

ADHS und Sucht: 99 Tipps für die psychosoziale Beratung

Oder wieso es keine Handlungsempfehlungen,
sondern vielmehr ... braucht

DSAⁱⁿ Danila Neuwirth, MAS

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Master of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Im Jänner 2024

Erstbegutachter: Dr. Walter North
Zweitbegutachterin: Mag.^a Nadja Springer

Danksagung

Ich bedanke mich bei meinem Kollegen und ärztlichen Leiter, OA Dr. Dominik Kraigher, der mich schon im Zuge meiner Einschulung auf das Thema ADHS und Sucht aufmerksam gemacht hat. Damit und durch seine Mitwirkung an einer Studie hat er mich motiviert, zu diesem Thema zu forschen. Ich bedanke mich auch bei meinem wundervollen Team der Suchtberatung Wiener Neustadt für das Interesse an meiner Arbeit und für das stetige Nachfragen.

Dank möchte ich auch meinen Studienkolleg*innen aussprechen – Wir waren eine super Klasse! Mein Dank gilt weiters den tollen Vortragenden, die unsere gemeinsamen Freitage und Samstage immer spannend gestaltet haben. Weiters bedanke ich mich bei meinem Betreuer und Erstbegutachter, Dr. Walter North, der mich fachlich mit Studien, Hinweisen und Rückfragen unterstützte und mir regelmäßig Feedback gegeben hat. Großer Dank gilt meiner Berufskollegin Hendrikje Stegmann, die für mich die Kategorisierung auf Intercodierreliabilität geprüft und viel Arbeitszeit investiert hat. Damit hat sie maßgeblich zur Qualität dieser Arbeit beigetragen. Ich bedanke mich bei Dr. Tom Schmid, der mich bei der finalen Überarbeitung, vor allem in Hinblick auf die Zielsetzung und Auswahl der Methoden, beraten hat und mir einschlägige Literaturvorschläge gemacht hat. Ich bedanke mich bei Brigitte Messner für das Lektorat. Vielen Dank, lieber Gabriel Fischer, für den Blick über das Layout und das Einarbeiten von Korrekturen.

Besonderer Dank gilt den erfahrenen und wertvollen Interviewpartner*innen, die mit ihrer Expertise maßgeblich zur Erarbeitung der Handlungstipps beigetragen haben. Ich danke den Patient*innen der IG ADHS vom 23.03.2023 für ihr Interesse und ihre Offenheit. Danke der Median Klinik, insbesondere Simon Kaminsky, von dem ich vor allem für die Gruppenangebote viel lernen durfte, und danke auch den Katzen und Luka.

Last but not least danke ich meiner Familie und Freund*innen, für die Motivation und das Interesse an meiner Forschungsarbeit. Danke sage ich auch meiner Psychotherapeutin, die meine Motivation, mich nach einem Durchhänger wieder reinzuhängen, durch ihre Intervention belebt hat. Und natürlich danke an meinen Schatz und Lebensgefährten Andreas Dorner, der mir geholfen hat, auch an Wochenenden und im Urlaub an der Arbeit dranzubleiben, für das Aushalten der eingeschränkten Gesprächsthemen in dieser Zeit und die fortwährende Unterstützung.

Widmung

Ich widme diese Arbeit all jenen Patient*innen, die individuelle Strukturen in der psychosozialen Beratung brauchen, um einen Behandlungserfolg zu erzielen und wieder mehr Lebensqualität zu spüren.

Ich wünsche Betroffenen, dass in der Beratung tätige Personen sich stetig fortbilden und nicht müde werden, auf die Bedürfnisse der Beratenen einzugehen, sich damit auseinanderzusetzen und bei Bedarf darüber zu forschen.

