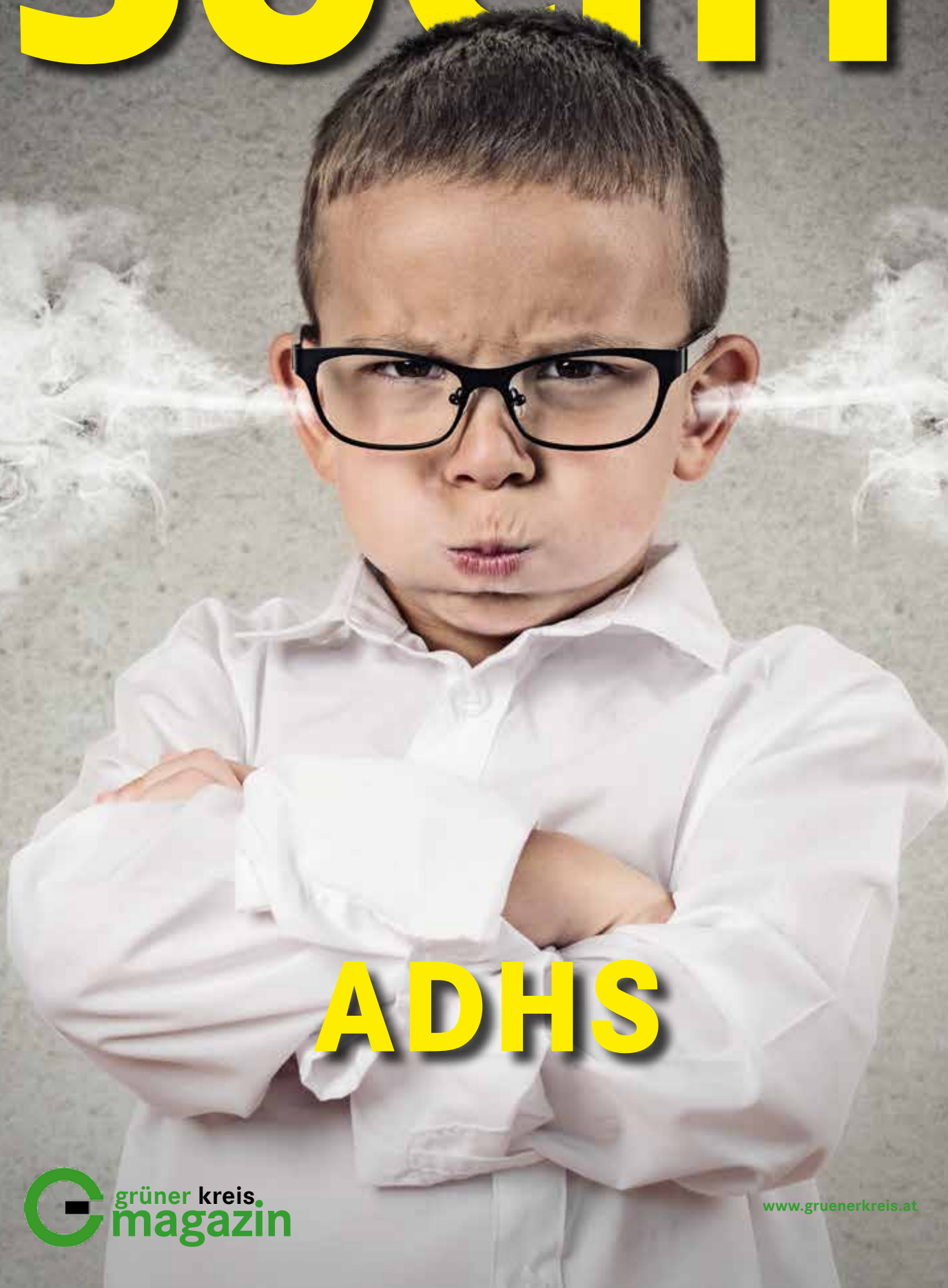


# SUCHT



# ADHS

## Wir danken unseren SpenderInnen

Dkfm. Günter Baumgartner, Wien  
Beate Cerny, Wien  
Dr. Günther Frohner, Lassee  
Maria Greinöcker, Wels  
Doris Grossi, Wien  
Gabriele Hiba, Wien  
Elfriede Jilg, Bad Vöslau  
Mag. Brigitta Kandl, Wien  
Karla Kapper, Möllersdorf  
Gabriele Karner, Wien  
Robert Kopera, Reisenberg  
Theresia Kouba, Fehring  
Johannes Niederseer  
Günter Stacher, Waidhofen  
Josefa Szeidel, Wien  
Dr. Alfons Willam, Wien  
Dr. Friedrich Zeilner, Grödig  
und viele anonyme SpenderInnen



Partner des **Grünen Kreises**  
Die **Niederösterreichische Versicherung** unterstützt die Arbeit des **Grünen Kreises**.  
»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des **Grünen Kreises** nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«  
Niederösterreichische Versicherung AG  
[www.noever.at](http://www.noever.at)  
Herzlichen Dank im Namen aller KlientInnen des **Grünen Kreises!**

## Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!  
Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im **Grünen Kreis** verwendet.  
Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die  
NÖ Landesbank-Hypothekbank AG  
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222  
BIC HYPNATWW  
oder fordern Sie bei [spenden@gruenerkreis.at](mailto:spenden@gruenerkreis.at) einen Zahlschein an.  
Weitere Informationen finden Sie auch auf [www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at) im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

## Impressum

### Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des **Grüner Kreis**-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtdizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins **Grüner Kreis**.  
Das **Grüner Kreis**-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren.  
**Medieninhaber:** **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

### Herausgeber:

Verein **Grüner Kreis**  
**Geschäftsführer:** Dir. Alfred Rohrhofer  
**Redaktion:** Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch  
**Eigenverlag:** **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen  
**Alle:** 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103  
**Tel.:** +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-40  
[redaktion@gruenerkreis.at](mailto:redaktion@gruenerkreis.at) | [www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)  
**Layout:** Peter Lamatsch  
**Anzeigen:** Sirius Werbeagentur GmbH  
**Druck:** AV+Astoria Druckzentrum GmbH

### Diese Ausgabe entstand unter Mitarbeit von:

Alfred Rohrhofer, Thilo Beck, Helmut Bonney, Christian Müller, Gabriele Fischer, Marisa Silbernagl, Astrid Neuy-Bartmann, Human-Friedrich Unterrainer, Christina Stadler, Lisza Gaiswinkler, Regina Agostini, Barbara Gapp, Kurt Neuhold und KlientInnen im **Grünen Kreis**

### Bildquellennachweis:

Cover: Ion Chiosea /123RF  
Autorenportraits: privat (soweit nicht anders erwähnt)

**Gender-Hinweis:** Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der GastautorInnen ein. Sofern sich ein Autor oder eine Autorin für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Form dient allein der besseren Lesbarkeit des Textes resp. einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.

Der **Grüne Kreis** dankt seinen Förderern



# editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

Die **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)** scheint aktuell in aller Munde zu sein. Dennoch sollte diese, überwiegend genetisch bedingte, chronische Störung nicht als Modediagnose abgetan werden. Bereits 1902 wurde das Störungsbild erstmals vom englischen Kinderarzt George Frederic Still beschrieben. Die Symptome (u.a. hyperaktiv-impulsives Verhalten, **Aufmerksamkeitsdefizite**) treten meist bereits im Kindesalter auf und bereiten den Betroffenen erhebliche Schwierigkeiten in der beruflichen und sozialen Lebensbewältigung. Zudem neigen Menschen mit einer **ADHS-Diagnose** infolge ihrer krankheitsbedingt übersteigerten Risikofreude häufig zu exzessivem Substanzmißbrauch. Grund genug, diesem Krankheitsbild diese Ausgabe des »**Grünen Kreis**-Magazins« zu widmen.

Wieder konnten ausgewiesene Expertinnen und Experten als **GastkommentatorInnen** gewonnen werden, die das Thema **ADHS** aus der Sicht von Forschung und Praxis umfassend behandeln. Herzlichen Dank dafür.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre

Alfred Rohrhofer

## Helfen Sie uns helfen!

»Wir heißen Sebastian und Felix. Wir wissen wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr wir Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass wir Hilfe vom »**Grünen Kreis**« bekommen. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um uns kümmern.«

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute nicht die Suchtkranken von morgen werden.

Geben Sie Sucht keine Chance - unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!

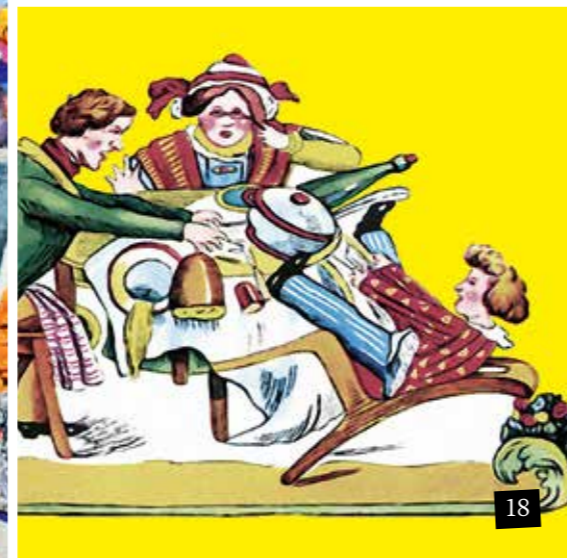
Verein **Grüner Kreis** | NÖ Landesbank-Hypothekbank AG  
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW



# ADHS – na und?



8



18



20



24

# Inhalt

- 3 Editorial  
Alfred Rohrhofer
- 6 ADHS bei Suchterkrankungen  
Thilo Beck
- 8 Die Affen des Dr. D. Morgan  
Helmut Bonney
- 10 Wenn »Zappelphilipp« kifft und »Hans Guck-in-die-Luft« MDMA konsumiert  
Christian Müller
- 12 ADHS bei Kindern und Jugendlichen  
Gabriele Fischer und Marisa Silbernagl
- 14 ADHS und Sucht  
Astrid Neuy-Bartmann
- 16 Unser Betreuungsangebot
- 18 »Wie aufmerksam von Ihnen ... oder: aus Langeweile zum Suchtpatienten.«  
Human-Friedrich Unterrainer
- 20 ADHS und Cannabissmissbrauch  
Christina Stadler
- 22 Spurensuche  
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht
- 24 Von der Unachtsamkeit zur Achtsamkeit  
Lisza Gaiswinkler
- 26 ADHS und die Therapeutische Gemeinschaft  
Regina Agostini
- 28 ADHS in der Schule  
Barbara Gapp
- 30 Kunst im Grünen Kreis  
Connected – Joscha Bittner und die Kunst der Collage

# ADHS bei Suchterkrankungen



von Thilo Beck

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung ADHS ist eine bei Personen mit Substanzgebrauchsstörungen überproportional häufig auftretende Erkrankung mit maßgeblichem Einfluss auf Form und Verlauf des problematischen Substanzkonsums.

## Wie häufig ist ADHS?

ADHS tritt familiär gehäuft auf und ist eine zu 70% genetisch bedingte Störung. Bei Kindern ist sie weltweit mit einer Häufigkeit von 5,3 % festzustellen, bei Erwachsenen tritt ADHS im internationalen Durchschnitt bei 2,5% der Allgemeinbevölkerung auf. ADHS beginnt definitionsgemäß in der Kindheit oder spätestens in der Jugend, wird aber bei einem Teil der Betroffenen erst im Erwachsenenalter erkannt. Im Kindesalter wird ADHS häufiger bei Knaben diagnostiziert, bei Erwachsenen ist das Geschlechterverhältnis hingegen ausgeglichen. ADHS wird bei betroffenen Knaben möglicherweise deshalb häufiger diagnostiziert, weil sie wegen des vermehrten Auftretens von motorischer Unruhe und Störungen des Sozialverhaltens im sozialen und schulischen Umfeld eher auffallen und abgeklärt werden.

## Wie erkennt man ADHS?

ADHS wird mittels einer detaillierten Erhebung von Symptomen und Beeinträchtigungen über die gesamte Lebensspanne von der Kindheit ins Erwachsenenalter und wenn möglich unter Beiziehung fremdanamnestischer Angaben gemäß Kriterien der diagnostischen Manuale DSM-V oder ICD-10 diagnostiziert. Es werden dabei im Gespräch mit dem Patienten die sich mit dem Alter kontinuierlich verändernden Symptome und die damit einhergehenden Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung von der Kindheit bis in die Gegenwart herausgearbeitet. Es gibt keinen diagnostischen ADHS-Test, die Benutzung von strukturierten Interviews mit entsprechenden Skalen als Hilfsmittel zur Abklärung und zur Verlaufskontrolle ist aber sinnvoll. Bei Erwachsenen ist für die Diagnose einer ADHS das Bestehen von relevanten funktionellen psychosozialen Beeinträchtigungen und Defiziten in verschiedenen Bereichen der Lebensführung sowohl im bisherigen Verlauf als auch in der Gegenwart zu bestätigen. Die Symptomatik manifestiert sich in den Bereichen Unaufmerksamkeit, Impulsivität, Hyperaktivität, Gefühls- und

Temperamentsschwankungen, Stressintoleranz und Organisationsprobleme. Das amerikanische Diagnostik-Manual DSM-V unterteilt ADHS in drei Erscheinungsbilder, das hyperaktiv-impulsive (HI), das unaufmerksame (I) und den kombinierten Typ. Das internationale Manual der WHO ICD-10 kennt keine derartige Unterscheidung. Beiden Klassifikationssystemen gemeinsam ist die Bedingung, dass die Symptomatik bereits im Kindesalter bestanden haben muss, wobei das Kriterium von bisher sieben Jahren in DSM-IV und ICD-10 im DSM-V auf mittlerweile zwölf Jahre hinaufgesetzt wurde. Viele Experten sind der Meinung, dass Symptome einer ADHS durchaus auch noch später in der Jugend oder vielleicht sogar erst im Erwachsenenalter erstmals auftreten können. Während die Diagnosestellung bei Kindern mittlerweile fast alle ADHS-Betroffenen zu erfassen scheint, ist die Zahl der Erwachsenen mit diagnostizierter (erkannter) ADHS immer noch ein Mehrfaches unter der in der Bevölkerung zu erwartenden Häufigkeit.

## Verlauf, Auswirkungen

In Beobachtungsstudien konnte gezeigt werden, dass es sich bei ADHS um eine chronische Störung handelt. Sie bleibt häufig bis ins Erwachsenenalter vorhanden, wobei der Anteil der Störungen mit voller, alle diagnostischen Kriterien erfüllender Ausbildung im Längsschnitt zurückgeht. Bis zu 70% der Erwachsenen, die als Kinder von ADHS betroffen waren, zeigen aber weiterhin mindestens ein Drittel der für die Diagnose erforderlichen Symptome und sind in ihrer Lebensführung damit maßgeblich beeinträchtigt. Erwachsene mit ADHS-Diagnose zeigen im Vergleich mit gesunden Kontrollen eine Beeinträchtigung der schulischen oder beruflichen Entwicklung, eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit, erhöhtes Risiko für Unfälle und Missachtung von Regeln des Straßenverkehrs, sexuelles Risikoverhalten, Probleme bei der sozialen Beziehungsgestaltung und ein deutlich erhöhtes Auftreten von Substanzstörungen. Das Vorhandensein einer Störung des Sozialverhaltens im Kindesalter

sagt mit starker Wahrscheinlichkeit die Entwicklung weiterer psychischer Störungen und einen schwereren Verlauf der ADHS voraus.

## Zusätzliche psychische und körperliche Erkrankungen

ADHS tritt häufig zusammen mit weiteren psychischen und körperlichen Erkrankungen auf. So ist das Risiko für Übergewicht für Personen mit ADHS um ein Mehrfaches erhöht. Kopfverletzungen, Geschlechtskrankheiten und frühe, unfallbedingte Todesfälle (vor allem Verkehrsunfälle) sind durch das ADHS-bedingte Risikoverhalten deutlich häufiger. Persönlichkeitsstörungen sind mit einer Häufigkeit von bis zu 75 % festzustellen, und unter den weiteren psychischen Störungen gehen Angst- (bis 50%), Affekt- (bis 40 %) und Substanzstörungen (bis 50 %) am häufigsten mit ADHS einher.

## ADHS und Substanzstörungen

Das deutlich erhöhte Risiko für das Auftreten von Substanzstörungen wird zumindest teilweise gemeinsamen Risiko-Genkonstellationen zugerechnet. Dabei ist das Risiko in beide Richtungen zu beobachten, indem bei Personen mit ADHS deutlich häufiger Substanzstörungen festgestellt werden wie auch Personen mit Substanzstörungen um ein Mehrfaches häufiger unter einer ADHS leiden. Menschen mit ADHS zeigen im Zusammenhang mit ihrer stark ausgeprägten Impulsivität, ihrem sensiblen Ansprechen auf Belohnungsreize und ihrer Risikofreude oft besonders exzessive und riskante Muster des Substanzkonsums. Einen weiteren Trigger für den Substanzkonsum stellt der Versuch der Selbstmedikation von ADHS-Symptomen und von Symptomen zusätzlicher psychischer Erkrankungen dar. Wohl in diesem Sinne ist zu verstehen, dass das Bestehen weiterer psychischer Störungen einen unabhängigen Risikofaktor für die Entwicklung einer Substanzstörung bei Personen mit ADHS darstellt.

ADHS-Betroffene zeigen ein großes Risiko für einen frühen Einstieg in den Tabakkonsum mit einer schlechteren Ausstiegsrate und einer größeren Wahrscheinlichkeit, den Konsum bis in das Erwachsenenalter weiterzuführen. Früher Tabakkonsum gilt zudem als Risikofaktor für die Entwicklung weiterer Substanzstörungen. Auch andere psychotrope Substanzen werden von Personen mit ADHS früher, exzessiver und langfristig problematischer konsumiert. Ob bezüglich der Wahl der Substanzklasse tatsächlich – wie

Obwohl bei Personen mit Substanzgebrauchsstörungen ADHS zu den häufigsten zusätzlichen psychischen Störungen zu rechnen ist, wird sie in Einrichtungen der Suchthilfe häufig nicht erkannt und unterdiagnostiziert.

oft vermutet – ein bevorzugter Konsum von Stimulanzien (Kokain, Amphetamin, Nikotin) besteht, ist aufgrund der ungenügenden Datenlage nicht abschließend zu beantworten. Obwohl bei Personen mit Substanzgebrauchsstörungen ADHS zu den häufigsten zusätzlichen psychischen Störungen zu rechnen ist, wird sie in Einrichtungen der Suchthilfe häufig nicht erkannt und unterdiagnostiziert.

