Neben

Fachpublikum stand die Veranstaltung auch der interessierten Öffentlichkeit offen. Die Veranstaltung wurde in der lokalen Tagespresse angekündigt und interessierte Patient*innen und Angehörige auf die Möglichkeit der Teilnahme aufmerksam gemacht. Einige Patient*innen und Angehörige nahmen an der Veranstaltung aktiv teil. Zudem wurde das Projekt bei einem Fachtag des „Aktionsplans gegen Sucht NRW“, gefördert und ausgerichtet durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, präsentiert und diskutiert. Beiträge in wissenschaftlichen Fachzeitschriften sind geplant. Projektmaterialien wurden bislang nicht veröffentlicht.

Zusammenfassung

Ziel der Studie war die evidenzbasierte Konzeptualisierung und pilotartige randomisiert-kontrollierte Evaluation eines integrierten Ansatzes zur Diagnostik und Therapie der Komorbidität von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und substanzbezogenen Störungen (SUD) bei jungen Erwachsenen.

73 Personen zeigten Interesse an einer integrierten Diagnostik/Therapie von ADHS und SUD. Für 51 Patient*innen (83 % männlich, 17 % weiblich, Median Alter =33, SD=10,3) konnte ein Termin zum Erstgespräch vereinbart werden, 45 Patient*innen nahmen diesen wahr und ein erstes Screening für ADHS per Fragebögen erfolgte, 41 erreichten in mindestens einem Screening-Instrument den Cut-Off Wert für den Verdacht auf ADHS. 33 Personen durchliefen den vollständigen Diagnostikprozess über sechs bis sieben Sitzungen. Es zeigte sich ein im Mittel ausgeprägtes Ausmaß an depressiver Symptomatik. Der Cut-off der Screeningverfahren für den problematischen Konsum von Cannabis wurde im Mittel ebenfalls überschritten. Dies zeigte sich für den problematischen Konsum von Alkohol nicht. Bei allen Patient*innen, bei denen die Diagnostik abgeschlossen wurde, wurde mindestens eine psychische Störung diagnostiziert. (57,6 % depressive Episode, 19 % Angststörung, 3 % Persönlichkeitsstörung). Ein Viertel der Teilnehmenden erfüllte letztlich nicht die Kriterien einer SUD, obgleich im Vorfeld regelmäßiger Substanzkonsum angegeben worden war. Bei 18,2 % ließ sich ADHS sichern, hiervon erfüllte ein Patient nicht gleichzeitig die Kriterien einer SUD, sodass lediglich 12 % der untersuchten Patient*innen sowohl die Kriterien der ADHS als auch der SUD erfüllten. Dies liegt unterhalb der in der Literatur im Mittel bekannten Prävalenz von 23 % in Populationen mit SUD-Patient*innen. Die Entwicklung und Implementierung der integrierten Diagnostik konnte erfolgreich abgeschlossen werden. Es wurde ein Diagnostikprozess erarbeitet, der sich in der praktischen Anwendung bewährt hat. Als wichtiges Ergebnis ist hervorzuheben, dass gängige und validierte ADHS-Screeninginstrumente offenbar nicht geeignet sind, zwischen ADHS und anderen psychischen Störungen zu differenzieren. Bis auf wenige Ausnahme überschritten alle Patient*innen die Cut-off Werte für den Verdacht auf ADHS. Es zeigte sich, dass der Großteil der Screeninginstrumente in Stichproben mit gesunden Kontrollprobanden und ADHS Patient*innen validiert wurden. Dies legt nahe, dass die Screeninginstrumente zwar verlässlich zwischen gesunden Personen und Patient*innen mit ADHS differenzieren, für die Anwendung in klinischen Populationen jedoch ungeeignet sind. Durch den erheblichen zeitlichen Aufwand des kompletten Diagnostikprozesses konnten deutlich weniger Patient*innen in der Projektlaufzeit eingeschlossen werden als geplant. Die drop-out-Rate von einem Drittel der Patient*innen im Laufe des Diagnostikprozesses minimierte die Stichprobe weiter. Die pilotartige Evaluation der psychotherapeutischen Intervention war im Projektantrag ebenfalls als Ziel angegeben. Da aus den vorab skizzierten Gründen die Anzahl der infrage kommenden Patient*innen deutlich