Abstract

ADHS und Sucht: 99 Tipps für die psychosoziale Beratung

Oder wieso es keine Handlungsempfehlungen, sondern vielmehr ... braucht

Danila Neuwirth

ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) und Sucht haben einen gut belegten Zusammenhang. In der Arbeitspraxis der ambulanten psychosozialen Beratung verdichtete sich für die Verfasserin die Auffassung, dass Suchtpatient*innen mit einem komorbidem ADHS in der Beratung andere Bedürfnisse haben als andere Patient*innen. Die Forschungsfragen in diesem Zusammenhang lauten daher, ob die Formulierung neuer, spezieller Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Arbeit mit Betroffenen im ambulanten Setting notwendig ist, ob diese hilfreich für den Behandlungsprozess sein können und was diese beinhalten müssten. Die Datenerhebung erfolgte in Form von Expert*inneninterviews und einem Gruppeninterview mit Patient*innen. Als Auswertungsmethode wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt.

ADHS und Sucht sind komplexe Erkrankungen. Oft gehen sie mit anderen Erkrankungen wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen einher. Die Ergebnisse liefern eine Grundlage für die Formulierung konkreter Handlungstipps für die Beratungsarbeit. Konsummuster und die Wirkung von Substanzen können ein Hinweis auf ADHS als Grunderkrankung sein. Patient*innen konsumieren oft schon früher und damit länger. Paradoxe Wirkungen von Substanzen, wie beispielsweise gute Fokussierung nach Kokain- oder Amphetaminkonsum kommen vor. Die psychosoziale Beratung ist für Betroffene eine Schnittstelle innerhalb des Behandlungsteams. Die Tipps für die Beratung frischen das Wissen erfahrener Berater*innen auf und liefern praxisnah, humorvoll formulierte Beispiele für die Beratung. Unerlässlich für eine erfolgreiche Beratung sind eine stabile Beziehung, Transparenz, klare Strukturen, der Einsatz von verhaltenstherapeutischen Methoden, Visualisierung und vor allem Humor.

Schlüsselwörter:

ADHS, Sucht, Konsummuster, psychosoziale Beratung, Handlungstipps

Abstract

ADHD and addiction: 99 tips for psychosocial counseling

Or why there is no need for recommendations for action, but rather...

Danila Neuwirth

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) and addiction have a well-documented connection. In the working practice of outpatient psychosocial counseling, the author has become increasingly convinced that addiction patients with comorbid ADHD have different needs in counseling than other patients. The research questions in this context are therefore whether it is necessary to formulate new, specific recommendations for action for psychosocial work with those affected in an outpatient setting, whether these can be helpful for the treatment process and what they should contain. Data collection took place in the form of expert interviews and a group interview with patients. The qualitative content analysis according to Mayring was chosen as the evaluation method.

ADHD and addiction are complex disorders. They are often accompanied by other illnesses such as depression, personality disorders and trauma-related disorders. The results provide a basis for formulating concrete action tips for consulting work. Consumption patterns and the effects of substances can be an indication of ADHD as an underlying disease. Patients often consume earlier and therefore for longer. Paradoxical effects of substances, such as good focus after cocaine or amphetamine consumption, occur. Psychosocial counseling is an interface within the treatment team for those affected. The advice tips refresh the knowledge of experienced consultants and provide practical, humorously formulated examples for advice. Essential for successful counseling are a stable relationship, transparency, clear structures, the use of behavioral therapy methods, visualization and, above all, humor.

Keywords:

ADHD, addiction, consumption patterns, psychosocial advice, tips for action

INHALT

Abstract.....	6
1 Einleitung – Hintergrund der Masterthesis.....	11
2 Braucht es neue Handlungsempfehlungen – die Forschungsfrage.....	12
3 Was finden Sie im Folgenden – Aufbau der Arbeit.....	13
4 Wovon sprechen wir in unserer Betreuungsarbeit – theoretische Grundlagen und Begriffe	16
4.1 Diagnosemanuale	16
4.2 Suchtentstehung und Sucht in a nutshell	17
4.3 ADHS – ADS – ADH	23
4.3.1 Geschichte von ADHS	23
4.3.2 Prävalenz von ADHS	24
4.3.3 ADHS in den Diagnosesystemen (DSM-5, ICD-10, und ICD-11).....	24
4.3.4 Ursachen und auslösende Faktoren für ADHS – Ätiologie.....	30
4.4 ADHS kommt selten alleine – Komorbiditäten	31
4.5 Psychosoziale Beratung	31
4.6 Ambulantes Setting	32
4.7 Handlungsleitlinien, Empfehlungen und Tipps	32
4.8 Anton Proksch Institut – Suchtberatungsstellen.....	33
4.9 Ein Best Practise Beispiel aus Deutschland – Median Klinik für Sucht und ADHS.....	33
5 Der Weg ins Feld – Forschungsstrategie und Auswahl der Methoden.....	36
5.1 Leitfadengestützte Expert*inneninterviews – Auswertungsmethodik	36
5.1.1 Entwicklung des Interviewleitfadens	36
5.1.2 Auswahl der Interviewpartner*innen (IP) und Interviewsituationen	37
5.1.3 Durchführung und Transkription der Interviews.....	39
5.1.4 Auswertung der Interviews	39
5.2 Gruppeninterview (GI)	40
6 Eine „Kinderkrankheit“ und ihre Nachwirkungen – ADHS im Erwachsenenalter.....	44
6.1 „Modediagnose“ ADHS und Soziale Medien aus Sicht der Expert*innen	44
6.2 Symptome aus Sicht der Expert*innen.....	45
6.3 Symptome aus Sicht der Patient*innen.....	46
6.4 Soziale Folgen aus Sicht der Expert*innen	46
6.5 Frauen und ADHS – Expert*innen und Datenlage	46
6.6 Erkenntnisse und Diskussion im Hinblick auf die Forschungsfragen	48
7 Diagnostik	49
7.1 Psychometrische Verfahren zum Screening und zur Erfassung der Symptomatik in der Kindheit	49
7.2 Verfahren zur Erfassung einer aktuellen Symptomatik und Verlaufsbeurteilung	50

7.3	Zusätzlich empfohlene neuropsychologische Testuntersuchungen.....	50
7.4	Vertiefung und Abschätzung von Schweregrad und Bedeutung weiterer psychiatrischer Störungen (laut Wender-Utah-Kriterien)	50
7.5	Ausschluss von internistischen und neurologischen Grunderkrankungen.....	50
7.6	Krankheitssymptome aufgrund von Medikamenteneinnahme	51
7.7	Untersuchungen.....	51
7.8	Hilfreiche Ergänzungen für die Diagnostik.....	51
7.9	Die befragten Expert*innen zur Diagnostik	52
7.10	Diagnostik ist Aufgabe von Expert*innen – Erkenntnisse und Diskussion im Hinblick auf meine Forschungsfrage	53
8	Der oft übersehene Zusammenhang – ADHS und Sucht.....	53
8.1	Datenlage.....	53
8.2	Erklärungsmodelle für das Zusammenwirken von ADHS und Sucht.....	54
8.3	Was die befragten Expert*innen zu Zusammenhang von ADHS und Sucht und dessen Ursachen sagen	55
8.4	Literatur und befragte Expert*innen zum Substanzgebrauch	55
8.5	Erkenntnisse und Diskussion im Hinblick auf meine Forschungsfrage.....	56
9	Ähnlichkeiten und Gleichzeitigkeiten – Komorbiditäten von ADHS und Sucht.....	57
9.1	Affektive Störungen.....	58
9.2	Angststörungen.....	58
9.3	Persönlichkeitsstörungen	58
9.4	Traumafolgestörungen	59
9.5	Autismus-Spektrum-Störung	60
9.6	Weitere Störungsbilder.....	61
9.7	Erkenntnisse und Diskussion im Hinblick auf meine Forschungsfrage.....	61
10	Behandlung von ADHS und Sucht.....	62
10.1	Behandlungsziele aus Sicht der von mir befragten Expert*innen	63
10.2	Die befragten Expert*innen zum Übergang von stationären zu ambulanten Behandlungsangeboten	64
10.3	Medikamente.....	64
10.3.1	Stimulanzien.....	65
10.3.2	Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmmer	66
10.3.3	Antidepressiva.....	66
10.3.4	Alpha-2-Agonisten.....	66
10.4	Psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsansätze.....	67
10.5	Expert*innen zu Medikamenten, Psychotherapie und psychosozialer Beratung	67
10.5.1	Medikamente.....	67
10.5.2	Psychosoziale Beratung	69
10.5.3	Angehörigenberatung im Rahmen der psychosozialen Beratung	71
10.5.4	Psychotherapie	71
10.6	Weitere Behandlungsansätze	72
10.7	Expert*innen zu weiteren Behandlungsangeboten	72
10.7.1	Therapeutische Gruppen	72
10.7.2	Ernährung	72