## Behandlung von ADHS

Bei Erwachsenen, die unter relevanten ADHS-bedingten Beeinträchtigungen leiden, ist eine Therapie sinnvoll und angezeigt, da unter Behandlung die zugrunde liegende Symptomatik mit ihren negativen Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit und die berufliche und die soziale Integration äußerst effektiv angegangen werden kann. Zur Behandlung wird die Kombination pharmakotherapeutischer mit psychotherapeutischen bzw. psychosozialen Interventionen empfohlen. Im Rahmen dieses multimodalen Konzepts kommen vor allem kognitiv-behaviorale Therapieansätze zur Anwendung, pharmakotherapeutisch sind Stimulanzien (Methylphenidat, Amphetamine) Mittel der ersten Wahl. Stimulanzien zeigen in der Behandlung der ADHS eine im Vergleich zur psychopharmakologischen Behandlung anderer psychischer Störungen ausgezeichnete Wirksamkeit (Effektstärke 0,9 bis 1,3) und eine hohe Ansprechrate von 75 %. Vor allem in der Behandlung von ADHS-Patienten mit Substanzstörungen hat sich die Anwendung retardierter Formulierungen in Tabletten- oder Kapselform (Methylphenidat: Concerta®, Lisdexamphetamin Elvanse®) bewährt. Das Suchtpotenzial ist im Vergleich zu nicht retardierten Formulierungen durch die langsamere Anflutung und den konstanten Wirkspiegel als sehr gering einzuschätzen. Auch ist die nicht verschriebene Einnahme durch Schnupfen oder Spritzen zur Erreichung schneller Wirkungsspitzen deutlich eingeschränkt bzw. nicht effektiv. Diese Pharmakotherapie mit Stimulanzien ist als längerfristige Behandlung zu verstehen,

um die erwünschte psychosoziale Stabilisierung und Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen. Zur Überprüfung der Behandlungsanzeige sind Absetzversuche in regelmäßigen (jährlichen) Abständen empfohlen. Als Alternative zu Stimulanzien stehen Atomoxetin, Bupropion oder weitere über das Noradrenalin-Transmittersystem wirkende Antidepressiva zur Verfügung, wobei Stimulanzien größere therapeutische Effekte zeigen. Entgegen der weit verbreiteten Meinung bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass eine Stimulanzienbehandlung der ADHS das Risiko für die Entwicklung einer Substanzstörung erhöht. Es ist im Gegenteil von einem protektiven Effekt auszugehen. Befürchtungen, dass der Einsatz von Stimulanzien zur Behandlung von Personen mit ADHS und Substanzstörungen zu einer Entgleisung der Substanzstörung führen, werden von der Datenlage nicht unterstützt. Es konnten im Gegenteil positive Effekte sowohl bezüglich der ADHS-Symptomatik als auch des Substanzkonsums festgestellt werden. Bei regelrechter, kontrollierter pharmakotherapeutischer Anwendung von Stimulanzien (orale Verabreichung retardierter Formen, sorgfältige und schrittweise Dosiseinstellung, engmaschige Verlaufskontrollen) ist die Stimulanzienbehandlung von Personen mit ADHS und Substanzstörung deshalb als sinnvoll und vertretbar zu beurteilen.

## Fazit

Die ADHS ist eine chronische Störung mit maßgeblichen Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Bereich und der psychischen und körperlichen Gesundheit. Das Risiko der Entwicklung einer Substanzstörung mit kompliziertem bzw. schwerem Verlauf ist für ADHS-Betroffene deutlich erhöht. Bei Personen mit problematischem Substanzkonsum gehört die ADHS zu einer der häufigsten zusätzlich bestehenden und oft nicht erkannten psychischen Störungen. Sie sollte bei dieser Gruppe deshalb im Sinne eines Screenings systematisch abgeklärt werden. Die multimodale Behandlung mit Psychotherapie, Coaching und Psychopharmakotherapie ist sowohl bezüglich der ADHS-spezifischen Beeinträchtigungen als auch der Substanzstörung effektiv und sollte in Einrichtungen der Suchthilfe zum Regelangebot gehören.

## Dr. med. Thilo Beck

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Chefarzt Psychiatrie, Arud Zentren für Suchtmedizin, Zürich

# Die Affen des Dr. D. Morgan Begünstigt ADHS Suchtentwicklung?



von Helmut Bonney



**Helmut Bonney: ADHS – na und?**  
Vom heilsamen Umgang mit handlungsbereiten  
und wahrnehmungsstarken Kindern  
139 Seiten, Kt, 2012  
€ (D) 16,95/€ (A) 17,50 | ISBN 978-3-89670-83

## Vorbemerkung

Ohne ausreichende wissenschaftliche Absicherung sehen einige Kliniker und Forscher erfahrungsbegründet bisweilen die Suchtentwicklung als Folge einer früher nicht erkannten und daher nicht ausreichend wirksam behandelten ADHS-Erkrankung: Süchtige wie ADHS-betroffene Erwachsene seien gekennzeichnet durch einen ungestillten Stimulationshunger, der sie schließlich zum Gebrauch von bestimmten abhängig machenden Substanzen dränge (u. a. Rösler et al., 2013). Ist schon die hier vorgenommene Ursachenreduktion mit den Ergebnissen der modernen Komplexitätsforschung kaum vereinbar (Strunk/Schiepek, 2014), sei auf die methodische Problematik der ADHS-Falldefinition hingewiesen: Hoch engagiert in der Behandlung von ADHS-Betroffenen sieht R. Resnick schon 2004 auf Erwachsene bezogene große Schwierigkeiten, eine ADHS-Klassifikation zweifelsfrei vorzunehmen (Resnick, 2004). Deutlicher stellt eine Schweizer Forschungsgruppe fest, dass den bei Erwachsenen gängigen ADHS-Diagnoseinstrumenten wie der Wender Utah Rating Scale kein heuristischer Wert zukommt (Tschacher/Feuz, 2012).

## Wissenschaftliche Grundlagen

Der Neurobiologe D. Morgan und sein Team berichten als Nebenergebnis ihrer Studie zur Dominanzentwicklung bei einer javanesischen Affenart, die gerne Kokain genießt, wichtige Unterschiede in deren Suchtverhalten (Morgan et al., 2002): Die neuroplastische Kompetenz des Gehirns ermöglicht mit steigender stimulationsabhängiger Aktivität die stärkere Ausprägung des dopaminergen Systems. Damit ging in Morgans Experiment einher, dass sich das Dominanzverhalten aller Tiere in unterschiedlichem Ausmaß verstärkte und sich zugleich das Interesse an Kokainaufnahme verminderte. Wäh-

rend die »Schlusslichter« in der sozialen Gemeinschaft, Epsilon-Individuen, bei denen im Verlauf der Studie eine geringere Aktivität der mit Dopamin arbeitenden Hirnteile zu verzeichnen war, die Neigung zum Kokaingebrauch am höchsten war, zeigten die Alpha-Tiere nur geringe Lust auf den Suchtstoff.

Neurobiologische Hypothesen vermuten einen Zusammenhang zwischen dem verfügbaren Neurotransmitter Dopamin und der ADHS-Entwicklung. Die Diskussion wird kontrovers geführt: Während eine Theorie von einem genetisch vermittelten Dopaminmangel ausgeht (u. a. Krause et al., 2005), deutet eine andere Forschungsrichtung ADHS als Folge einer erfahrungsabhängigen übermäßigen Ausprägung des dopaminergen Systems (u. a. Hüther, 2007).

Die englische Neurobiologin B. Sahakian referierte 2008 ein Forschungsergebnis, das die bisher in den Fachkreisen geltende Annahme und Überzeugung widerlegt, nur in Fällen von ADHS seien Stimulanzien wie Methylphenidat wirksam: »... these drugs [Ritalin®, Adderall®] increase executive functions in patients and most healthy normal people, improving their abilities to focus their attention, manipulate information in working memory and flexibly control their responses« (Sahakian et al., 2008). Die Stimulanzien können als Neuroenhancer wirken.

## Fallberichte aus der eigenen Praxis

Johannes, 10 Jahre alt, erhielt vor 4 Jahren eine ADHS-Klassifikation und wurde seit Schuleintritt mit Stimulanzien behandelt. In der Sprechstunde klagt er vehement: »Ich kann nichts ohne Tablettchen!« Trotz seines jungen Alters macht er glaubhaft, dass er die Arznei »loswerden« will. Er weist darauf hin, er werde keine Leistungsaufgabe bewältigen, bei jedem Test versagen, wenn er das ohne Medikation tun müsse. Johannes lässt sich dazu einladen, medikamentenfrei seine Kreativität

zu zeigen: Über 40 Minuten genießt er das Schnörkelspiel (Winnicott, 2007), das eine Daueraufmerksamkeitsspanne verlangt. Als er erfährt, dass er eine Konzentrationsaufgabe bewältigt hat, fühlt er sich mit vegetativer Begleitreaktion zunächst betrogen, zeigt sich aber dann anerkannt, trägt am nächsten Tag seine Arznei in die Apotheke; nun überzeugt, dass er doch ohne »Tablettchen« leisten kann.

Der 16jährige Vincent lebt seit 5 Jahren in einem gymnasialen Internat und wird nach Schulversagen mit 11 Jahren wegen einer ADHS mit verschiedenen Stimulanzien behandelt. Er zeigt sehr differenzierte Kenntnisse über die verschiedenen Spezialitäten. Es störe ihn, die ausreichenden schulischen Ergebnisse nur unter Anwendung von Stimulanzien erreichen zu können; ohne Medikamenteneinsatz könne er sich einfach nicht konzentrieren. Er möchte aber endlich erfahren, dass er selbst gute Leistungen bewirken könne, provoziert aber den Therapeuten, er werde das nicht schaffen. Am Montag berichtet er, am kommenden Freitag müsse er unbedingt einen guten Französisch-Test abliefern. Wir vereinbaren, dass er die Arznei unmittelbar auslässt und vier Tage später seinen Test schreibt. Sollte er kein schlechtes Ergebnis erzielen, dürfe er nie wieder Stimulanzien einnehmen. Vincent erhält eine Bestnote. Er berichtet, er hätte gemäß seiner Erwartung bis Donnerstag nicht lernen können, hätte sich aber dann überwunden. Nun überzeugt von seiner kompetenten Konzentrationsfähigkeit, nimmt er keine Arznei mehr ein. Ein Jahr später meldet er sich erneut: Er hätte weiterhin gute schulische Leistungen erzielt, wolle nun aber dringend wieder Stimulanzien einnehmen, da er jetzt erst merke, wie es ihn verletze, in welch schlechte Gefühlszustände er gerate, wenn andere ihm herabsetzend begegnen. Vincent erlernt wirksame Coping-Strategien gegenüber Entwertungserfahrungen und überwindet seine Suchtmotivation. Giacomo, 17 Jahre alt, hochbegabt und als ADHS-Fall klassifiziert, medikamentiert mit Stimulanzien, hat nach Schulabbruch eine ihn unterfordernde Lehre begonnen. Da ihm sein Leben nun eintönig ohne Höhen und Tiefen vorkommt, sucht er nach einem ungewöhnlichen Gefühlszustand. Im Muster des »Sensation Seeking«

(Brandau, 2004) trinkt er allabendlich erhebliche Mengen Alkohol und nimmt dazu an den Wochenenden verschiedene Drogen wie Ecstasy und andere risikoreiche Zubereitungen.

## Diskussion und Schlussfolgerungen

Die zitierten Forschungsergebnisse beleuchten die Probleme einer ADHS-Falldefinition. Zugleich ist auf die Uneinheitlichkeit der heute zugrunde gelegten neurobiologischen Hypothesen hinzuweisen, die eine ADHS-Entwicklung erklären sollen. Stimulationsabhängigkeit entsteht lt. G. Hüther als Folge einer positiven Rückkopplung zwischen Stimulationserfahrung und Ausprägung des dopaminergen Systems und ist eine Verhaltensweise, die oft bei ADHS-Betroffenen ihre Wirkung zeigt, aber im dargestellten Morgan-Experiment auch mit Führungsqualitäten bei reduzierter Suchtneigung einhergeht. Die Behandlung der ADHS mit Stimulanzien erlaubt – wie auch bei Gesunden – auf der einen Seite die verbesserten Frontalhirnleistungen und damit einhergehend die Fokussierung, scheint aber auf der anderen Seite, wie in den Fallschilderungen dargestellt, die Erfahrung von Selbstwirksamkeit leidvoll einzuschränken.

Suchterkrankte sind sicher als eine sehr heterogene Gruppe aufzufassen, innerhalb derer eine große Zahl komplex wirkender Variablen relationiert. Ist in diesen klinischen Bildern Stimulationssuche zu beobachten, wäre mit dem Ziel einer Lösungsentwicklung deren Motiviertheit zu differenzieren. Suchtbehandlung wird nicht auf Stimulanzienverordnung zu reduzieren sein.

## Literatur

**Brandau, H.** (2004): Das ADHS-Puzzle. Wien, New York: Springer Science  
**Hüther, G.** (2007): Die nutzungsabhängige Her- ausbildung hirnorganischer Veränderungen bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen, in: Leuzinger-Bohleber, M. et. al.: ADHS – Frühprä- vention statt Medikalisierung. 2. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 222-237  
**Krause, J. et. al.** (2005): Influence of striatal dopamine transporter availability on the response to methylphenidate in adult patients with

ADHD, in: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 255(6), 428-431

**Morgen, D. et al.** (2002): Social dominance in monkeys: dopamine D2 receptors and cocaine self-administration, in: Nature Neuroscience, 5(2), 169-174

**Resnick, R. J.** (2004): Die verborgene Störung – ADHS bei Erwachsenen. Stuttgart: Klett-Cotta  
**Rösler, M. et al.** (2013): Soziale Folgen der ADHS. Stuttgart: Kohlhammer

**Sahakian, B. et al.** (2008): Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy, in: Nature 456(11), 702-705

**Strunk G., Schiepek G.** (2014): Therapeutisches Chaos. Göttingen u. a.: Hogrefe

**Tschacher, W., Feuz, S.** (2012): Berner Adult-studie

## Weiterführende Literatur (Auswahl)

**Crary, J.** (2001): Suspensions of perception. Attention, spectacle, and modern culture. Cambridge, zondon: MIT Press

**Grund, T.** (2005): Zum Einfluss von Methylphenidat auf die Reifung von Dopamin im limbopräfrontalen Arealen von Meriones unguiculatus. Universität Bielefeld

**Hüther, G.** (2008): Dopaminerges System, exekutive Frontalhirnfunktionen und die Wirkung von Psychostimulanzien bei Kindern und Jugendlichen mit ADS-Symptomatik, in Bonney, H. (Hrsg.): ADHS – Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst. Heidelberg: Carl Auer

## Dr. med. Helmut Bonney

Studien Medizin und Psychologie in Köln und Hamburg.

Staatsexamen Medizin, Hamburg, 1972.

Facharzt Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik, Systemische Familientherapie (SG).

Seit 1988 eigene sozialpsychiatrische Praxen in Detmold und Heidelberg, seit 2012 in Kooperation mit reformpädagogischer Schule in der Schweiz.

Vorträge, Fortbildungsinitiativen betr. ADHS, Systemische Therapie, Kunsttherapie in Deutschland, Österreich, Schweiz.

Seit 2000 verschiedene Publikationen (Originalartikel und Bücher) zu kinderpsychiatrischen Themen [u.a.: »ADHS – Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst« (Carl Auer 2008); »Schulversagen?« (V&R 2015)].

# Wenn »Zappelphilipp« kifft und »Hans Guck-in-die-Luft« MDMA konsumiert oder ADHS als Wegbereiter zur Suchtentstehung im Jugendalter



von Christian Müller

... Unruhig, gereizt, zappelig, unkonzentriert, unaufmerksam, wild, überfordert, unterfordert, vergesslich, impulsiv, oppositionell, grenzgängisch, grenzüberschreitend, abgeschlossen, nervös, leicht ablenkbar, verträumt, überschießend, vorlaut, ungeschickt, streitsüchtig, grantig, isoliert, stimmungslabil, rasch aufbrausend, unkontrolliert, ängstlich, niedergeschlagen, deprimiert, wütend ...

»Kinder mit ADHS haben im Erwachsenenalter ein erhöhtes Risiko, süchtig zu werden. Mit Zigaretten, Cannabis, Kokain oder Alkohol behandeln sich die Betroffenen anscheinend selbst. Ob das häufig zur Therapie eingesetzte Methylphenidat vor einer Sucht schützen kann, ist noch unklar.« (aus: Pharmazeutische Zeitung Emotionen – online)

**Symptomatik des ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitätssyndroms)**

Kardinalsymptome sind Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefizite und eine

Impulskontrollstörung. Die Symptome müssen im Verhältnis zum Alter und der Intelligenz ausgeprägt sein, situationsübergreifend in Familie, Kindergarten oder Schule auftreten, vor dem 6. Lebensjahr beginnen und andauernd sein, d.h. >1/2 Jahr anhalten. Ein Kernproblem von ADHS ist eine Entwicklungsverzögerung, sowie eine Störung der Impuls- und Selbstkontrolle. In Bezug auf die zeitliche Dimension, sind diese Kinder und Jugendlichen »kurzsichtig«, sie leben ganz im Hier und Jetzt. Die Fähigkeit, ihr Verhalten mit Blick auf die Zukunft und folgende Konsequenzen zu regulieren, ist eingeschränkt. (Barkley 2002)

## Ätiologie des ADHS

Es wird eine multifaktorielle Genese angenommen. Hirnorganische Veränderungen im frontokortikalen Großhirn (Stirnlappen) deuten auf eine genetische Disposition hin. Veränderungen v.a. im Dopamin- u. Noradrenalinstoffwechsel sind für die Hyperaktivität und Impulskontrollstörung, sowie für die Konzentrations- u. Aufmerksamkeitsdefizite verantwortlich. Die psychosozialen Umfeldbedingungen scheinen vor allem die Intensität und den Verlauf zu beeinflussen.