geringer ausfiel als erwartet, musste von diesem Projektziel Abstand genommen werden. Gut umgesetzt werden konnte jedoch die Zusammenstellung der Module zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Einzeltherapie. Die Empfehlung einer Kombination von verhaltenstherapeutischen Ansätzen an die Problembereich und Leidensdruck des Patienten erscheint sinnvoll, um das therapeutische Outcome zu erhöhen. Eine nachhaltige Implementierung und Verstetigung über das Projektende ist realisiert, da für die diagnostischen und therapeutischen Leistungen Kostenträger definiert sind (z.B. Krankenversicherungen). Die Ergebnisse des Projektes sind in die Routine der Spezialsprechstunde für ADHS im Erwachsenenalter des LVR-Klinikums übergegangen und sind auf andere Behandlungssettings transferierbar. Aufgrund des diagnostischen Aufwandes und der aufwändigen Differenzialdiagnostik erscheint es jedoch sinnvoll, die initiale Diagnostik für ADHS und komorbide SUD bei Erwachsenen in einer Institution mit Expertise in beiden Bereichen anzusiedeln. Die Ergebnisse des Projektes wurden bei einem Fachtag für ADHS und SUD im LVR-Klinikum Essen im Rahmen von Vorträgen präsentiert und mit den Teilnehmenden diskutiert.

Literaturangaben

- Ackenheil, M., Stotz, G., Dietz-Bauer, R., & Vossen, A. (1999). Deutsche Fassung des Mini-International Neuropsychiatric Interview. *München: Psychiatrische Universitätsklinik München.*
- Adamson, S. J., & Sellman, J. D. (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and alcohol review, 22*(3), 309-315.
- Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, E. P. (1999). *Conners' adult ADHD rating scales (CAARS): technical manual.*
- Hoch, E., Zimmermann, P., Henker, J., Rohrbacher, H., Noack, R., Bühringer, G., & Wittchen, H.-U. (2010). *Modulare Therapie von Cannabisstörungen: Das CANDIS-Programm:* Hogrefe Verlag.
- Körkel, J., & Schindler, C. (2013). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: das strukturierte Trainingsprogramm STAR:* Springer-Verlag.
- Lehrl, S. (1999). *Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest: MWT-B:* Spitta.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change:* Guilford press.
- Philipsen, A., Jans, T., Graf, E., Matthies, S., Borel, P., Colla, M., . . . Tebartz van Elst, L. (2015). Effects of Group Psychotherapy, Individual Counseling, Methylphenidate, and Placebo in the Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry, 72*(12), 1199-1210. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2146
- Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W., & Stieglitz, R. (2008). HASE–Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. *Göttingen: Hogrefe.*
- Safren, S. A. (2005). *Mastering your adult ADHD: A cognitive-behavioral treatment program therapist guide* (Vol. 2): Oxford university press.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E., & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther, 43*(7), 831-842. doi: 10.1016/j.brat.2004.07.001
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction, 88*(6), 791-804.
- van de Glind, G., van den Brink, W., Koeter, M. W., Carpentier, P. J., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Kaye, S., . . . Levin, F. R. (2013). Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients. *Drug Alcohol Depend, 132*(3), 587-596. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.04.010
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M., & Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend, 122*(1-2), 11-19. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.12.007
- Weiss, M., Brooks, B., Iverson, G., Lee, B., Dickson, R., & Wasdell, M. (2007). *Reliability and validity of the Weiss functional impairment rating scale.* Paper presented at the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting, San Diego, CA.