10.7.3 Sport.....	72
10.7.4 Mediation	73
10.7.5 Neurofeedback	73
10.8 Patient*innen zu Medikamenten, Beratung, Therapie und anderen Behandlungsansätzen.....	73
10.9 Erkenntnisse und Diskussion im Hinblick auf die Forschungsfragen.....	74
11 Stigmatisierung und positive Seiten – Expert*innen und Literatur.....	75
11.1 Erkenntnisse und Diskussion im Hinblick auf die Forschungsfragen	75
12 Prävention: Expert*innen, Patient*innen und Literatur	75
12.1 Erkenntnisse und Diskussion im Hinblick auf die Forschungsfragen	76
13 Die befragten Expert*innen zu Handlungsempfehlungen	76
13.1 Erkenntnisse und Diskussion im Hinblick auf die Forschungsfrage	76
14 Reflexion des Forschungsprozesses und Kritik daran	78
15 Conclusio, Beantwortung der Forschungsfragen.....	79
15.1 Diskussion meiner forschungsleitenden Hypothesen.....	80
15.2 Handlungstipps und der Untertitel dieser Arbeit.....	81
15.2.1 Hinweise zur Nutzung der Tipps.....	81
15.2.2 Allgemeine Hinweise, dass Sie es mit einem „ADHS-Hirn“ zu tun haben	81
15.2.3 Hinweise für Suchtberater*innen, dass sie es mit einem „ADHS-Hirn“ zu tun haben.....	82
15.2.4 Wenn Sie glauben, dass Ihnen eine Person mit einem „ADHS-Hirn“ gegenüberübersetzt (oder wenn Sie es bereits wissen).....	82
15.2.5 Wenn Sie bereit sind, Ihre Hypothese zu präsentieren	83
15.2.6 Nach einer gesicherten Diagnose	83
15.2.7 Beratungsziele.....	83
15.2.8 Arbeiten mit ADHS-Patient*innen mit einer komorbidien Suchterkrankung	84
16 Schlussfolgerungen und Ausblick	87
Literatur.....	90
Daten	96
Abbildungen	97
Abkürzungsverzeichnis	97
Anhang	98
Eidesstattliche Erklärung	103

1 Einleitung – Hintergrund der Masterthesis

Als diplomierte Sozialarbeiterin verfüge ich über mehr als zehn Jahre Berufserfahrung in der Sozialarbeit und der psychosozialen Arbeit. Ich war in unterschiedlichen Handlungsfeldern wie Psychiatrie, Jugendwohlfahrt, Opferschutz und Wohnungslosenhilfe tätig. Einige Jahre habe ich als Öffentlichkeitsarbeiterin im angestellten und selbstständigen Bereich gearbeitet. Seit vier Jahren und drei Monaten bin ich in einer Suchtberatungsstelle des Anton Proksch Institutes (API) (vgl. Kapitel 4.8) in Niederrösterreich als diplomierte Sozialarbeiterin in der psychosozialen Beratung tätig. Seit Mai 2021 leite ich die Suchtberatung Wiener Neustadt (Österreich, Niederösterreich).