## Epidemiologie des ADHS

ADHS lässt sich bei 3–6% der Kinder zwischen 4–16 Jahre finden. Die Symptomatik persistiert bei ca. 75% bis ins Jugendalter und bei 50% bis ins Erwachsenenalter.

## Comorbide Störungen und Differentialdiagnosen des ADHS

Die bunte Phänomenologie des ADHS kann auch im Rahmen von Störungen des Sozialverhaltens, Bipolaren Störungen (depressive und manische Zustandsbilder können in ihrem Erscheinungsbild dem ADHS sehr ähnlich sein), sowie frühen Bindungsstörungen, sozialer Verwahrlosung und Deprivation, aber auch gemeinsam mit dem ADHS auftreten.

## ADHS und Isolation

### Das Isolations-Phänomen (W. Jantzen)

Im Rahmen der Entwicklung von Risikoverhaltensweisen geraten Jugendliche in eine Situation, in der das unmittelbare, und infolge auch dessen weitere Umfeld, den Kontakt und die Kommunikation mit den Jugendlichen abbricht. Dieser Abbruch löst folgende Kaskade aus:

Im Zuge des Kontaktabbruchs von Seiten der Umwelt mit den Jugendlichen können diese ihre Adoleszenzaufgaben nur verzerrt oder zum Teil gar nicht wahrnehmen. Es entstehen inadäquate Abbilder von Intimität und Sexualität, Integrität, Individualität und Autonomie. Die Identifikation findet zumeist über die Risikoverhaltensweise innerhalb der peer-group statt. Diese Spannung führt zu inneren und äußeren Konflikten, zwischen inneren und äußeren Räumen gibt es nahezu keine Beziehungspunkte mehr. Negative Emotionen werden stärker und verlangen letztendlich, einem triebgesteuerten, Triebaufschub verweigernden inneren Kind entsprechend nach rascher Spannungsabfuhr, Befriedigung und Belohnung. Zusätzlich treten psychische und vegetativ negativ assoziierte Reaktionsmuster auf.

Mit all diesen Auffälligkeiten stehen die Jugendlichen also quasi erneut vor ihrem Umfeld und dieses reagiert »natürlich-konsekutiv« mit weiterer Ablehnung, Zurückweisung und Ausgrenzung. Dies nennt W. Jantzen die Reproduktion der Isolation.

Kinder und Jugendliche mit ADHS erfüllen häufig die Erwartungen ihrer Umwelt nicht. Es kommt zu Abwertungen, Ausgrenzungen, wenig Akzeptanz bei den Gleichaltrigen und in der Folge zu Frustration, mangelndem Selbstwertgefühl und einer Verstärkung komorbider Symptome (v.a. Angst, Aggression, Depression)

## Pubertät / Adoleszenzentwicklung und Drogenkonsum

Im Rahmen des Erwachsenwerdens

kommen Jugendliche aufgrund ihrer Neugier, Experimentalphasen und Abenteuerlust unter ganz normalen Bedingungen ins Ausprobieren. Unter anderem auch ins Ausprobieren von Drogen.

**Die Rolle der Persönlichkeitsfaktoren:** Besonders jene Jugendlichen haben ein erhöhtes Risiko, einen Substanzmissbrauch bis hin zur Abhängigkeit zu entwickeln, die der Gruppe der sogenannten »sensation-seekers« angehören oder unter dem Motto »no risk – no fun«, im Sinne der Grenzerweiterung, immer an den Rand des Machbaren gehen. Dem zugrundeliegende liegt die Phänomenologie der erniedrigten Impulssteuermechanismen und des späten Grenz- u. Wahrnehmungserlebens.

**Die Rolle der psychischen Grundstörung:** hier finden wir jene Jugendliche, die aufgrund einer psychischen Störung (z.B. ADHS, Depression, Angststörung...) im Rahmen des Experimentierens mit Substanzen die Erfahrung machen, dass die »Symptome ihrer Grundstörung« in den Hintergrund treten und eine Erleichterung des Leidensdruckes entsteht. Die dem ADHS zugrundeliegende erhöhte Impulsivität, verspätete Grenzwahrnehmung und Risikobereitschaft lässt diese Jugendlichen gerne extreme Substanzexperimente durchführen.

**Die Rolle des sozialen Umfeldes:** Jugendliche mit ADHS erleben innerhalb ihres sozialen Umfeldes oft Zurückweisung, Exklusion und Isolation. Da sie jedoch »auch dazu gehören wollen«, stehen sie unter einem erhöhten Gruppendruck und Anfälligkeit für Manipulierbarkeit innerhalb der Peers. Dies führt immer wieder neben risikoreichen Substanzexperimenten (auch polytoxikomane Versuche bis zu Intoxikationen) zu delinquentem Verhalten.

**Die Rolle der Substanz:** Vorallem Substanzen, die direkte und indirekte Freisetzung der Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin zur Folge haben, werden bei Jugendlichen mit ADHS besonders leicht zu den sog. Leitdrogen. Zugrundeliegend dürfte hier die als biogenetisch bedingt anzusehende Störung im Dopamin- u. Noradrenalinstoffwechsel sein. Das heißt, dass es durch den Konsum jener Substanzen, zu einer verbesserten Hirn-Stoffwechsel-Situation in den dopaminergen und noradrenergen Systemen kommt.

## Sucht und ADHS

**Sucht und negative Kindheitserfahrungen:**

Besonders jene Jugendlichen haben ein erhöhtes Risiko, einen Substanzmissbrauch bis hin zur Abhängigkeit zu entwickeln, die der Gruppe der sogenannten »sensation-seekers« angehören oder unter dem Motto »no risk – no fun«, im Sinne der Grenzerweiterung, immer an den Rand des Machbaren gehen.

Auch die Ursache der Sucht ist multifaktoriell. Ein wichtiger Hinweis auf ein Ergebnis der Adverse Childhood Experience Study (ACE Studie) Untersucht wurden ... u.a. die Sucht. Verglichen wurde der Gesundheitszustand bei Erwachsenen mit belastenden Kindheitserfahrungen. Es zeigte sich, dass der Konsum von Nikotin, Alkohol und intravenösen Drogenkonsum, proportional zu dem Ausmaß negativer Kindheitserfahrungen war. (Felitti 2003)

(die infolge erwähnten erhöhten Risikoeinschätzungen beziehen sich auf Kinder und Jugendliche mit ADHS, die nicht frühzeitig erkannt und diagnostiziert werden und somit keine adäquaten Betreuungs-, Behandlungs- und Therapieangebote haben)

Der Zusammenhang zwischen Sucht und ADHS ist letztlich unklar. Bei Jugendlichen mit ADHS finden sich bei ca. 30% Anzeichen eines Drogenmissbrauchs oder einer Abhängigkeit. Das Risiko einen erheblichen Substanzmissbrauch oder eine Suchtstörung zu entwickeln, ist bei Jugendlichen mit ADHS um das zwei- bis dreifache erhöht. Bei zusätzlichen psychischen Störungen (Comorbiditäten), wie z.B. einer Störung des Sozialverhaltens, Depression, Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) oder einer frühen Bindungsstörung, ist das Risiko noch höher. Bei Jugendlichen mit ADHS beginnt der Drogenmissbrauch früher und der Verlauf ist schwerer und länger.

Eine genetische Grundlage und familiäre Einflussfaktoren, scheinen für beide Störungen relevant zu sein. Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien haben ein deutlich höheres Risiko ebenfalls eine Suchterkrankung zu entwickeln.

## Hypothesen

**Die Dopaminhypothese** (Dopamin-Transportstörung oder Mangel an Dopamin) stellt das biologische Substrat der Suchtentstehung dar. Durch den Mangel an Dopamin ist unser Belohnungssystem

(»Rewarding-System« im Limbischen System des Stammhirns) in einem »biochemischen Defizit« – und »verlangt sozusagen nach mehr«. Die impulssteuernden Bahnen sind auf »einem niederen Befriedigungs-niveau stehen geblieben«, im Sinne von »ich will alles und am besten gestern«. Es könnte somit zur Entstehung des »sensation-seeking« und der no risk – no fun« – Haltung beitragen.

**Die Noradrenalinhypothese** (zu wenig Noradrenalin) stellt das biologische Substrat der Konzentrationsstörung dar. Suchtfördernde Einflüsse des Noradrenalin-systems sind bis dato nicht bekannt.

Durch Konsumation dopaminerg-wirksamer Substanzen wird aber nicht nur Dopamin vermehrt freigesetzt, sondern auch Noradrenalin und Serotonin. In Summe eine »gelungene Mischung« für Jugendliche mit ADHS und dessen Comorbiditäten.

## ADHS, Sucht und Medikamentöse Behandlung

Hinsichtlich der medikamentösen Behandlung des ADHS und der Suchtentstehung gibt es viele Mythen und relativ wenige Fakten. So gibt es klare Hinweise, dass Stimulanzien, wie z.B. Methylphenidat, eine gute Wirkung auf die Symptome des ADHS zeigen. Der direkte Einfluss auf den Substanzmissbrauch jedoch konnte nicht nachgewiesen werden. Die immer wieder divergent diskutierte Suchtgefährdung durch Stimulantien scheint mittlerweile eher eine klare Entwicklung zu nehmen – Eine bestehende Suchtproblematik wird durch Stimulantien nicht verstärkt (sofern diese nach regelhafter Diagnostik verordnet und lt. Dosierung und Anwendung eingenommen wird). Die Behandlung führt bei entsprechender Indikation zu keiner Suchtentwicklung. Methylphenidat verursacht bei sachgemäßer Einnahme keinen »kick«, wie andere Stimulantien oder Kokain. Alternativ können Retardpräparate oder Antidepressiva verordnet werden.

Das deutlich erhöhte Risiko bei ADHS eine Suchtstörung zu entwickeln, wird durch eine frühzeitige und multimodale Therapie, Betreuung und Behandlung auf dasselbe Niveau gesenkt, wie bei Kindern und Jugendlichen, die kein ADHS haben.

Um eine aussagerelevante ADHS – Symptomatik diagnostizieren zu können, muss zumindest eine mehrwöchige Drogenabstinenz eingehalten werden. Bevor eine medikamentöse ADHS-Behandlung beginnen kann, muss mit der Behandlung des Substanzmissbrauchs begonnen werden (Wilens 2004).

→ Seite 29

# ADHS bei Kindern und Jugendlichen



von Gabriele Fischer



und Marisa Silbernagl

Die Prävalenz der ADHS bei Kindern und Jugendlichen wird mit 6-9 % angegeben. In der Gesamtbevölkerung erfüllen 4 % im Erwachsenenalter die Kriterien einer ADHS-Diagnose.

In der Hälfte der Fälle bleibt eine »Kindheits-ADHS« somit auch im Erwachsenenalter bestehen und »wächst« sich nicht, wie lange angenommen, während der Adoleszenz aus. Erschwert wird die Behandlung der ADHS durch gleichzeitig vorliegende psychiatrische Komorbiditäten (z. B. Angsterkrankungen, affektive Störungen, Störungen des Sozialverhaltens), Entwicklungsprobleme (Lernschwierigkeiten, Sprachentwicklung, Legasthenie etc.) und physische Auffälligkeiten (Tics, Schlafapnoe).

Durch ADHS werden Selbstregulationsprozesse beeinträchtigt, die Impulsivität erhöht und es kommt zu einer eingeschränkten Urteilsfähigkeit der Betroffenen. Diese Faktoren begünstigen den Konsum illegaler und legaler Substanzen, auch in der Pubertät. Unter Jugendlichen mit Substanzabhängigkeit weisen 25-50 % auch ADHS auf. Bei Jugendlichen, die unter einer Cannabisabhängigkeit leiden, ist ADHS ebenfalls die zweithäufigste Komorbidität. Das Risiko, eine spätere Abhängigkeit von legalen wie auch von illegalen Suchtmitteln zu entwickeln, ist bei Kindern mit ADHS doppelt so hoch wie bei Kindern ohne ADHS (bezogen auf Alkohol, Cannabis, Kokain). Noch stärker ist dieser Zusammenhang bei der Nikotinabhängigkeit ersichtlich – bei Kindern mit ADHS gibt es eine beinahe dreifach erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass sie bereits in ihrer Jugend eine Nikotinabhängigkeit entwickeln.

Genetische Faktoren spielen bei ADHS wie auch bei Substanzabhängigkeit eine wesentliche Rolle. So wird die Prävalenz von ADHS bei Kindern von Eltern mit Substanzabhängigkeit mit 13 % angegeben. Das Risiko einer ADHS des Kindes erhöht sich durch eine ADHS-Diagnose der Eltern (Prävalenz von 25 %) und erreicht durch Vorliegen beider Störungsbilder eine Prävalenz von 50 %.

Die durchschnittliche Zeit der Remission (Phase der Stabilisierung der Suchterkrankung) variiert zwischen substanzabhängigen Personen mit und ohne ADHS erheblich (144 Monate bei Personen mit ADHS im Vergleich zu 60 Monaten bei Teilnehmern

ohne ADHS). Individuen mit ADHS weisen zusätzlich eine schwere und meist chronische Form der Abhängigkeit auf. Jugendliche mit ADHS entwickeln sich häufiger und rascher zu sogenannten »heavy users«, d. h., sie steigern ihren Konsum schneller und konsumieren in größeren Mengen als Jugendliche ohne ADHS. Diverse Studien weisen außerdem darauf hin, dass Jugendliche mit ADHS häufiger mehrere Substanzen gleichzeitig konsumieren.

Generell scheint es keine Präferenz von Jugendlichen mit ADHS für eine bestimmte Art von Suchtmittel zu geben. Die Motive, weswegen Suchtmittel konsumiert werden, unterscheiden sich jedoch von denen der Jugendlichen ohne ADHS. Meist wird berichtet, dass durch den Substanzkonsum die Stimmung stabilisiert und Unruhe vermieden werden soll. Außerdem werden Suchtmittel häufig konsumiert, um Schlafprobleme »zu behandeln«. Durch den Konsum der Suchtmittel im Sinne einer Eigenmedikation können sich Betroffene entspannen, was sonst kaum gelingt. Das Motiv des Konsums ist somit meist nicht, eine »aufputschende« Wirkung zu erzielen, sondern zur Ruhe zu kommen.

Im Falle einer Substanzabhängigkeit ist diese, nach den »Klinisch-praktischen Richtlinien für die Diagnose, Evaluation und Behandlung der ADHS bei Kindern und Jugendlichen«, prinzipiell vorrangig zu behandeln. Die ADHS-Behandlung sollte jedoch parallel zur Behandlung der Substanzabhängigkeit begonnen werden, wenn dies in einem engmaschig überwachten Behandlungsprogramm möglich ist.

Zentral bei ADHS ist eine professionelle und umfangreiche Diagnostik. Dazu gehört ebenfalls das Miterheben psychiatrischer Komorbiditäten. Insbesondere sollte bei Jugendlichen auf einen Substanzkonsum bzw. eine bereits entwickelte Substanzabhängigkeit geachtet werden. Es ist bekannt, dass unbehandelte Kinder und Jugendliche mit ADHS schlechtere akademische Leistungen erbringen, Schwierigkeiten in sozialen Bereichen haben und ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Komorbiditäten aufweisen. Kinder und Jugendliche mit

ADHS werden im akademischen Kontext deswegen häufig als »Störfaktoren« wahrgenommen, was negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und die Motivation der Betroffenen nach sich zieht. Insbesondere PädagogInnen sollten über Symptome der ADHS informiert sein. Deswegen müssen Fortbildungen zur ADHS und ihren Symptomen auch im schulischen Kontext in regelmäßigen Abständen angeboten werden. Die externe Verhaltensbeobachtung der PädagogInnen ist ebenfalls ein wichtiger Bestandteil im diagnostischen Verfahren. Bei Verdacht auf ADHS sollte möglichst rasch eine professionelle diagnostische Abklärung durchgeführt werden. Falls sich die ADHS-Diagnose bestätigt, sollte das Kind für sein Verhalten nicht bestraft werden, sondern darauf bestmöglich eingegangen werden.

Zu Beginn der Behandlung von ADHS werden meist psychoedukative Elemente vermittelt, um ein angemessenes Wissen und verständnisvolles Eingehen von Eltern und PädagogInnen auf das Kind zu fördern. Als wirkungsvolle Behandlung haben sich neben einer psychopharmakologischen Therapie die kognitive Verhaltenstherapie sowie Elemente psychodynamischer Therapien etabliert. Es existieren auch diverse Therapieprogramme, die speziell für die Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen entwickelt wurden (z. B. Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten nach Döpfner et al., 2007). Gerade bei jugendlichen Betroffenen erscheint es sinnvoll, psychoedukative Elemente zum Thema »Sucht und Abhängigkeit« in die Therapie zu inkludieren. Ziel der Behandlung ist vor allem eine Verbesserung der sozialen Regulationsfähigkeit und des Selbstmanagements des Kindes bzw. Jugendlichen.

## Medikamentöse Behandlung der ADHS bei Kindern – reduziertes Risiko für spätere Substanzabhängigkeit?

Neben anderen zugelassenen Medikamenten werden hauptsächlich Stimulanzien (beispielsweise Methylphenidate, Amphetamine) in der Behandlung von ADHS eingesetzt, und die Verschreibungsrate hat sich in den letzten Jahren dementsprechend gesteigert. Die Symptomatik der ADHS kann durch gut dosiert eingesetzte Stimulanzien bei bis zu 80 % der Kinder und Jugendlichen deutlich reduziert werden. Demnach wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Stimulanzien meist als Vorgehen erster Wahl bezeichnet, jedoch auch mehrfach kontrovers diskutiert.

## Als wirkungsvolle Behandlung haben sich neben einer psychopharmakologischen Therapie die kognitive Verhaltenstherapie sowie Elemente psychodynamischer Therapien etabliert.

Die Bedenken bei der Behandlung mit Stimulanzien richten sich vornehmlich auf die Sorge, dass dadurch eine Sensibilisierung für die zukünftige Wirkung von Suchtmitteln erreicht wird. Diverse Studien sprechen für eine deutliche Reduktion des Risikos einer späteren Substanzabhängigkeit.

Jugendliche, deren ADHS mit Stimulanzien behandelt wird, weisen ein um das 1,9-fache geringeres Risiko auf, später substanzabhängig zu werden, im Vergleich zu Jugendlichen ohne pharmakologische Therapie. Andere Ergebnisse sprechen für eine Senkung des Risikos einer späteren Substanzabhängigkeit durch die Behandlung mit Stimulanzien von 73 %. Dieser »protektive« Faktor der Stimulanzientherapie bei ADHS zeigt sich auch bei einem späteren Nikotinkonsum (um 72 % geringeres Risiko bei der Behandlung mit Stimulanzien und höheres Erstkonsumalter). Ebenfalls wirkt sich das Alter zum Zeitpunkt der Erstbehandlung mit Stimulanzien auf den späteren Konsum von Suchtmitteln aus. Kinder, die bei der erstmaligen Behandlung mit Stimulanzien älter waren (zwischen acht und zwölf Jahren), weisen später häufiger eine Substanzabhängigkeit auf im Vergleich zu »jungen« Kindern (Behandlungsbeginn vor dem achten Lebensjahr). Studien zur Therapie mit Methylphenidat bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS zeigen außerdem, dass die Behandlung auch über längere Dauer zu stabilen Effekten führt. Trotz positiver Effekte der medikamentösen Behandlung von ADHS sollte immer daran gedacht werden, dass der Einsatz der dementsprechenden pharmakologischen Therapie umsichtig und begleitet von klinisch-psychologischer bzw. therapeutischer Intervention geschieht.

Die Folgen unbehandelter ADHS spiegeln sich auch in einem erhöhten Risiko für Unfälle und delinquentes Verhalten wieder. Außerdem weisen in der Folge Erwachsene mit unbehandelter ADHS meist einen niedrigeren sozioökonomischen Status auf, brechen Ausbildungen häufiger ab und leiden vermehrt unter psychischen Erkrankungen.

Die Behandlung von Patienten mit ADHS ist in Österreich unterrepräsentiert. Im Jahr 2010 wurden nur 0,2 % der Gesamtbevölkerung unter zehn Jahren

medikamentös wegen ADHS behandelt (Behandlung mit Methylphenidat oder Atomoxetin; Kostenanalyse der SV-Träger). Bei den 11- bis 20-Jährigen waren es mit 0,4 % nur minimal mehr Personen. Angesichts der bekannten Prävalenzraten von ADHS im Kindes- und Jugendalter ist ersichtlich, dass sich der Großteil der Betroffenen nicht in (medikamentöser) Behandlung befinden hat. Obwohl es im Jahr 2009 zu einem sprunghaften Anstieg der Behandlungsrate von 20 % kam, flachte der Anteil an Patienten in den darauffolgenden Jahren wieder deutlich ab.

Der größte Anteil der medikamentös behandelten Patienten findet sich in der Altersgruppe der 11- bis 20-Jährigen (57 % der männlichen Betroffenen, 38 % der weiblichen Betroffenen). Im Erwachsenenalter nimmt die Behandlungsquote rapide ab. Dies ist unter anderem auf das mangelnde Bewusstsein über das Bestehen der ADHS im Erwachsenenalter zurückzuführen.

Der Kostenfaktor für die Gesellschaft, der durch das Versäumnis einer adäquaten ADHS-Behandlung entsteht, ist nicht unerheblich. So werden die jährlichen Gesamtkosten durch Familien mit einem Kind oder Jugendlichen mit ADHS in den USA auf 30-42 Mrd. US-Dollar (ca. 28-39 Mrd. Euro) geschätzt. Bei Erwachsenen mit ADHS erhöhen sich diese auf bis zu 77 Mrd. US-Dollar (ca. 71 Mrd. Euro). Arbeitnehmer, die entweder ein Kind mit ADHS haben oder selbst betroffen sind, weisen eine deutlich höhere Anzahl an Krankenstandtagen auf, wechseln ihren Beruf häufiger und neigen eher zu Arbeitsunfällen. Ebenfalls ist bekannt, dass durch die medikamentöse Behandlung von straffällig gewordenen Personen mit ADHS das Risiko, erneut kriminelle Aktivitäten zu begehen, verringert werden kann. Die frühzeitige Abklärung und Therapie von ADHS im Kindes- und Jugendalter erfüllt somit auch eine prophylaktische Wirkung in Hinblick auf die genannten Konsequenzen der unbehandelten ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter.

## Literaturangaben bei den Autorinnen.

**Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Gabriele Fischer**  
Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie. Sie ist an der Medizinischen Universität Wien mit der Leitung der Suchtforschung- und -therapie am Zentrum für Public Health und der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie befasst.

**Mag.<sup>a</sup> Marisa Silbernagl**  
Klinische- und Gesundheitspsychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien.

# ADHS und Sucht



von Astrid Neuy-Bartmann

ADHS spielt im Erwachsenenalter immer noch eine große Rolle. Es ist im Kindesalter die häufigste psychische Störung, die 5-7 % aller Kinder betrifft. Etwa 50 % der als Kinder betroffenen Erwachsenen haben immer noch deutliche ADHS-Probleme, die sie in ihrem erwachsenen Leben erheblich beeinträchtigen.

Die Symptome der ADHS im Erwachsenenalter sind:

- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
- Hyperaktivität, Getriebenheit oder Hypoaktivität (= Langsamkeit, Verträumtheit)
- schnelle Stimmungswechsel
- Chaos und desorganisiertes Verhalten
- impulsive Handlungen
- Selbstzweifel
- Vergesslichkeit
- Schwierigkeiten mit Mitmenschen und am Arbeitsplatz

Mindestens 80% der von ADHS Betroffenen entwickeln in ihrem Leben wenigstens eine psychische Begleiterkrankung, mindestens 50 % sogar noch mehr. 30-40 % der Betroffenen erleiden im Laufe ihres Lebens eine

Depression oder eine Angsterkrankung, psychosomatische Beschwerden oder eine Suchterkrankung.

Das Suchtrisiko ist bei Vorliegen einer ADHS um den Faktor 4 erhöht. 17-45 % der erwachsenen ADHS-Betroffenen zeigen einen Alkoholmissbrauch bzw. eine Alkoholabhängigkeit, 9-30 % einen Substanzmittelmissbrauch bzw. eine Substanzmittelabhängigkeit (Ohlmeier, Hannover; Krause München; Rössler, Homburg, Biedermann). Der Verlauf der Suchterkrankungen zeigt sich außerdem durch einen frühen Beginn, schwere Verläufe und häufigere Übergänge in Polytoxikomanien. Bei Polytoxikomanie zeigt sich in bis zu 50 % in der Kindheit eine ADHS sowie bei 34 % ein Persistieren der Symptomatik der ADHS im Erwachsenenalter.

Diese Erkenntnis wird bis heute leider nicht in jeder Suchtklinik bzw. Suchtambulanz umgesetzt. Gerade der Suchtbeginn wie auch die Schwere der Suchterkrankung sind bei Vorliegen einer ADHS früher und ausgeprägter. Dafür gibt es verschiedene Ursachen, die jedoch bis jetzt noch nicht abschließend geklärt wurden. In jedem Falle erschwert das Vorliegen einer Suchterkrankung den Behandlungsverlauf und die Prognose. Andererseits eröffnet die vorhandene ADHS-Symptomatik andere Therapieoptionen und verbessert unter Umständen damit auch die Prognose deutlich. Hierzu stehen allerdings Langzeitstudien noch aus.

ADHS-Patienten mit einer komorbiden Suchtstörung berichten häufig, dass sie mit dem Konsum von legalen und illegalen Substanzen angefangen haben, um die Grundsymptome ihrer ADHS zu lindern. Die quälende Unruhe, die ständige Spannung, das »Nicht-abschalten-Können« belasten sie ebenso wie ständige Stimmungsschwankungen, Depressionen und Impulsivität. Interessant hierbei ist, dass Patienten berichten, wie entlastend sie es erlebt haben, z. B. mit Cannabis endlich einmal Entspannung und Ruhe finden zu können. Häufig wird auch von Patienten berichtet, dass sie mit Amphetaminen, Speed und Ecstasy, aber auch mit Kokain eine Wirkung erzielen, die ihre Symptome der inneren Unruhe, des Angespannt- und Getriebenseins deutlich reduzieren. Unter dieser Art der Selbstmedikation sind sie oft erst in der Lage, die Anforderungen, die

an ihrem Arbeitsplatz an sie gestellt werden, erfüllen zu können. Die Frage, warum Betroffene die Suchtmittel einnehmen und welche Wirkung sie hier erzielen, lohnt sich immer. Ähnlich wie bei der Medikation mit Stimulanzien (wie Methylphenidat=Ritalin oder Amphetamine) haben Betroffene oft eine paradoxe Reaktion auf das Suchtmittel, die sich von der normalen Substanzwirkung deutlich unterscheidet. Wenn Betroffene auf Aufputzmittel ruhiger, zentrierter und gelassener werden und konzentrierter arbeiten können, sollte man an die paradoxe Wirkung dieser Drogen denken und eine ADHS abklären lassen. Das Gleiche gilt im Übrigen auch für die Nikotinabhängigkeit.

ADHS-Betroffene sind oft starke Raucher und sie benötigen Nikotin, um aufmerksamer und konzentrierter zu sein und emotional ausgeglichener. Auch hier betreiben sie eine Selbstmedikation, für die sie einen hohen gesundheitlichen Preis zahlen.

Wir tun Süchtigen häufig unrecht, wenn wir sie nur als Menschen sehen, die aus der Realität fliehen. Viele von ADHS Betroffene leiden erheblich unter ADHS-Symptomen und sind auf der ständigen Suche, sich hier Linderung zu verschaffen und Hilfe zu bekommen.

Der Substanzmittelmissbrauch vermindert zunächst ADHS-Symptome, schafft aber gleichzeitig neue Abhängigkeiten und Konflikte, und eine negative persönliche Entwicklung kann dadurch noch verstärkt werden. Cannabis verschlechtert zudem die Konzentration und bremst Eigenmotivation und Antrieb, was zu einer deutlichen schulischen Verschlechterung führen kann. Auf keinen Fall ist Cannabis eine Alternativtherapie zu der Behandlung mit Stimulanzien.

Weiterhin treten bei ADHS häufiger kleine depressive Verstimmungen, sogenannte ADHS-Blues, auf. Es kann auch zu lang anhaltenden depressiven Verstimmungen kommen. Aufgrund der Dünnhäutigkeit der ADHS-Betroffenen braucht es meist nur Kleinigkeiten, dass depressive Reaktionen ausgelöst werden und die Stimmung wieder melancholisch entgleist. Auch hier dient die Droge als Flucht aus der belastenden depressiven Situation.

ADHS-Betroffene sind außerdem auf der ständigen Suche nach Reizen. Sie können Langeweile schlecht ertragen und

erleben diese geradezu als schmerzhaften Zustand, den es zu vermeiden gilt. Richtig wohl fühlen sie sich nur, wenn sie Action erleben, den Nervenkitzel, der sie belebt und sie aus ihrer Lethargie herausreißt. Auf der Suche nach Abenteuer sind sie leichtsinnig und unfallgefährdet. Sie handeln impulsiv nach dem Motto »Erst gemacht, dann gedacht«, und so bedenken sie häufig nicht die Folgen ihres Handelns. Sie scheinen wenig Angst zu haben, und so sind sie auch aus diesem Grund leicht verführbar und schneller bereit, mit Drogen zu experimentieren.

ADHS-Betroffene können weiters Missstimmungen schlecht ertragen. Sie haben den Anspruch, dass das Leben immer Spaß machen muss. Es fällt ihnen schwer, Bedürfnisse aufzuschieben, und sie streben nach sofortiger Bedürfnisbefriedigung nach dem Motto »Ich will alles jetzt, sofort und immer«. Die Drogen geben zumindest eine Illusion davon, dass die Welt berechenbar und Glück jederzeit verfügbar ist. Dabei haben gerade sie häufig mit Misserfolgen und Niederlagen zu kämpfen, und sie neigen dazu, allzu schnell zu resignieren.

ADHS-Betroffene sind häufig auch maßlos, und sie können alles übertreiben. Sie sind Meister der Exzesse und Obsessionen. ADHS-Betroffene haben manchmal auch bereits eine dissoziale Entwicklung im Jugendalter, insbesondere dann, wenn sie die Schule verlassen mussten und keine Einbindung in einen Arbeitsbereich erfolgt. Sie hängen herum, tun sich mit Gleichgesinnten zusammen, begehen aus Langeweile und Übermut kleinkriminelle Handlungen. Sie fühlen sich zusammen stark, wännen sich in der Opposition, als die Ausgestoßenen, die sich fortan gegen den Rest der Welt zusammenschließen. Es verbinden sie die Niederlagen und die Ablehnung, die sie im Trotz zusammenschweißt und durch die sie ihre Identität durch Provokation und Grenzüberschreitung finden. Sie wollen sich bewusst nicht an Regeln halten, propagieren die Anarchie und erleben es als einen Akt der Selbstverwirklichung, sich aus dem bürgerlichen Leben und allen Pflichten und gesellschaftlichen Regeln zu verabschieden. Aber auch die scheuen Mädchen wie auch die schüchternen gehemmten Jungen können Drogen einnehmen, um ihre soziale Phobie zu lindern und ihre Angschwelle herabzusetzen. Mit den Drogen fühlen sie sich mutiger, lässiger, cooler, und es fällt ihnen leichter, in Kontakt mit ihren Mitmenschen zu treten.

Man findet auch Schwierigkeiten in ihren Elternhäusern, eine »broken home«-Situation, weil Eltern selbst von ADHS

Die Behandlung der ADHS verringert das Auftreten einer späteren Suchtentwicklung und nicht umgekehrt, wie dies oft fälschlicherweise in der Laienpresse behauptet wird.

betroffen sein können oder selbst eine Suchtproblematik haben. Wenn auch die Eltern Suchtprobleme haben, steigt das Risiko einer Abhängigkeit bei den Kindern deutlich an.

Deshalb ist es so wichtig, ADHS bereits im Kindesalter zu erkennen und zu behandeln. Die frühe Behandlung einer ADHS minimiert das spätere Suchtrisiko und dies ganz besonders, wenn auch Medikation gegeben wird.

Die Behandlung der ADHS verringert also das Auftreten einer späteren Suchtentwicklung und nicht umgekehrt, wie dies oft fälschlicherweise in der Laienpresse behauptet wird.

Zur Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter gehört in jedem Falle eine ausführliche Suchtanamnese. Umgekehrt ist die Frage an Suchtabhängige, warum sie die Suchtmittelsubstanz einnehmen und welche Wirkung sie daran schätzen, von großer Bedeutung.

Wichtig ist weiterhin zu wissen, dass ADHS-Betroffene häufig zu Extremen neigen. Sie können einfach alles übertreiben. Nicht selten sind nicht stofflich gebundene Süchte wie Kaufsucht, Sexsucht, Spielsucht, Internetsucht ebenso vorhanden. Betroffene können auch sehr schnell ihre Süchte wechseln und gegen eine andere Sucht ersetzen. Als behandelnder Arzt sollte man weiters wissen, dass alle Formen der Esssüchte bei ADHS gehäuft vorkommen. Therapieoptionen: ADHS benötigt eine störungsspezifische Therapie. Die Behandlung mit Methylphenidat kann bei dieser Patientengruppe problematisch sein. Viele Patienten haben bereits Erfahrung mit Amphetaminen, und aus forensischer Sicht ist die ambulante Behandlung bei erwachsenen ADHS-Patienten mit Stimulanzien zurückhaltend zu sehen. Für diese Patientengruppe ist Strattera eine gute Therapieoption, da dieses Medikament nicht auf ein Betäubungsmittelrezept verordnet wird und die Substanz kein Suchtpotenzial hat. Viele Patienten berichten bei Einnahme von Strattera von einem geringeren Craving, mehr Ausgeglichenheit, weniger Stimmungsschwankungen und einer geringeren

Impulsivität. Auch erleben sie oft deutlich eine Verbesserung ihrer Konzentrationsfähigkeit.

Wenn der Patient über einen längeren Zeitraum abstinent und zuverlässig ist und keine Polytoxikomanie vorliegt, kann unter Kontrolle bei guter Mitarbeit auch an eine Therapie mit Stimulanzien gedacht werden. Methylphenidat, eine seit über 50 Jahren gut erforschte Reinsubstanz mit deutlich weniger Nebenwirkungen als die von Suchtabhängigen konsumierten Suchtmittel, macht deutlich ruhiger, innerlich entspannter, ausgeglichener bei guter Konzentration und Aufmerksamkeit. Oft reduziert sich mit der Medikation auch der Nikotinkonsum. Die schädliche Spirale der Illegalität, die zunehmende Abhängigkeit mit den körperlichen Auswirkungen und der soziale Abstieg können mit ADHS-Medikation oft vermieden werden.

Die Ursache der ADHS ist vorwiegend neurobiologisch. Betroffene haben ein ererbtes Dopamindefizit. Dopamin reguliert Aufmerksamkeit, Stimmung und Motivation. Liegt zu wenig Dopamin vor, so haben Betroffene Konzentrationsprobleme, zeigen impulsive Verhaltensweisen, sie sind innerlich angespannt und können nicht abschalten, sie reagieren impulsiv. Kann dieses Dopamindefizit mit Medikation substituiert werden, dann müssen Betroffene nicht auf Suchtmittel ausweichen, die sie letztlich mehr schädigen als die dem Suchtmittelmissbrauch zugrunde liegende ADHS

## Literatur

- Deutsches Ärzteblatt, Jg. 114, Heft 9, 3.3.2017  
Sobanski E. et al., Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence, Banaschewski, in: Journal of Child Psychology and Psychiatry 2010, 51:915-23  
Thapar, A., Cooper, M., Attention deficit hyperactivity disorder, in: Lancet 2016; 387:1240-50  
Neuy-Bartmann, A., Klett Verlag 2014  
Johanna Krause J., Krause K.-H., ADHS im Erwachsenenalter, Schattauer 2013  
Neuy-Bartmann, A., Klett Verlag 2014  
Krause J., Krause K.-H., ADHS im Erwachsenenalter, Schattauer 2013

## Dr.<sup>in</sup> med. Astrid Neuy-Bartmann

ist Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie und beschäftigt sich seit über 15 Jahren intensiv mit dem Thema ADHS bei Erwachsenen. Sie hat darüber mehrere Bücher geschrieben und mit Kollegen das ADHS-Zentrum München gegründet. Astrid Neuy-Bartmann ist Mitglied im Bundesvorstand von ADHS-Deutschland.