In dieser Arbeitspraxis verdichtete sich meine Auffassung, dass viele Patient*innen als Komorbidität zu ihrer Suchterkrankung eine adulte ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) aufweisen (vgl. Kapitel 8) und deshalb offenbar andere Bedürfnisse in der psychosozialen Beratung haben als andere Suchtpatient*innen beziehungsweise Suchtpatient*innen mit anderen Komorbiditäten. So entschied ich mich, im Rahmen der Abschlussarbeit des Masterlehrgangs für Suchtberatung und Prävention an der FH St. Pölten der Frage nachzugehen, ob neue, speziell für die psychosoziale Arbeit entwickelte Handlungsempfehlungen einen positiven Einfluss auf den Behandlungsprozess im ambulanten Betreuungs-Setting haben könnten und was diese beinhalten müssten.

In einem ersten Schritt habe ich mittels Internet- und Bibliotheksrecherche geeignete Literatur ermittelt. Im Zuge der Recherche stieß ich auf die Median Klinik Wilhelmsheim in Oppenweiler (Deutschland) (vgl. Kapitel 4.9), die bei der Behandlung von Suchtpatient*innen einen Schwerpunkt auf den Aspekt ADHS und Sucht setzt. In dieser Klinik absolvierte ich ein 2,5-tägiges Praktikum.

Die Sichtung von Literatur und Studien gaben mir einen guten Überblick über Verbreitung, Zusammenhängen und State of the Art in Diagnose und Therapie. Im Zuge der Auswertung der Ergebnisse meiner eigenen Erhebungen und ihrer Zusammenführung mit der Literatur ergab sich ein stimmiges Bild, um Empfehlungen für die Umsetzung formulieren zu können. Ich hoffe, dass die erarbeitenden Empfehlungen, die das Kernstück meines Forschungsinteresses und -ergebnisses darstellen, weiter diskutiert und erforscht werden sowie Anwendung in der Praxis finden.

2 Braucht es neue Handlungsempfehlungen – die Forschungsfrage

Bei etwa 5 Prozent der Bevölkerung ist in der Kindheit eine ADHS-Symptomatik nachweisbar. Bei Erwachsenen bleibt die Symptomatik in bis zu drei Viertel der Fälle bestehen. Es ergibt sich damit eine durchschnittliche Prävalenz von 2,5 Prozent bis 4 Prozent für adultes ADHS (vgl. Ridinger 2017:32).

Das erhöhte Risiko für Personen mit einem ADHS, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, ist in verschiedenen Studien dargestellt. So ergab im Jahr 2006 eine Repräsentativerhebung an 3.199 US-amerikanischen Erwachsenen einen Wahrscheinlichkeitsfaktor von 2,8, an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken, und einen Faktor von 7,9, drogenabhängig zu werden, wenn ein ADHS vorlag (vgl. Kessler et al. 2006). Zwischen unbehandeltem adulten ADHS und Sucht gibt es einen eindeutigen Zusammenhang, dies wird in dieser Arbeit anhand von Studien belegt.

Es existieren Leitlinien für Diagnostik und Therapie, beziehungsweise Übereinkommenserklärungen verschiedener Vereinigungen (vgl. Kapitel 10). Konkrete Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Beratung konnte ich in meiner Vorrecherche nicht finden. Meine Hypothese lautet, dass spezielle Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Arbeit im ambulanten Setting mit von ADHS und Sucht Betroffenen hilfreich für den Behandlungsprozess sind und sich somit auch positiv auf den Behandlungsverlauf auswirken können.

Die Forschungsfragen in diesem Zusammenhang lauten:

- Ist die Formulierung neuer, spezieller Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Arbeit im ambulanten Setting mit Betroffenen notwendig? Diese Fragestellung ergibt sich aus der Hypothesengenerierung.
- Können solche Handlungsempfehlungen hilfreich für den Behandlungsprozess sein? Hier geht es um die Generalisierung des Forschungsergebnisses.
- Können sich die Handlungsempfehlungen positiv auf den Behandlungsprozess auswirken? Die Frage richtet sich auf die Wirkung des Einsatzes von Empfehlungen für jene, die von der Beratung/Behandlung profitieren sollen.
- Was müssten Handlungsempfehlungen beinhalten? Die Frage umfasst das Kernstück der Forschungsarbeit: die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen, die für Berater*innen praxisnahe Empfehlungen für die Beratungsarbeit beinhalten.

Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit ist es, aus dem Blickwinkel einer Sozialarbeiterin in der psychosozialen Beratung in Österreich auf Grundlage eines Überblicks über das Thema ADHS und Sucht, Handlungsempfehlungen, die in der psychosozialen Beratung einsetzbar sind, zu erarbeiten. Diese Handlungsempfehlungen können für Sozialarbeiter*innen oder Berufsgruppen in anderen Handlungsfeldern, wie der Kinder- und Jugendhilfe oder der Wohnungslosenhilfe, hilfreich sein.

3 Was finden Sie im Folgenden – Aufbau der Arbeit

Einleitend gebe ich einen Überblick über die theoretischen Grundlagen und Begrifflichkeiten, die für diese Forschungsarbeit Bedeutung haben. Dabei beleuchte ich Suchterkrankungen und adultes ADHS. Der Fokus liegt dabei auf ADHS. Dabei werden Begrifflichkeiten, die im Zusammenhang mit der Fragestellung relevant scheinen, erklärt. Auch zwei für das Verständnis meines Blickwinkels wichtige Institutionen (Anton Proksch Institut und Median Klinik in Oppenweiler) finden Erwähnung.

In einem weiteren Großkapitel stelle ich die Erhebungsmethoden der vorliegenden Arbeit vor. Ich erläutere meine Gründe für die Verwendung qualitativer Methoden der Datenerhebung in Form von leitfadengestützten Expert*inneninterviews und eines ergänzenden Gruppengesprächs mit Patient*innen. Außerdem begründe ich die Auswertung der Daten mithilfe der Inhaltsanalyse nach Mayring.

Im dritten Hauptabschnitt dieser Arbeit führe ich die Ergebnisse zusammen und ziehe im Kontext von theoretischen Grundlagen Schlüsse für die Beratungspraxis. Zentraler Bestandteil meiner Ergebnisse ist eine ausgearbeitete Version konkreter Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Arbeit im ambulanten Setting mit Patient*innen, die an einem adulten ADHS und einer Suchterkrankung leiden. Abschließend gebe ich einen Ausblick und formuliere sich daraus ergebende weiterführende Fragestellungen, denen sich nachfolgende Arbeiten widmen können.

Im Anhang finden sich neben einem Literaturverzeichnis und den Daten (Transkripte, Protokoll und Praktikumsbericht), der Interviewleitfaden und die Datenschutzerklärung. Das Abbildungsverzeichnis, ein Abkürzungsverzeichnis sowie weiterführende Informationen sind zusätzliche Bestandteile des Anhangs.

ADHS UND SUCHT – Eine theoretische Einführung

4 Wovon sprechen wir in unserer Betreuungsarbeit – theoretische Grundlagen und Begriffe

4.1 Diagnosemanuale

Ein kurzer Überblick der beiden gängigen Diagnosemanuale DSM-5 und ICD-10 beziehungsweise ICD-11.

- DSM-5 (fünfte Auflage des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“), psychiatrisches Klassifikationssystem in den USA
 - Herausgeberin Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft
 - Zuletzt 2013 aktualisiert, Überarbeitung 2022: DSM-5-TR
 - Störungen müssen andauernd oder wiederkehrend sein
 - Symptome dürfen nicht Folge von Medikamenten- oder Drogeneinnahme sein
 - Störungen führen zu Problemen in wichtigen Bereichen
 - Sozial abweichendes Verhalten für sich ist keine psychische Störung
 - Kritik: Validität der Diagnosen, Gefahr einer Inflation der Diagnosen durch „milde“ Störungen
- ICD („International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“), in Europa gebräuchlich, weltweit wichtigstes Klassifikationssystem medizinischer Diagnosen
 - Herausgeberin Weltgesundheitsorganisation (WHO)
 - ICD-10 zuletzt 2019 aktualisiert
 - ICD-11 seit 1.1.2022 in Kraft (Übergangszeit etwa fünf Jahre)¹