# Unser Betreuungsangebot

## Prävention

Suchtprävention ist dem Grünen Kreis ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir bieten: Vorträge, geleitete Diskussionen, Seminare, Outdoor-Workshops/-Veranstaltungen, sowie spezielle Angebote im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, im Umgang mit Stress, Kommunikation und Konfliktstrategien.

### In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithilfe, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, MitarbeiterInnen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

### In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

## Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene je nach Bedarf individuelle Unterstützung und Begleitung. Sie erfolgt durch die MitarbeiterInnen des Beratungsteams (Vorbereitung) bzw. die MitarbeiterInnen in den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren. Das Beratungsteam ist in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche finden in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins Grüner Kreis und überall dort statt, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

### Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legale und illegale Substanzen)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- KlientInnen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- KlientInnen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren
- Menschen mit einer richterlichen Weisung (§ 35 und § 39 SMG, § 50 StGB, § 173 StPO)
- Angehörige

## Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der/des Betroffenen integriert. In unseren fünf ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

**Für Wiener KlientInnen** wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte KlientInnen als auch für substituierte KlientInnen, für KlientInnen mit einer substanzgebundenen sowie mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung, sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

**Für KlientInnen aller übrigen Bundesländer** beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate.

Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten KlientInnen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

## Stationärer Vollentzug & Teilentzug

KlientInnen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof.

Die Dauer der Behandlung hängt von der jeweiligen Substanz ab: Teil- oder Vollentzug Alkohol - Zeitraum ca. 14 Tage; Teil- oder Vollentzug illegale Substanzen - bis zu 8 Wochen.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen und/oder illegalen Substanzen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation kann im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug vor Ort geplant werden, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul oder ein längeres stationäres bzw. ambulantes Modul anschließt.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen KlientInnen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

## Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie (Dauer bis zu 6 Monaten) ist gedacht für erwachsene Suchtkranke, die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese KlientInnen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch KlientInnen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach § 35 und § 39 SMG, § 50 StGB, § 173 StPO). Kostenübernahme durch den Bund maximal 6 Monate.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener KlientInnen (Dauer 1 bis 2 Monate) statt.

Die Betroffenen nehmen, wie alle anderen KlientInnen der Therapeutischen Gemeinschaft, am gesamten Therapieprogramm teil und werden vom jeweiligen multiprofessionellen Team begleitet. Ziele sind ein abstinentes oder ein substituiertes Leben ohne Beikonsum zu ermöglichen sowie die Stabilisierung und rasche Reintegration in ein soziales Umfeld.

## Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie (Dauer 6 bis 18 Monate) ist gedacht für jugendliche, erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, MultimorbiditätsklientInnen, ältere Suchtkranke und Menschen, die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchen (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte. Die nachhaltige Rehabilitation und Integration der KlientInnen, ein geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.

## Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Behandlungsmodell, um den Betroffenen beistehen und die gewonnene psychische und physische Stabilität aufrechterhalten zu können. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der Therapeutischen Gemeinschaft weiterhin genutzt werden. Die langjährigen Erfahrungen des Vereins Grüner Kreis mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der Therapeutischen Gemeinschaft oder in einer nahe gelegenen, vom Grünen Kreis angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

## AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird KlientInnen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit zu erhalten. Die TransitmitarbeiterInnen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden KlientInnen und ExklientInnen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen FacharbeiterInnenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der KlientInnen ist nach Beendigung der TransitmitarbeiterInnenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein Grüner Kreis möglich.



# »Wie unaufmerksam von Ihnen ...« oder: aus Langeweile zum Suchtpatienten?



von Human-Friedrich Unterrainer

ADHS – also die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – ist momentan in aller Munde und dementsprechend auch die am häufigsten diagnostizierte Verhaltensstörung.

Als Leitsymptome dürfen innerliche und äußere Unruhe, Unaufmerksamkeit und Konzentrationsmangel gelten. Dazu kommen noch ein erhöhtes Ausmaß an Impulsivität bzw. die verminderte Fähigkeit zur Selbstregulation. Dieses Bündel an Unpässlichkeiten lässt dann ein ADHS-Kind, weniger klinisch-charmant ausgedrückt, oftmals als Quälgeist auffällig werden. Aus diagnostischer Perspektive als durchaus bemerkenswert kann dabei angesehen werden, dass hier keine qualitativen, sondern rein quantitative Unterschiede angenommen werden – landläufiger formuliert und im Sinne des »Sucht«-Magazins macht hier also die Dosis das Gift und aus dem besagten Quälgeist ab einem gewissen Punkt einen Fall für die Kinderpsychiatrie. Diese Grenze ist natürlich gar nicht so einfach festzulegen bzw. flexibel – darum wird von ExpertInnenseite (vgl. Stadler in diesem Heft) auch eine besonders präzise Diagnosestellung gefordert. Darüber hinaus wird diese Form der vermeintlichen Pathologisierung von

kindlichem Übermut und jugendlichem Leichtsinn vielerorts heftig kritisiert. So urteilte der dänische Familientherapeut Jesper Juul in einem Interview mit dem Standard aus dem Jahr 2013, dass »ADHS nichts anderes als die Folge professioneller Vernachlässigung« sei – viele Fälle würden demnach einfach falsch diagnostiziert. Allerdings, so muss auch Herr Juul eingestehen, gibt es die Diagnose tatsächlich ... und das schon ziemlich lange:

»Die Geschichte vom Zappel-Philipp« wurde von Heinrich Hoffmann (1809-1895) schon im Jahr 1845 verfasst und ursprünglich unter dem spitzfindigen Pseudonym »Reimerich Kinderlieb« als eine von mehreren Geschichten im Sammelband »Der Struwwelpeter« herausgegeben. Hoffmann war seines Zeichens Psychiater, der für dieses Buch selbst zur Feder und zum Pinsel griff, um in Wort und Bild anzukreiden, wie die Rechte der Kinder der damaligen Zeit vernachlässigt würden. Auf dem Höhepunkt seiner Karriere wurde Hoffmann 1851 die Leitung der »Frankfurter Anstalt für Irre und Epileptische« übertragen, welche aufgrund ihrer innovativen Konzepte als Vorbild diente, nach dem später zum Beispiel die weltberühmte Züricher Klinik Burghölzli entstehen konnte. Hoffmann selbst ging erst im stattlichen Alter von 79 Jahren in Pension, wobei es sich hier möglicherweise um einen nicht diagnostizierten Fall von Hyperaktivität im Alter handelte ... Weitere Notiz dazu am Rande: Wenige Wochen nachdem Herr Hoffmann seinen höchst überfälligen Ruhestand angetreten hatte, betrat ein gewisser Alois Alzheimer als Assistent den Boden der besagten Frankfurter Klinik, um hier fortan seinerseits Psychiatriegeschichte zu schreiben ... Dass der Mann mit Vornamen Alois hieß, ist dabei passenderweise komplett in Vergessenheit geraten.

Zurück zum »Zappel-Philipp«: Es ist natürlich schon in Strophe eins des Gedichts zu bemerken, dass Klein-Philipp's Verhalten am Mittagstisch deutliche Hinweise hinsichtlich des Risikos einer später auftretenden Suchterkrankung enthält. Mit »Er gaukelt und schaukelt, er trappelt und zappelt auf dem Stuhle hin und her« wird mir als Leser Philipps früher Hang

zum Exzess gleich zu Beginn drastisch vor Augen geführt. – »Philipp, das mißfällt mir sehr«, reimt sich zwar durchaus gefällig, kann aber dem zunehmend irritierten Vater auch nicht den gehörigen Respekt verschaffen, »und die Mutter blicket stumm um den ganzen Tisch herum« und kann damit auch nicht wirklich Akzente setzen. In der zweiten Strophe kommt, was kommen muss: Philipp überspannt den Bogen bzw. das Tischtuch und stürzt dementsprechend mitsamt der gesamten Verpflegung rücklings ins Verderben: »es fallen Teller, Flasch und Brot« – wenig überraschend »ist Vater in großer Not«, und »die Mutter blicket stumm um den ganzen Tisch herum« muss an dieser Stelle ebenfalls mit kommentarlosem Kopfschütteln zur Kenntnis genommen werden und mag vielleicht auch als ein Seitenhieb auf die Stellung der Frau in der damaligen Gesellschaft verstanden werden. In der dritten und letzten Strophe zeigt die Szenerie Philipp unter dem Tischtuch bzw. dem nie zum Verzehr gelangten Festmahl begraben: »Suppe, Brot und Bissen, alles ist herabgerissen«. Beschließend ist dann doch noch beiden Elternteilen eine emotionale Reaktion zu entlocken: »Beide sind gar zornig sehr, haben nichts zu essen mehr« – das lässt aber auch nicht wirklich auf eine intrinsisch motivierte Sorge um Philipps Wohlergehen nach dessen Bruchlandung schließen (vgl. dazu Köpf, 2006). So viel zur literarisch-künstlerischen Aufarbeitung der Thematik. Eine weniger an Metaphern reiche erste klinische Beschreibung der Symptomatik in einem Fachjournal findet übrigens auch schon recht früh zu Beginn des vorigen Jahrhunderts statt (Still, 1902) bzw. wird die Möglichkeit der Behandlung von ADHS-Symptomatik durch Amphetamine durch Bradley im Jahr 1937 erstmals diskutiert.

Was nun die Gegenwart bzw. die rezente Forschungslage betrifft, so findet sich zur Zusammenhangsstruktur von ADHS und Sucht eine Studie aus dem Jahr 2010 mit dem schwungvollen Titel »A Sobering Fact: ADHD Leads to Substance Abuse« (zu Deutsch: »Eine ernüchternde Tatsache: ADHS führt zu Substanzmissbrauch«) des amerikanischen Psychiaters



»Der Zappelphilipp« aus Dr. Heinrich Hoffmanns Bilderbuch »Der Struwwelpeter« (1845)

Timothy Wilens. Die Marschroute scheint hier klar vorgegeben: Menschen, die von ständig zappelnden Kindesbeinen an eine ADHS aufweisen, sind auch im Erwachsenenalter erhöht gefährdet, einer Sucht anheim zu fallen. Immerhin findet sich mit 40 % eine beachtliche Rate an SuchtpatientInnen, von denen angenommen werden kann, dass sie eine unerkannte ADHS haben und den Substanzmissbrauch in erster Linie zur dysfunktionalen Symptombehandlung betreiben. Doch muss auch Spezialist Wilens auf die Frage, wie nun eigentlich ADHS mit einer Suchterkrankung verknüpft ist bzw. wie diese zu einer Suchterkrankung führen kann, zurückrudern: »Kurze Antwort: Nicht sicher ... Lange Antwort: Multifaktoriell« lässt mich als Leser dann einigermaßen unbefriedigt zurück. Im Nachfassen geht es dann doch genauer: Es gibt Hinweise für die Involvierung einer Reihe von Genen – so mögen ADHS und Suchterkrankungen als Ausdruck eines gemeinsamen Risikofaktors gelten. Des Weiteren finden sich ähnliche neuropsychologische Defizite sowohl in Gruppen von ADHS- als auch in Gruppen von SuchtpatientInnen. Beide erzielten deutlich schlechtere Werte in verschiedenen neurokognitiven Tests. Mittels neuronaler Bildgebung lassen sich dann auch strukturelle wie auch funktionale Anomalien in ähnlichen Bereichen im Gehirn bei

ADHS- wie auch bei SuchtpatientInnen zeigen. Unklar bleibt hingegen die Frage, ob es eine bestimmte Lieblingsdroge innerhalb der Gruppe der ADHS-PatientInnen gibt. So zeigten Forschungsarbeiten einerseits einen erhöhten Drogenkonsum im Vergleich zum Missbrauch von Alkohol – diese Einschätzung konnte aber in anderen Arbeiten nicht belegt werden, wobei Marihuana dann doch oft die am häufigsten vorkommende Droge bei ADHS ist.

Die Frage, ob nun ADHS tatsächlich nichts anderes als eine Modediagnose ist, kann aufgrund der rezenten Forschungslage wahrscheinlich verneint werden – vieles zum genauen Zusammenhang von ADHS und Sucht bleibt aber unaufgeklärt. Welche Bereiche der ADHS machen die betroffenen Personen besonders suchtanfällig? Viele der oben skizzierten Parameter kommen in Frage. Des Weiteren muss ja auch immer zwischen ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter unterschieden werden. In jedem Lebensalter haben therapeutische Interventionen auf die ADHS immer eine spezifische Auswirkung auf die mögliche Entstehung bzw. Prävention einer späteren Suchterkrankung. Viele Fragen müssen offenbleiben. Zum Glück eilt mir am Ende, wie zu Beginn meines Beitrags, Jesper Juul (2012) zu Hilfe und lässt auch mich mit der Einschätzung: »Kinder müssen sich langweilen ... denn

Langeweile ist der Schlüssel zur inneren Balance« in Gelassenheit verstummen.

## Literatur

- Bradley, C.** (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94(3), 577-585.
- Hoffmann, H.** (1853). *Der Struwwelpeter*. Lustige Geschichten. Hamburg: Xenos Verlagsgesellschaft.
- Juul, J.** (2012). Kinder müssen sich langweilen. Kolumne im Standard, 1.11.2012. [abgerufen am 02.04.2017]
- Juul, J.** (2013). ADHS ist Folge professioneller Vernachlässigung (Interview mit Lisa Mayr). Interview im Standard, 19.05.2013. [abgerufen am 02.04.2017]
- Köpf, G.** (2006). ICD-10 literarisch. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Still, G. F.** (1902). The Culostian lectures on some abnormal physical conditions in children. *Lancet*, 1008-1012.
- Wilens, T. E.** (2011). A sobering fact: ADHD leads to substance abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(1), 6-8.

## PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer

Privatdozent an der Karl-Franzens-Universität bzw. Medizinischen Universität Graz; Lektor an der Universität Wien; Leitung des Center for Integrative Addiction Research (CIAR) im Verein Grüner Kreis

# ADHS und Cannabismissbrauch



Christina Stadler

Human-Friedrich Unterrainer im Gespräch mit Christina Stadler, der Leiterin der Diagnostisch-therapeutischen Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik in Basel

beispielsweise nimmt die Hyperaktivität im Verlauf eher ab. Im Jugendalter kann man ADHS oft schwer von einer Pubertätskrise abgrenzen, aber es ist wichtig, Jugendliche mit ADHS nicht aus den Augen zu verlieren. Auch im Erwachsenenalter kann ADHS diagnostiziert werden, aber es ist wichtig, dass ADHS nie erst im Erwachsenenalter entsteht, sondern immer schon im frühen Kindesalter Anzeichen gegeben sein müssen.

**HFU:** Wann kann man von einer ADHS-Erkrankung sprechen bzw. welche Abgrenzung zu anderen Erkrankungen ist wichtig?

**CS:** Natürlich können Aufmerksamkeitsprobleme auch mit einer anderen psychischen Erkrankung im Zusammenhang stehen. Es braucht eine eindeutige kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung. Es wird zwar immer diskutiert, dass die Prävalenzzahlen der ADHS drastisch zugenommen haben. Wir gehen jedoch von einer Prävalenz von 3-5 % aus, und diese ist auch in verschiedenen Ländern relativ vergleichbar. Man kann von keiner »Modeerkrankung« sprechen, allerdings stellen wir fest, dass ADHS ohne eine professionelle Abklärung auch fälschlicherweise diagnostiziert werden kann. Was man abgrenzen muss, das ist natürlich einerseits die Depression, aber es können auch andere Faktoren wie Belastungsfaktoren ähnliche Symptome verursachen, beispielsweise eine Scheidung der Eltern oder frühe Vernachlässigung. Wenn man sich zum Beispiel Kinder anschaut, die früher in nicht gut ausgestatteten Waisenheimen in Rumänien aufgewachsen sind, dann zeigen diese Kinder häufig ADHS-ähnliche Symptome. In letzterem Fall sind es jedoch hier mehr die psychosozialen Umstände und nicht wie bei einer ADHS überwiegend genetische Faktoren. Bei ADHS nimmt man an, dass aufgrund der genetischen Auffälligkeiten es zu einer Fehlregulation im dopaminergen und serotonergen System kommt, dass das Bild komplexer ist und verschiedene Neurotransmitter miteinander interagieren und auch bei ADHS Umweltfaktoren eine Rolle spielen können.

**HFU:** Gibt es Gruppen von Menschen, die besonders betroffen sind? Welche Ursachen kennt man bzw. wie sind die

Heilungschancen?

**CS:** Da ADHS eine genetische Komponente hat, sind natürlich besonders Kinder betroffen, bei deren Eltern ebenfalls eine ADHS-Störung diagnostiziert wurde. Man weiß aus Zwillings- und Adoptionsstudien, dass hier das Risiko eindeutig erhöht ist. Aus vielen Studien ist auch bekannt, dass Nikotinkonsum während der Schwangerschaft das Risiko für den Nachwuchs, an ADHS zu erkranken, bedeutend erhöht, ebenso der Nikotinkonsum von Müttern von Frühgeborenen oder Babys mit sehr geringem Geburtsgewicht.

Bekannt ist ebenfalls, dass ADHS häufig zusammen mit anderen psychischen Erkrankungen auftritt, die häufig auch als Folge von ADHS entstehen. Nur bei einem Drittel der untersuchten Kinder und Jugendlichen kommt neben einer ADHS keine weitere Diagnose vor, ein Drittel hat eine weitere Diagnose, 16 % zwei Diagnosen und immerhin 18 % mehr als drei Diagnosen, am häufigsten sind externe Störungen (wie zum Beispiel Drogenmissbrauch, oppositionelles und aggressives Verhalten), aber auch internale Störungen (wie Angst oder Depression). So sehen wir in der Praxis nicht selten Jugendliche, die eine depressive Symptomatik zeigen, hinter der sich eigentlich ADHS versteckt. Die Erfahrung der Jugendlichen ist oft, dass sie im täglichen Leben eine Vielzahl negativer Rückmeldungen bekommen und »anecken« – klar ist dann, dass der Selbstwert sinkt und internale Probleme zunehmen. Oft kann man in diesem Fall eine ADHS übersehen, und betroffene Kinder bekommen nicht die richtige Behandlung. Wir wissen sehr genau, dass Stimulanzien das erste Mittel der Wahl sind, um die Kernsymptomatik (also Aufmerksamkeitsprobleme, Impulsivität und Hyperaktivität) zu verbessern.

**HFU:** Nun gibt es ja auch Kritik an »vorschnellen« ADHS-Diagnosen. Wie gehen Sie damit um?

**CS:** Wenn nach einem zehnmütigen Gespräch Stimulanzien verschrieben werden, ohne eingehende diagnostische Abklärung, dann ist das nicht korrekt. Nach unserem ICD-System [Manual zur Diagnose von psychischen Erkrankungen] müssen

gleichzeitig Aufmerksamkeitsprobleme UND erhöhte Impulsivität UND Symptome von Hyperaktivität zu beobachten sein und dies in mehreren Bereichen, also beispielsweise sowohl zu Hause als auch in der Schule. Wenn zum Beispiel nur eine sehr belastete Mutter nach den Symptomen ihres Kindes befragt wird, kann das zu einem verzerrten Bild führen. Nicht zu überprüfen, ob die gleichen Schwierigkeiten auch von anderen Betreuungspersonen oder Lehrerinnen und Lehrern beobachtet werden, wäre ein falsches Vorgehen. In diesem Fall wäre auch eine Verschreibung von Stimulanzien voreilig. Wir wissen allerdings aus Längsschnittstudien, dass unbehandelte Kinder mit ADHS eher eine ungünstige Prognose aufweisen. Jugendliche mit ADHS haben ein viel höheres Risiko, zu rauchen oder Drogen zu nehmen. Der Verlauf ist weitaus schlechter, wenn wir nichts tun.

**HFU:** Werden Menschen mit ADHS im Allgemeinen leichter suchtkrank? Was macht Cannabis für Menschen mit ADHS besonders attraktiv?

**CS:** Man kann davon ausgehen, dass Patientinnen und Patienten mit ADHS Drogen und im Speziellen Nikotin und Cannabis einsetzen – als eine Art der Selbstmedikation. Nikotin stimuliert – man kann sich besser konzentrieren. Cannabis hat eher eine beruhigende Wirkung, Jugendliche können sich so in belastenden Situationen regulieren, was gerade bei Jugendlichen mit einer ADHS-Symptomatik wichtig sein kann, weil sie häufig unter einer inneren Unruhe klagen oder Schwierigkeiten haben, ihre Emotionen zu steuern. Deshalb ist es im Jugendalter auch oftmals sehr schwierig, ADHS von einer Pubertätskrise zu differenzieren. Aber auch bestimmte Persönlichkeitsfaktoren wie »Sensation Seeking« (ständiges Suchen nach neuen Erfahrungen) erhöhen das Risiko für Cannabis oder andere Drogen.

**HFU:** Kann man von positiven Wirkungen von Cannabis bei ADHS sprechen?

**CS:** Es gehört zu den Entwicklungsaufgaben des Jugendalters, sich von Zuhause abzunabeln. Jugendlichen probieren sich aus, sollen neue Erfahrungen sammeln und müssen irgendwann autonom sein. Der Weg aus dem sicheren Zuhause fällt leichter, wenn man sich etwas zutraut, deswegen erstaunt es nicht, dass das Jugendalter durch eine große Experimentier- und Risikofreude gekennzeichnet ist. Mitbedingt ist das durch hormonelle, aber auch hirnstrukturelle Veränderungen, also Anpassungen im Gehirn,



Jugendliche, die Cannabis rauchen, haben im Sinne der »Gateway«-Hypothese (Einstiegsdroge) ein vielfach höheres Risiko, dann in weiterer Folge härtere Drogen zu nehmen.

die mit einer erhöhten Impulsivität einhergehen. In dieser vulnerablen Phase, in der im Gehirn entscheidende Anpassungsprozesse stattfinden, ist es aber besonders gefährlich, Drogen zu nehmen, und bei einem Jugendlichen mit ADHS ist dann ganz besondere Vorsicht geboten.

**HFU:** Cannabis als mögliches Therapeutikum?

**CS:** Nein, das halte ich für unmöglich. Es gibt Studien, die zeigen, dass Jugendliche, die Nikotinzigaretten rauchen, auch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit Cannabis rauchen. Jugendliche, die Cannabis rauchen, haben im Sinne der »Gateway«-Hypothese (Einstiegsdroge) ein vielfach höheres Risiko, dann in weiterer Folge härtere Drogen zu nehmen. Eine Erhöhung des Funktionsniveaus findet durch den Cannabiskonsum im Allgemeinen nicht statt. Was wir auch noch wissen, ist, dass wenn ADHS-Patientinnen und Patienten gut eingestellt sind, das Risiko einer Nikotinabhängigkeit oder Alkohol- oder Drogenkrankung weit geringer ist, als wenn sie nicht eingestellt wären. Was ich hier noch einmal betonen möchte: Medikamente haben die größten Effektstärken, aber ich würde immer auch eine zusätzliche Verhaltenstherapie empfehlen, das heißt: eine Hilfestellung bei der Strukturierung des Tages. Aber auch ein Training der Eltern halte ich für sehr sinnvoll – ich würde immer sagen: Wir brauchen einen multimodalen Behandlungsansatz.

**HFU:** Was halten Sie in diesem Zusammenhang von alternativ-therapeutischen Methoden wie zum Beispiel Lauftraining

(Sporttherapie) oder Meditation?

**CS:** Alle Studien belegen, dass eine Medikation mit Stimulanzien auch in Kombination mit Verhaltenstherapie sehr wirksam ist. Es gibt auch erste Hinweise darauf, dass eine Behandlung mit Omega-3-Fettsäuren hilfreich sein könnte. Hier stehen wir aber erst am Anfang – es sind hier noch mehr Studien notwendig.

**HFU:** Könnte Achtsamkeitstraining im Kontext von ADHS besonders hilfreich sein?

**CS:** Eine Aufmerksamkeitschwäche besteht ja vor allem darin, dass man sich nicht auf einen anderen Menschen oder auf eine Tätigkeit konzentrieren kann. Ein Achtsamkeitstraining zielt darauf ab, solche Dinge zu trainieren – so gesehen kann es hilfreich sein. Aber wie gesagt: Wichtig ist vor allem auch, das Risiko für die Entstehung negativer Folgeerscheinungen von ADHS zu reduzieren. Eltern und Lehrerinnen/Lehrer profitieren von einem Eltern- oder Erziehertraining, das sie befähigt, den Alltag ihrer Kinder klar zu strukturieren, konsequent zu bleiben und trotz alltäglicher Schwierigkeiten eine positive Beziehung zu ihrem Kind zu behalten. Manchmal bedeutet das, trotz Fehlverhaltens immer wieder auch den Augenblick zu sehen, in denen ihr Kind positives Verhalten zeigt, und dies zu loben. Denn Lob ist für jedes Kind und gerade für ein Kind mit ADHS extrem wichtig!

**HFU:** Ich bedanke mich ganz herzlich für dieses Gespräch!

**Weiterführende Literatur:**

**Stadler, C., Hofecker Fallahpour, M. & Stieglitz, R. D. (2014).** ADHS und komorbide Suchterkrankungen. In M. Walter & E. Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 120-134.

**Prof.<sup>in</sup> DDR.<sup>in</sup> Dipl. Psych. Christina Stadler** leitet die Diagnostisch-Therapeutische Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik in Basel. Im Rahmen von nationalen und internationalen Projekten (siehe [www.femnat-cd.eu](http://www.femnat-cd.eu)) untersucht sie das Zusammenwirken psychosozialer und neurobiologischer Mechanismen von externalisierenden psychischen Störungen. Als Klinikerin ist es ihr ein besonderes Anliegen, therapeutische Interventionen zu entwickeln, die auch im Lebensumfeld von Kindern und Jugendlichen ansetzen und die Familie oder Betreuungspersonen einbeziehen.

# Spurensuche

KlientInnen berichten über ihr Leben mit der Sucht.

## ADHS und Sucht

Ich bin mit drei Schwestern und meiner Mutter aufgewachsen. Schon im frühen Kindesalter war ich sehr verhaltensauffällig. Immer wieder kam es zu Konflikten mit anderen Kindern. Mein Vater brachte viel Gewalt mit in die Familie. Schon in der Volksschule war ich sehr hyperaktiv, konnte nicht ruhig sitzen, war sehr auffällig und konnte mich nicht konzentrieren. Ab meinem achten Lebensjahr verschrieb mir der Arzt Ritalin, da jeder mit mir überfordert war und ich untragbar wurde. Meine Mutter zog mich sehr streng auf, da sie sich nicht zu helfen wusste, aber dadurch wurde es noch schlimmer. Ich musste in der Familie meinen Kopf für alles hinhalten, ich war sozusagen das schwarze Schaf. Im Streit mit meiner Mutter gab ich immer wieder meinen Impulsen nach und führte mich noch mehr auf. Schließlich kam es auch zu Konflikten mit der Polizei. Ich fühlte mich zuhause nicht akzeptiert, spürte auch keine Liebe und das machte mich traurig. Als ich 14 wurde, war meine Mutter komplett überfordert, weil die Anzeigen immer öfter einschreiten mussten und sich die Anzeigen häuften. Sie schickte mich zu Verwandten in den Irak, in der Hoffnung, sie können mich durch Gewalt und Schläge wieder auf die richtige Bahn bringen. Nach 18 Monaten kam ich zurück und wurde in ein Erziehungsheim für Schwererziehbare gebracht. Dort begann meine Drogenkarriere. Ich konsumierte Cannabis um ruhiger zu werden und abzuschalten zu können. Ich benützte das Gras, um nicht mehr so auffällig zu sein, um nicht immer wieder aggressiv zu werden und meinen Impulsen nicht nachzugeben. Irgendwann musste ich meine andere Substanzen ins Spiel. Irgendwie musste ich meine Drogen finanzieren, die mir im zwischenmenschlichem Umgang halfen und mich in Gesellschaft ruhiger machten. Dadurch wurde ich kriminell und rutschte noch tiefer in die Szene. Ich verübte immer mehr Einbrüche und Überfälle, um an Geld zu kommen und meine Drogen zu finanzieren zu können. Es war mir egal, ob sie mich einsperrten- Hauptsache ich kam irgendwie zu meinen Drogen, die mir das Umgehen mit meiner ADHS erleichterten. Durch den Drogenkonsum war ich nicht mehr der auffällige, aggressive Junge, sondern ruhiger und

gelassener. Meine Sucht brachte mich schlussendlich ins Gefängnis und die Probleme wurden immer mehr. Dadurch kam ich zum Entschluss, mein Leben zu ändern und entschied mich für eine Therapie.

Anonym

Bei mir wurde zwar nie ADHS diagnostiziert, jedoch hatte ich schon als Kind in der Schule Probleme, mich zu konzentrieren. Ich verspürte auch schon immer eine gewisse innerliche Unruhe in mir, die mich unsicher und nervös machte. Auch Tendenzen zur Hyperaktivität waren vorhanden. Ich bin ein Mensch der Extreme, der immer nach einem speziellen Kick suchte. Ich wollte immer etwas erleben, das fast niemand erlebt hatte und das aufregend ist. Daher haben mich Drogen und vor allem die Drogenszene magisch angezogen. Dabei habe ich Substanzen entdeckt, die mir anfangs bei meiner Konzentrationsschwäche und bei meiner Unsicherheit halfen. Das dachte ich jedenfalls zu diesem Zeitpunkt. Dass mich diese Drogen in die Sucht führen würden, blendete ich vollständig aus. Ich konnte zwar einige Jahre mehr Arbeit nachgehen, doch dazu benötigte ich immer mehr Drogen. Irgendwann kam der Zeitpunkt, wo ich durch den übermäßigen Drogenkonsum meiner Arbeit nicht mehr nachgehen konnte. Da begann der soziale Absturz. Alle Warnungen konnte Familie ignorieren. Ich war der Meinung, keine Hilfe zu benötigen. Ich fühlte mich nicht süchtig und war überzeugt, selbst aufhören zu können. Als mir bewusst wurde, dass ich mit den Drogen aufhören musste, um ein normales Leben führen zu können, habe ich einige kalte Entzüge gemacht. Das hat aber nicht funktioniert, weil der soziale Absturz schon so groß war. Erst als ich nicht mehr ein noch aus wusste, war ich bereit, eine Langzeittherapie zu machen, um nicht in der Kriminalität zu landen.

Raffael W.

# Von der Unachtsamkeit zur Achtsamkeit



von Lisza Gaiswinkler

Nach ICD-10, dem internationalen Klassifikationssystem (psychischer Erkrankungen, sind die Hauptkriterien für die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) eine andauernde und situationsübergreifende Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Unruhe, welche durch ein erkennbares Leiden oder eine Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit gekennzeichnet ist<sup>[1]</sup>.

Bereits beim Lesen dieser Symptomatik fällt dem am Puls der Zeit Lebenden auf, dass man in letzter Zeit immer öfter von einer inneren Haltung hört und liest, welche das genaue Gegenteil propagiert. Die Rede ist vom derzeitigen Achtsamkeits-Boom, welcher innere Ruhe, Gelassenheit und Entspannung verspricht. In einer immer schneller werdenden Zeit, die stetig zunehmende Leistung und somit Konzentration fordert, ist das Bedürfnis nach mehr Achtsamkeit verständlich – und Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Unruhe keine besonders verwunderliche Reaktion, wenngleich die Ursachen für ADHS nicht nur soziokulturell begründet, sondern in den meisten Fällen vielschichtiger sind<sup>[2]</sup>. Betroffene leiden aufgrund der erhöhten Impulsivität, der Hyperaktivität

und den daraus resultierenden Konzentrationsschwierigkeiten und deren Folgen oft an einem niedrigeren sozioökonomischen Status, haben öfter Schwierigkeiten im beruflichen als auch im Privatleben und neigen eher dazu, weitere psychische Erkrankungen zu entwickeln (Komorbidität)<sup>[3]</sup>. Hierbei sei neben einem erhöhten Risiko, eine Depression, Angststörung oder Persönlichkeitsstörung zu entwickeln, vor allem auf die häufige Komorbidität von ADHS und Suchterkrankungen verwiesen<sup>[4,5]</sup>. Die gängige Behandlungsmethode für ADHS neben der Psychotherapie (insbesondere Verhaltenstherapie, kognitives Training und Neurofeedback) ist die Pharmakotherapie, speziell Methylphenidat (Ritalin®) oder Amphetaminsulfat (zum Beispiel Benzedrine®) werden zur Behandlung eingesetzt<sup>[6]</sup>. Ob eine Pharmakotherapie der ADHS, insbesondere bei einer gleichzeitig bestehenden Suchterkrankung, die beste Methode ist, ist umstritten. Unabhängig davon sind ca. 10-20 % der Behandelten sogenannte Non-Responder, was bedeutet, dass sie nicht auf die verschriebene Substanz ansprechen, darüber hinaus zeigen sich nicht selten Nebenwirkungen durch die Medikamente<sup>[7]</sup>. Nicht zuletzt auch aus diesem Grund ist es von enormer Relevanz, alternative und komplementäre Behandlungsansätze für ADHS, insbesondere bei gleichzeitig bestehender Suchterkrankung, aufzuzeigen. Aufgrund der breiten Symptomatik ist es für Betroffene besonders hilfreich, nützliche Werkzeuge zu erhalten, um sich selbst und somit ihren Alltag adäquat zu managen, Fähigkeiten zum Problemlösen zu erlernen und sich selbst zu strukturieren. Wenn die Gedanken immer wieder abschweifen und konzentriertes Arbeiten nicht möglich ist, können Achtsamkeitsübungen helfen, die Konzentration wieder zu bündeln und sich selbst und die Umwelt bewusster wahrzunehmen. Die durch Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Unruhe gekennzeichnete ADHS stellt im Grunde einen Gegenentwurf zum Konzept der Achtsamkeit dar, welches sich durch eine bewusste, auf den gegenwärtigen Moment ausgerichtete Aufmerksamkeit definiert<sup>[8]</sup>. Die mannigfaltig positive Wirkung von achtsamkeitsbasierten Interventionen aller Art auf verschiedenste Psychopathologien wurde seitens der Forschung bereits mehrfach bestätigt und erhält einen immer relevanter

werdenden Stellenwert in der Medizin<sup>[9,10]</sup>. Aus diesem Grunde existieren bereits zahlreiche evidenzbasierte Trainingsprogramme zur Steigerung der Achtsamkeit, wie beispielsweise Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)<sup>[8]</sup>, Mindfulness-Based Cognitive Training (MBCT)<sup>[11]</sup>, Dialectical Behavioral Therapy (DBT)<sup>[12]</sup>, Acceptance and Commitment Therapy (ACT)<sup>[13]</sup> oder auch Mindful Self Compassion (MSC)<sup>[14]</sup>. Abhängig von der jeweiligen Intervention liegt der Schwerpunkt eines Achtsamkeitstrainings mehr oder weniger auf der Sitzmeditation, während die Praktizierenden dazu angehalten werden, die Aufmerksamkeit auf den Atem zu lenken und die Aufmerksamkeit wieder auf diesen zu bündeln, wenn der Geist beginnt zu wandern und die Konzentration nachlässt. Ein speziell für die spezifischen Herausforderungen von ADHS-Betroffenen ausgerichtetes Achtsamkeitsprogramm bietet hierbei Mindful Awareness Practices for ADHD (MAPs for ADHD)<sup>[2]</sup>, bei dem die Dauer der üblichen Sitzmeditationen verkürzt und eine psychoedukative Komponente ergänzt wurde. Das Resultat eines solchen Trainings ist eine Reduktion der ADHS-Symptomatik, des Depressions-, Angst- und Stresserlebens sowie eine Steigerung der Aufmerksamkeit und somit eine erhöhte Fähigkeit zur Selbstregulation<sup>[15]</sup>. Eine Steigerung der Achtsamkeit kann sich also in vielen Bereichen positiv auswirken, was vor allem dann wichtig ist, wenn Komorbiditäten bestehen. Speziell für Kinder und Jugendliche sei an dieser Stelle auf die hervorragende Wirksamkeit von Yoga bei ADHS hingewiesen; der stärkere Körperbezug im Vergleich zur Sitzmeditation, welcher dennoch eine meditative Komponente miteinschließt, findet besonders bei dieser Zielgruppe großen Anklang<sup>[16]</sup>. Besonders hoch anzurechnen ist den achtsamkeitsbasierten Programmen als Behandlung der ADHS jener Umstand, dass es im Gegensatz zur medikamentösen Behandlung bislang zu keinen unerwünschten Nebenwirkungen gekommen ist.<sup>[17]</sup>

Die Fähigkeit, unsere Aufmerksamkeit bewusst einzusetzen und zu steuern, ist es, welche mitunter unser Bewusstsein ausmacht und es uns letzten Endes ermöglicht, gute Beziehungen zu uns selbst und anderen zu führen und unsere täglichen Erfahrungen adäquat zu bewältigen. Aufmerksamkeit formt somit die Qualität dessen,



Foto: Mykola Kokaryev / 123RF (Sujetbild)

Yoga-Übungen lassen sich speziell bei Kindern und Jugendlichen wirkungsvoll in eine ADHS-Behandlung integrieren.

was wir erleben. Sowohl der Achtsamkeit als auch der ADHS liegt das gemeinsame Konstrukt der Aufmerksamkeit und deren Einfluss auf die kognitive, emotionale und behaviorale Ebene zugrunde. Achtsamkeit lehrt einen Weg, diese Ebenen bewusst wahrzunehmen und zu regulieren<sup>[2]</sup>. Als möglicher Weg heraus aus der Unachtsamkeit des ADHS sei also die Achtsamkeit als Gegenentwurf und aufmerksame, aber zugleich entspannte Antwort zur Erhöhung der Selbstregulierungsfähigkeit genannt.

- 1 WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
- 2 Zylowska L, Smalley S, Schwartz J. Mindful awareness and ADHD. In: Clinical handbook of mindfulness. New York: Springer; 2009. p. 319-38.
- 3 Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? World Psychiatry. 2003;2(2):104-13.
- 4 Joseph Biederman TW, Eric Mick, Stephen V. Faraone, Wendy Weber SC, Ayanna Thornell, Kiffany Pfister, Jennifer Garcia Jettion JS. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1997;36(1):21-9.
- 5 Wilens TE, Biederman J, Mick E, Faraone SV. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset sub-

stance disorders. Journal of Nervous and Mental Disease 1997;185:475-48. PubMed PMID: 30.

- 6 Singh NN, Singh AN, Lancioni GE, Singh J, Winton ASW, Adkins AD. Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases the children's compliance. Journal of Child and Family Studies. 2009;19(2):157-66. doi: 10.1007/s10826-009-9272-z.
- 7 Greenhill LL, Halperin JM, Abikoff H. Stimulant medications. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1999;38(5):503-12.
- 8 Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clinical psychology: Science and practice. 2003; 10(2):144-56.
- 9 Barnett J, Shale A. The integration of Complementary and Alternative Medicine (CAM) into the practice of psychology: a vision for the future. Professional Psychology: Research and Practice. 2012;43(6):576-85.
- 10 Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003;10(2):125-43.
- 11 Segal Z, Williams J, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention. New York: Guilford. 2002.
- 12 Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford; 1993.
- 13 Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.

- New York: Guilford; 1999.
- 14 Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. Journal of clinical psychology. 2013;69(1):28-44. doi: 10.1002/jclp.21923. PubMed PMID: 23070875.
- 15 Schmiedeler S. Mindfulness-based intervention in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 2015; 43(2):123-31. doi: 10.1024/1422-4917/a000341. PubMed PMID: 25769764.
- 16 Birdee GS, Yeh GY, Wayne PM, Phillips RS, Davis RB, Gardiner P. Clinical applications of yoga for the pediatric population: A systematic review. Academic Pediatrics. 2009;9(4):212-20. e9.
- 17 Burke CA. Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. Journal of child and family studies. 2010;19(2):133-44.

**Mag.<sup>a</sup> Lisza Gaiswinkler** ist Klinische- und Gesundheitspsychologin und derzeit Dissertantin (Dr.sci.med) an der medizinischen Universität Graz. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt auf komplementär- und alternativmedizinischen Methoden der psychosomatischen Medizin, insbesondere Yoga, Meditation und Achtsamkeit, wofür sie 2015 mit dem Forschungspreis der "Society for Meditation and Meditation Research" (SMMR) ausgezeichnet wurde. Mag.<sup>a</sup> Lisza Gaiswinkler befasst sich derzeit im Rahmen ihrer Dissertation mit dem Thema Achtsamkeit und Selbstmitgefühl bei stationären RehabilitationspatientInnen.

# ADHS und die »Therapeutische Gemeinschaft« oder die Rolle der Beziehung



von Regina Agostini

## ADHS – Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung: Ein Zusammenspiel ...

Aktuelle epigenetische Forschungsergebnisse gehen davon aus, dass ADHS eine multifaktorielle und durch komplexe Gen-Umwelt-Interaktion ausgelöste Störung darstellt. Eine entscheidende Rolle wird dem Einfluss pränataler und früher Entwicklungsfaktoren beigemessen. Wenn es Eltern aufgrund ihrer eigenen Bindungserfahrungen oder erlebter und nicht verarbeiteter Traumata nicht möglich ist, einen konstanten, fürsorglichen und liebevollen Umgang mit ihrem Säugling zu entwickeln, kommt es zu frühen Interaktionsstörungen, welche die Entwicklung des Kindes nachhaltig beeinträchtigen.

Frühe Mutter-Kind-Interaktion, Bindungsverhalten und traumatische Ereignisse scheinen einen Einfluss auf die neuroendokrinen Prozesse und die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten im Zusammenhang mit genetischen Prädispositionen zu haben. Diese wichtige Rolle von Umweltfaktoren bei der Genexpression macht es wahrscheinlich, dass ADHS nicht mehr als genetisch bedingtes Störungsbild bezeichnet werden kann, sondern als ein im Beziehungskontext entstehendes Geschehen.

Umweltfaktoren sind beteiligt an der Entstehung einer andersartigen Regulation verschiedener Neurotransmittersysteme und neuronaler Regelkreise in der Stressregulation. Bereits während der Schwangerschaft setzen Mechanismen zum permanenten Auf- und Umbau von Nervenzellen-Verschaltungen des Gehirns ein.

Diese erfahrungsabhängige Plastizität des Gehirns ist speziell in den ersten Lebensjahren bedeutsam: Sie ist verantwortlich für die soziale, intellektuelle und neurobiologische Entwicklung eines Menschen. Sowohl psychisches Geschehen als auch die neurobiologische Hirnentwicklung basieren auf Systemen, wie beispielsweise Spiegelneuronen oder die Aktivierung des Bindungshormones Oxytocin, und machen den Zusammenhang zu zwischenmenschlichen Bindungen deutlich (vgl. Bauer, 2013; Vukanovic, 2015).

## Die innere Welt der Menschen mit ADHS

Der für ADHS – in unterschiedlichen Ausprägungen – typische weite und offene Wahrnehmungsstil, der meist primär auf die Umgebung und weniger auf die Bedürfnisse der eigenen Person oder Sache gerichtet ist, kann zu maßgeblichen Störungen führen. Zum einen weitet sich in relativ reizarmen Situationen wie Lesen, Lernen, Zuhören oder beim Einschlafen die Wahrnehmung aus und erhöht die Empfänglichkeit für externe und interne Reize. Dieser Zustand erschwert oder verunmöglicht den Aufbau von Aufmerksamkeit und Konzentration einerseits und Entspannung andererseits. Wird jedoch eine Sache als interessant erlebt – hier sind auch beabsichtigte Risikosituationen zu erwähnen –, kann höchste Konzentration entwickelt werden: Das Frontalhirn wird dann stimuliert, sodass die neuronale Aktivität auf den »Normalzustand« eingependelt wird. Damit funktionieren sowohl inhibitorische als auch die exekutiven Funktionen besser (vgl. Rossi, 2001).

Wegen dieser beschwerenden und bisweilen extremen inneren Gegebenheiten erlebten Betroffene bereits als Kinder aufgrund ihrer ADHS oftmals Strafen, Kränkungen und Demütigungen, wurden verkannt und nicht verstanden. Verhaltensstörungen sind in vielen Fällen logische Konsequenz solcher Erfahrungen. So nehmen sich diese Kinder häufig auch als Erwachsene als »anders« wahr, erleben sich als VersagerInnen, dumm, beziehungsunfähig, chaotisch und aggressiv und zeigen ein geringes Selbstwertgefühl.

Das Auftreten von posttraumatischen Belastungsstörungen im Kontext von ADHS ist mittlerweile wissenschaftlich

belegt. Menschen mit ADHS erleben wesentlich häufiger Traumatisierungen – vor allem Beziehungstraumata (vgl. Vukanovic, 2015).

Viele Betroffene geben an, sich in ihrer Herkunftsfamilie nicht ausreichend geliebt, wahrgenommen oder verstanden gefühlt zu haben oder gar abgelehnt worden zu sein. Aufgrund negativer Beziehungsmuster entwickeln sie Lebenseinstellungen, die auf diesen Wahrnehmungen – beispielsweise sich nicht akzeptiert zu fühlen oder abgelehnt zu werden – basieren, und verhalten sich letztlich auch danach. So werden sie in ihren negativen Grundannahmen hinsichtlich der eigenen Person immer wieder bestätigt. Dementsprechend zeichnen sich ihre Erlebenswelten durch innere Unsicherheit und eine diffuse Grundspannung aus, die sich in chronischer Unruhe äußert. Traumatische Beziehungserfahrungen wie Beziehungsabbrüche, Verluste oder Gewalt in verschiedenster Weise und Ausprägung lassen phänomenale Welten entstehen, in welchen sich erlebte Bedrohungen, Druck und Angst abbilden. Entsprechend werden innere »Stresshaltungen«, die ursprünglich als Schutzfunktionen angelegt waren, entwickelt. Kurz gesagt, diese Menschen befinden sich permanent in einem Überlebensmodus, der das Leben zwar sicherer erscheinen lässt, es jedoch über weite Strecken anstrengend und beschwerlich macht. Die seelischen Verletzungen, Kränkungen und Ängste sind oftmals so spürbar und hinderlich, dass Suchtmittel oder andere stimulierende Handlungen wie beispielsweise Glücksspiel, Delinquenz oder extremes Risikoverhalten lebensgestaltend und lebenserhaltend eingesetzt werden (vgl. Rossi, 2001).

## ADHS und die Therapeutische Gemeinschaft als Lernfeld und Herausforderung

Die Therapeutische Gemeinschaft wird nach Whitely und Gordon (1979) als »ein spezifischer, spezialisierter Behandlungsprozess« beschrieben, »der sich die psychologischen und soziologischen Phänomene zunutze macht, die der großen begrenzten und stationären Gruppe inhärent sind« (vgl. Kernberg, 2015, S. 209 ff.). Lewin weist u. a. auf die Wichtigkeit der Atmosphäre und Kultur einer Gruppe hin, um günstige

Entwicklungen zu ermöglichen (vgl. Lewin, 1939, S. 174 f.).

Das Leben in der Therapeutischen Gemeinschaft kann für die Betroffenen sowohl als haltgebend als auch als bedrohlich erlebt werden. Denn in jeder Handlung, in jedem Konflikt bildet sich in dieser Lebensgemeinschaft auf Zeit die Biografie jedes/r Einzelnen ab. Die mit ADHS verbundene Reizoffenheit erschwert ich-syntones Selbst- und Umwelterleben. Oftmals wird Irritation als Grundgefühl beschrieben, der Fokus ist auf »diffuse Gefahr« gerichtet. Diese »Stresshaltungen« zeigen sich dann in erhöhter Vigilanz oder eingeschränkten Problemlösefertigkeiten. Aufgrund dieser Phänomene fällt es diesen PatientInnen oft schwer, sich an Vereinbarungen, Termine und Regeln zu halten. Außerdem verlieren sie schnell die Geduld oder geben frustriert auf, wenn etwas nicht sofort klappt oder langweilig wird. Die Schwierigkeiten, sich selbst, Menschen und Situationen einzuschätzen, äußern sich in Selbstzweifeln und Misstrauen: Was kann ich glauben? Was ist richtig und echt? Was ist wahr? Wer hat was gesagt? (vgl. Rossi, 2001)

Nachdem die Beziehungsgestaltung Betroffener von der Suche nach Halt und Sicherheit geprägt ist, versuchen sie, die eigene Unsicherheit und Orientierungslosigkeit über den/die Andere/n zu kompensieren. Ist dann das fragile Selbst gefährdet, werden problematische Interaktionsmuster und Traumata reinszeniert – gepaart mit Spaltungen, Agieren, Impulsdurchbrüchen und Rückzug. Grob gesagt, sie tun einerseits alles, um angenommen, nicht alleine gelassen zu werden – eben derart, wie sie Beziehungsgestaltung in ihrer Kindheit erfahren und gelernt haben. Andererseits reagieren sie mit Wut, Angst, Trauer und destruktivem Verhalten auf berechnete Kritik und Konfrontation mit Realitäten, die nicht die ihren sind. Diese innere Inkongruenz wird oftmals mit Doppelbödigkeit im Sinne von »Falschheit« verwechselt und findet meines Erachtens auch im Suchtverhalten ihren Ausdruck.

Realitätsprüfung wird demnach als vernichtend und als Angriff auf die eigene Persönlichkeit wahrgenommen.

Basisbedingung für eine konstruktive Auseinandersetzung im Rahmen der Therapeutischen Gemeinschaft ist daher die Bereitschaft für gegenseitiges Verständnis unter den PatientInnen und die kontinuierliche therapeutische Begleitung und Unterstützung durch die BehandlerInnen und BetreuerInnen. Neben einer freundlichen und eindeutigen Haltung ist ein sorgfältiger Umgang mit Nähe und Distanz hilfreich,

## Die mit ADHS verbundene Reizoffenheit erschwert ich-syntones Selbst- und Umwelterleben.

um unkontrollierbare Verstrickungen zu verhindern und sogenanntem Agieren und Spalten entgegenzuwirken: Wir HelferInnen sind in unserer Arbeit immer wieder Projektionsfläche für unangenehme und angstmachende Gefühle der Betroffenen. Entsprechend den erlebten Traumata und erlernten Interaktionsmustern versuchen sie, HelferInnen und MitpatientInnen als fiktive MitspielerInnen in ihrem Lebensdrama einzusetzen und in Rollen zu verstricken. Dabei kann es vorkommen, dass sowohl MitarbeiterInnen als auch MitpatientInnen gegeneinander ausgespielt und idealisiert bzw. abgewertet werden (vgl. Berthel, 2007, S. 101).

Folglich ist die laufende Überprüfung der Gruppendynamik und der Beziehungsstrukturen unabdingbar, damit Instrumentalisierungen, destruktiven Konfliktentwicklungen und Ausgrenzungen vorgebeugt werden können. Dabei ist sowohl die Ebene der PatientInnen als auch die der BehandlerInnen mit ihren jeweiligen Berufsrollen in ihren Wechselwirkungen zu berücksichtigen.

Um den komplexen Problemen dieser PatientInnengruppe gerecht zu werden, sind im Rahmen der Therapeutischen Gemeinschaft integrierende und sicherheitsstiftende Vorgehensweisen und Interventionsansätze gefordert. Hier sind auch medizinische Aspekte, eine angemessene Medikation sowie auch die Substitutionstherapie zu nennen. Im Vordergrund muss das Augenmerk auf eine motivierende und unterstützende Lebens- und Arbeitskultur gelegt werden, damit die Menschen in ihrem inneren »Daueralarm« lernen und sich trauen, durch Probandieren neue Bindungserfahrungen zuzulassen. Wenn sie die psychodynamischen Zusammenhänge ihres eigenen Erlebens und Verhaltens begreifen lernen, ist es ihnen möglich, auch andere verstehen zu lernen. Unter diesen Umständen werden neue zwischenmenschliche Begegnungen möglich: Zu erleben, dass Konflikte einen guten Ausgang haben können und Fehler gemacht werden dürfen, lässt neue Werte und positive Zuwendung zueinander entstehen. Dieser Rahmen ermutigt die PatientInnen, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und Gefühle nicht zu ignorieren oder zu unterdrücken. In dieser unterstützenden sozialen Atmosphäre, getragen vom Gemeinschaftsgefühl, bekommen sie ehrlich

gemeinte Rückmeldungen und werden ernst genommen. Dieser sichernde Rahmen ermöglicht die Verarbeitung ungelöster traumatischer Erlebnisse und damit eine bessere Stressregulation, die eine gesteigerte Mentalisierungsfähigkeit und mehr Empathie ermöglicht.

## Fazit

- Interdisziplinäres Vorgehen – (zunächst) im stationären Setting zur therapeutischen Unterstützung mehrfach belasteter Menschen mit ADHS
- Vermittlung von Sicherheit und professionelle willkürfreie Beziehung seitens der BehandlerInnen
- Von PatientInnen reinszenierte Beziehungsabbrüche, die in Therapieabbrüche münden, erkennen und als Teil des therapeutischen Prozesses betrachten, um eine rasche Wiederaufnahme zu ermöglichen
- Förderliche Rahmenbedingungen und Behandlungskultur durch interdisziplinäre Perspektive und gute Zusammenarbeit

## Literatur

- Bauer J. (2013): Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Eichborn, Frankfurt am Main
- Berthel T. (2007): Agieren und Mitagieren in der Behandlung von Substanzabhängigen. In: Beubler, Haltmayer, Springer (Hrsg.): Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis. Springer, Wien
- Kernberg, O. (1998): Die Therapeutische Gemeinschaft – eine Neubewertung Krause J., Krause K.-H. (2014): ADHS im Erwachsenenalter. Symptome, Differentialdiagnose, Therapie. Schattauer, Stuttgart
- Lewin K. (1975): Die Lösung sozialer Konflikte. Ausgewählte Abhandlungen über Gruppendynamik, 4. Aufl. Christian-Verlag, Bad Nauheim
- Lewin K. (1982): Feldtheorie. In: Graumann (Hrsg.): Kurt Lewin. Werkausgabe, Bd. 4. Klett-Cotta, Stuttgart
- Rossi P. (2001): ADHS – Selbstwertgefühl, Dissoziation und Identität. Einleitung. [www.adhs.ch/adhs-selbstwertgefuehl-dissoziation-und-identitaet/](http://www.adhs.ch/adhs-selbstwertgefuehl-dissoziation-und-identitaet/)
- Vukanovic, N. (2015): Traumatische Erfahrungen, Stress und ADHS. Was können wir von der Neuroendokrinologie lernen? Vortrag Ärztliche Akademie München. [www.akzente.net](http://www.akzente.net)

## Mag.<sup>a</sup> Regina Agostini

Klinische- und Gesundheitspsychologin  
Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision  
Therapeutische Leitung Sonderklinik Marienhof / Grüner Kreis

# ADHS in der Schule

## eine Stellungnahme aus der Sicht einer Sonderpädagogin



von Barbara Gapp

Mit diesem Erfahrungsbericht möchte ich Vorurteile aus dem Weg räumen und einfache Strategien zur Handhabung von Schülerinnen und Schülern mit einer ADS/ADHS vorschlagen sowie Verständnis für Lehrerinnen und Lehrer vermitteln. So unterschiedlich Lehrerinnen und Lehrer sind, so verschieden sind auch ihre Erfahrungen und Einschätzungen!

**A**DS, ADHS: Verhaltenskreativ, verhaltensauffällig, hyperaktiv – diese teilweise veralteten Begriffe geistern in unseren Köpfen herum, sobald es sich um Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizits-Störung bzw. Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörung handelt. Die Diagnose ADHS oder ADS wird den meisten Schülerinnen und Schülern und deren Eltern bereits im Kindergartenalter oder in der Volksschule gestellt. Da diese Diagnosen immer einen bitteren Beigeschmack haben, reagieren natürlich die Eltern und die Kinder sehr verschieden darauf, leider auch ihre Lehrerinnen und Lehrer. In der Schule gibt es die unterschiedlichsten Handhabungen von Kindern mit einer

ADHS, was vor allem vom Kollegium und der Direktion abhängt. Auf der einen Seite stehen die Hochinteressierten und die Hilfsbereiten und auf der anderen Seite diejenigen, die ADHS für eine Modeerscheinung halten oder fehlender Erziehung die Schuld geben. Letztere Gruppe sollte man nicht zum Verhaltensvorbild machen, und man sollte sich schon gar nicht von ihr abhalten lassen, das Thema ernst zu nehmen sowie sich eingehend damit auseinanderzusetzen. Meiner Meinung nach ist es sehr wichtig, ADHS nicht zu verallgemeinern und auf die individuellen Bedürfnisse und Probleme der Schülerinnen und Schülern einzugehen und adäquat zu reagieren. Dennoch gibt es Verhaltensweisen für Lehrer und Eltern, die Betroffenen helfen können.

Rituale, Regeln, Grenzen – drei Schlagwörter, die in Bezug auf die richtige Umgangsweise und zur Vorbeugung schulischer Probleme helfen können. Kinder, die sich schwer konzentrieren können und in der Schule viele Reize verarbeiten müssen, benötigen klar strukturierte Tagesabläufe, Orientierung im Unterricht und oft auch längere Pausen oder Auszeiten. Die Lehrer und Lehrerinnen sind gefragt, Rahmenbedingungen zu schaffen, die nicht nur klar formuliert, sondern auch in ritualisierter Weise durchgeführt werden. Alle Schülerinnen und Schüler brauchen von Zeit zu Zeit Orientierungshilfen und wollen ihre Grenzen austesten, Kinder mit besagter Störung jedoch noch viel mehr. Kleine Tricks können schon sehr effektiv für den Unterricht und den Schüler/die Schülerin sein. Besonders gut eignen sich die Prinzipien des effektiven Unterrichts: das bevorstehende Thema ankündigen, abhandeln und abschließend zusammenfassen, das kleine 1x1 des Unterrichts sozusagen. Dies scheint simpel, und viele denken bestimmt: »Das mache ich ja sowieso!«, aber gerade diese Einfachheit, diese klare Struktur benötigen die Kinder mit einer ADHS am meisten. Man kann sich und den Unterricht darauf einstellen und vorbereiten. Kinder, die Probleme mit Konzentration haben, sollte man vorab klar und deutlich auf die an sie gestellten Erwartungen hinweisen, nicht nur in Bezug auf die Lernerwartung, sondern auch auf das erwartete Verhalten. Die benötigten Materialien

sowie Sozialformen sollten bekannt gegeben werden, sodass der Schüler oder die Schülerin sich auf alle Dinge, die passieren werden, »innerlich vorbereiten kann«. Erfolgserlebnisse zu schaffen und positive Rückmeldungen zu geben, macht dann den großen Unterschied aus, so können dann auch Schülerinnen und Schüler, die leider oft als »Störenfriede« dargestellt werden, positiv auffallen und ihren Selbstwert steigern. In meinem Erfahrungsbereich wurde und wird dieses Thema immer sehr umstritten behandelt. Selbst für mich als Sonderpädagogin, die sehr wohl weiß, dass ADHS laut ICD-10 zu den hyperkinetischen Störungen zählt, ist nicht immer ganz klar, in welchem Spektrum ich mich bewege. Deshalb ist es eben auch so wichtig, jeden Fall speziell zu betrachten.

In der Volksschule unterrichte ich für sechs Stunden in der Woche einen Jungen mit Trisomie 21 und einen Jungen mit einer Lernschwäche, weitere drei Kinder in der Klasse haben diagnostiziertes ADHS, bekommen aber keine Stunden für eine Sonderschullehrerin zugeschrieben. Einerseits gut, dass man den Schülerinnen und Schülern nicht die Chance verwehrt, eine »normale« Schullaufbahn zu haben, dennoch gibt es sicher schwierige Fälle, wo ein sonderpädagogischer Förderbedarf mehr als angebracht wäre und sogar stundenweise Betreuung nicht ausreichend wäre. Den Rest meiner Unterrichtszeit verbringe ich als Integrationslehrerin in einer Sport-NMS. Dort ist es auffallend, dass der Sport einen sehr guten Ausgleich für Kinder mit hohem Bewegungsdrang und Hyperaktivität schafft, aber der Sport auch Ehrgeiz und Aggressionen verursacht, welche in diesem Krankheitsbild ebenso typisch sind. Die Kinder reagieren oft sehr sensibel auf Stress, egal ob eine positive oder negative Stresssituation besteht. Dieser Stress führt manchmal zu einem Kontrollverlust, oft auch zu absoluten »High«-Phasen, wie z. B. überdrehte und aggressive Reaktionen bei den Kindern, die sie nicht kontrollieren können. Ebenso kommt es vor, dass Kindern durch Stress schlecht wird, oder sie bekommen Kopfschmerzen, da sie mit einer Situation nicht umgehen können.

Wie bereits erwähnt sehe ich die vielen Facetten dieser Krankheit hautnah und

→ Seite 28

→ Seite 28

kann sagen, dass Kinder mit ADHS schulische Defizite entwickeln können und Entwicklungsverzögerungen aufweisen, weil ihnen nicht so viel zugetraut wird, wie sie manchmal leisten könnten. Somit werden sie häufig in eine Außenseiterrolle gedrängt und der Umgang mit ihnen wird dramatisiert. Die Krankheit rückt infolgedessen in den Vordergrund und die Kinder lernen die

ADHS als Ausrede für einfach alles einzusetzen. Sie ziehen sich aus der Eigenverantwortung und argumentieren mit »Ich bin halt so!«. Um dies zu vermeiden, sollte man ihnen Vertrauen schenken und Mittel und Wege finden, die Schülerinnen und Schüler zu konzentriertem Arbeiten zu bewegen. Wenn man diesen Weg gefunden hat, dann zeigen sie einem, dass sie sehr wohl eine

hohe Leistungsfähigkeit aufbringen können und auch gefordert werden müssen, da sie nur so lernen können, ihre Leistungsfähigkeit zu erweitern und an ihre echten Grenzen zu gehen.

**Barbara Gapp, BEd.**

Sonderschullehrerin an der Neuen Sportmittelschule Trofaiach und an der VS Gai.

→ Seite 11

### Zusammenfassung

Die Entwicklung vom pubertäts-adäquaten Probiertkonsum hin zur manifesten Abhängigkeit stellt einen multifaktoriellen und multikausalen Prozess dar. Weiters ist die Phase der Adoleszenzentwicklung ein guter Nährboden für die Entwicklung abweichenden Verhaltens, wobei es zugrundeliegende prädisponierende Faktoren gibt, sowohl biologisch-genetische als auch psychosoziale. Bei drogenmissbrauchenden Jugendlichen kann ADHS Teil eines komplexen Krankheitsgeschehens und ein möglicher Wegbereiter sein, wenn es in der Kindheit nicht frühzeitig erkannt und behandelt wird. ADHS kann in einen Kreislauf der Ausgrenzung und Abwertung führen, wobei Drogen im Sinne eines Selbstregulierungs- u./o. Selbstheilungsversuches von den Jugendlichen genommen werden.

Durch den Konsum von Drogen finden die Jugendlichen Akzeptanz (Identitäts- u. Integrationsuche) in der Gruppe der Konsumenten. Typische Symptome wie innere Unruhe, Ängste, Impulsivität, Aggressivität und depressive Symptome werden durch den Konsum von Drogen (zumeist Cannabis) gemindert. Die durch die ADHS Symptomatik verstärkt erfahrene Ausgrenzung, Abwertung, etc. kann mithilfe der Drogen im Sinne einer Selbstmedikation zumindest vorübergehend gelindert werden. (Wilens 2004).

### Literaturverzeichnis:

- Barkley R.**, Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Bern 2002.
- Döpfner M., Frölich J., Lehmkühl G.**, Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), 2. Überarbeitete Auflage 2013. HOGREFE
- Felitti V.**, Ursprünge des Suchtverhaltens: Evidenz aus einer Studie zu den belastenden Kindheitserfahrungen. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 2003; 52: 547-559.
- Wilens T.**, Attention-deficit / hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature

of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. Psychiatr Clin N Am 2004; 27: 283-301.

**Szatmari, P.**, The epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorder. In: Weiss, G. (Gueded.) Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America (1992) 361-384.

**Biedermann, J., Mick, E., et al.**, Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. American Journal of Psychiatry 157, 5 (2000) 816-818.

**Klein, R. G.**, Alcohol, stimulants, nicotine, and other drugs in ADHS. In: Jensen, P. S., Cooper, J. R. (eds.), Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: State of the Sciences/Best Practices 16-1-16-17. Kingston (NJ): Civic Research Institute 2002.

**Wilens, T. E., Spencer, T., Biedermann, J.**, Are attention deficit hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorders really related? Harvard Review of Psychiatry 3 (1995) 260-262.

**Frölich, M., Lehmkühl, G.**, Epidemiologie und pathogenetische Aspekte von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei ADHS. Sucht 52, Nr. 6 (2006) 367-375.

**LaHoste, G. J., Swanson, J. M., et al.**, Dopamine D4 receptor gene polymorphism is associated with attention deficit hyperactivity disorder. Molecular Psychiatry 1, Nr. 2 (1996) 121-124.

**Horner, B. R., Scheibe, K. E.**, Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 36 (1997) 30-36.

**Kollins, S. H., MacDonald, E. K., et al.**, Assessing the abuse potential of methylphenidate in nonhuman and human subjects: a review. Pharmacology, Biochemistry and Behavior 68 (2001) 611-627.

**Jacob C. P., Lesch, K.-P.**, Genetik von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei adultem ADHS. Sucht 52, Nr. 6 (2006) 376-385.

**Seidman, L. J., Valera, E. M., et al.**, Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biological psychiatry 57 (2005) 1263-1272.

**Semrud-Clikeman, M., Steingard, R. J., et al.**, Using MRI to examine brain-behavior relationships in males with attention deficit disorder with hyperactivity. Journal of the American Academy of Child

& Adolescence Psychiatry 39 (2000) 477-484.

**Castellanos, F. X., Lee, P. P., et al.**, Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. Journal of the American Medical Association 288 (2002) 1740-1748.

**Hesslinger, B., Tebartz, v. E., Thiel, T., Haegele, K., Hennig, J., Ebert, D.**, Frontoorbital volume reductions in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. Neuroscience Letters 328 (2002) 319-321.

**Stoy, M., Heinz, A., et al.**, The reward system in adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Vortrag präsentiert auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Berlin, November 2006.

**Biederman, J., Wilens, T., et al.**, Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. Pediatrics 104 (1999) e20.

**Huss, M.**, Stimulant treatment in ADHD (children lowers risk of drug abuse. In: Abstracts of the 11th International Congress of European Child and Adolescent Psychiatry 8, Suppl. 2, (1999) 126.

**Leupold, H., Hein, J., Huss, M.**, Methylphenidat und Suchtentwicklung. Sucht 52, Nr. 6 (2006) 395-403.

**Ohlmeier, M., Peters, K., et al.**, ADHS und Sucht. psychoneuro 31, Nr. 11 (2005) 554-562

**Rothenberger, A., Banaschewski, T.**, Hilfe für den ZappellPhillip. Gehirn & Geist 3 (2004) 54-61

**Dr. Christian Müller**

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie / Kinder- und Jugendpsychiatrie

PSD - Eisenstadt / Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Schwerpunktambulanz für Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Suchtproblematik - unter Berücksichtigung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder

Referententätigkeit in verschiedenen pädagogischen und psychotherapeutischen Ausbildungsverein (Schwerpunkt Kinder - Jugend - Psychiatrie und Suchtstörungen)

Konsiliarpsychiatrische Tätigkeiten in Kinder- und Jugend-Wohngemeinschaften der Jugendhilfe





# Gastvortrag

## Dr. Christian Müller

### Sucht und ADHS - Warum kifft der Zappelphillipp?



Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätssyndrom (kurz ADHS) haben im Jugend- und Erwachsenenalter ein erhöhtes Risiko an einer Sucht zu erkranken. Besonders jene Jugendlichen haben ein erhöhtes Risiko, einen Substanzmissbrauch bis hin zur Abhängigkeit zu entwickeln, die der Gruppe der sogenannten »sensation-seekers« angehören oder unter dem Motto »no risk – no fun«, im Sinne der Grenzerweiterung, immer an den Rand des Machbaren gehen.

Dr. Christian Müller ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie / Kinder- und Jugendpsychiatrie



29. Juni 2017, 19.30 Uhr

POOL7 1010 Wien, Rudolfsplatz 9

Eintritt frei | Um Anmeldung wird gebeten ☎ +43 1 523 86 54

Um Fortbildungspunkte wird beim BÖP angesucht.

## Beratung & Hilfe

### Beratungs- & Betreuungsteam Leiterin Beratungsteam

Veronika Kuran  
Tel.: +43 (0)664 9100005  
mail: veronika.kuran@gruenerkreis.at

**Wien**  
Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)  
Tel.: +43 (0)664 3840827  
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at  
Mag.ª (FH) Birgit Freischlager  
Tel.: +43 (0)664 8111029  
mail: birgit.freischlager@gruenerkreis.at  
Franziska Greimeister BA  
Tel.: +43 (0)664 8111004  
mail: franziska.greimeister@gruenerkreis.at  
Mag. (FH) Wolfgang Krikula  
Tel.: +43 (0)664 1809709  
mail: wolfgang.krikula@gruenerkreis.at  
Mag.ª (FH) Veronika Reissert  
Tel.: +43 664 8111010  
mail: veronika.reissert@gruenerkreis.at

**Niederösterreich, Burgenland**  
Harald Berger (NÖ)  
Tel.: +43 (0)664 8111671  
mail: harald.berger@gruenerkreis.at  
Ronald Paur MSc (NÖ)  
Tel.: +43 (0)664 2305312  
mail: ronald.paur@gruenerkreis.at  
Gabriele Wurstbauer (NÖ, B)  
Tel.: +43 (0)664 8111676  
gabriele.wurstbauer@gruenerkreis.at

**Oberösterreich**  
Claudia Neuhold  
Tel.: +43 (0)664 8111024  
mail: claudia.neuhold@gruenerkreis.at

**Steiermark**  
Alexandra Baier, BA MA  
Tel.: +43 (0)664 8111041  
alexandra.baier@gruenerkreis.at

Günther Gleichweit  
Tel.: +43 (0)664 5247991  
guenther.gleichweit@gruenerkreis.at  
Jasmin Kupfer, BA MA  
Tel.: +43 (0)664 8111023  
jasmin.kupfer@gruenerkreis.at

**Kärnten, Osttirol**  
Thomas Liegl, BA  
Tel.: +43 (0)664 384 0280  
thomas.liegl@gruenerkreis.at

**Salzburg**  
Jürgen Pils, DSA  
Tel.: +43 (0)664 8111665  
mail: juergen.pils@gruenerkreis.at

**Tirol**  
Susanne Fessler-Rojkowski, DSA  
Tel.: +43 (0)664 8111675  
susanne.fessler@gruenerkreis.at

**Vorarlberg**  
Christian Rath  
Tel.: +43 (0)664 3109437  
christian.rath@gruenerkreis.at

### Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren Wien

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103  
Tel.: +43 (0)1 5269489  
Fax: +43 (0)1 5269489-40  
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

**Wiener Neustadt**  
2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14  
Tel.: +43 (0)664 8111676  
Fax: +43 (0)2622 61721  
ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

**Graz**  
8020 Graz, Sterngasse 12  
Tel.: +43 (0)316 760196  
Fax: +43 (0)316 760196-40  
mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

**Klagenfurt**  
9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3  
Tel.: +43 (0)463 590126  
Fax: +43 (0)463 590127  
mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

**Linz**  
4020 Linz, Sandgasse 11  
Tel.: +43 (0)664 8111024  
Fax: +43 (0)732 650275-40  
mail: ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | www.gruenerkreis.at