¹ Daher beziehe ich mich in der vorliegenden Forschungsarbeit auch noch auf das ICD-10

- Kritik: Definition der Erkrankungen nur über individuelle Symptomatik und Diagnose, keine Einbeziehung von Kontextfaktoren; ICF („International Classification of Functioning, Disability and Health“) geht von Bio-Psychosozialem Ansatz aus und ergänzt die ICD um diese Aspekte
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen im fünften Kapitel der ICD-10/ICD-11 ist mit DSM-5 weitgehend kompatibel (vgl. Ridinger 2017:91; Hogrefe; WHO; American Psychiatric Association).

4.2 Suchtentstehung und Sucht in a nutshell

„Jedes menschliche Verhalten kann süchtig entgleisen“ (vgl. Tretter 2017:3). Etwas Lustvolles oder Unlustminderndes gerne zu tun, beruht auf einer menschlichen Neigung. Wenn durch Intensität und Einseitigkeit allerdings grundlegende Lebensbereiche zerstört werden, spricht man von klinisch relevanter Sucht. Sobald Verhalten unkontrolliert und automatisch abläuft, spricht man von süchtigem Verhalten. Der Übergang zwischen gelegentlichem Verhalten zu gewohnheitsmäßigem Verhalten und zu Missbrauch, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit ist fließend.

Süchtiges Verhalten kann sich sowohl auf den Konsum von Substanzen – stoffgebundene Süchte – als auch auf stoffungebundenes Verhalten, also auf Verhaltenssüchte, beziehen. Stoffgebundene Substanzen² erzeugen psychische Veränderungen. Psychoaktive Substanzen werden als Drogen in Form von illegalisierten Substanzen (wie Cannabis, Kokain und Heroin) und legalen Substanzen (wie Alkohol und Nikotin) subsumiert. Die Einordnung süchtigen Verhaltens sowie komorbider Diagnosen im europäischen (ICD-10, ICD-11) und amerikanischen Diagnosemanual (DSM-5) ist uneinheitlich (vgl. Tretter 2017:3 ff.). Relevante Aspekte der Suchttheorie im Zusammenhang mit der Suchtentstehung sind in der Neurobiologie, der Psychologie und der soziokulturellen Einbettung zu finden. Das individuelle Zusammentreffen von Risiko- und Schutzfaktoren ist für eine Suchtentstehung relevant (vgl. Tretter 2017:14).

² In den weiteren Ausführungen liegt der Schwerpunkt auf stoffgebundenen Süchten

Die Abbildungen veranschaulichen Erklärungsmodelle für die soziokulturelle Einbettung:

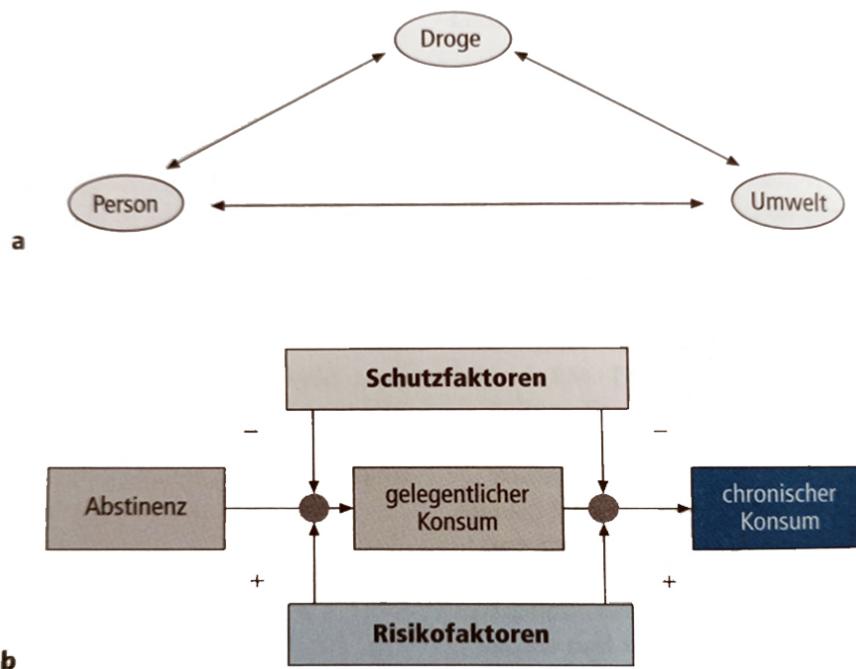


Abbildung 1: **a** Ursachendreieck; **b** Phasenkonzept der Sucht (Tretter 2017:14)

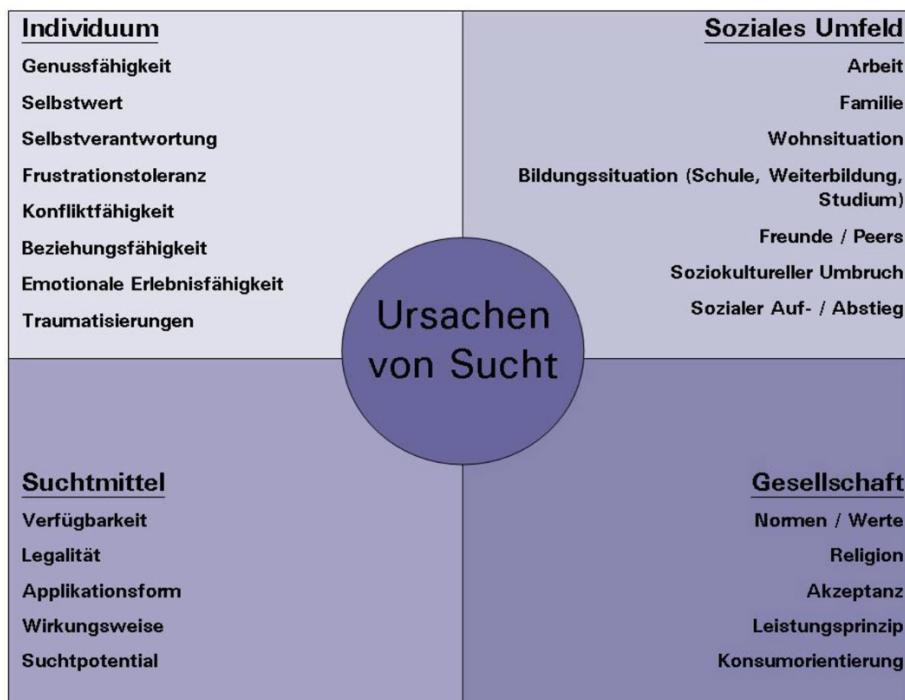


Abbildung 2: Ursachenmodell (Verein Dialog 2006)

Beispiel aus der Neurobiologie:

Die sechs wichtigsten Neurotransmitter (für die Signalübertragung zwischen Nervenzellen zuständige Botenstoffe) und einige ihrer Funktionen:

- Serotonin: wirkt antidepressiv, bringt Harmonie und Gewaltfreiheit (vgl. Zehentbauer 2020:78)
- Dopamin: wirkt antriebssteigernd auf seelisch-körperlicher Ebene, Förderung von Konzentration, Reaktion, Aufmerksamkeit, angstlösend und antidepressiv (vgl. Zehentbauer 2020:151)
- Noradrenalin: bringt erhöhtes Bewusstsein, schnelleres Denken, positive Grundstimmung, gute Laune, Mitgefühl, gesteigertes Selbstwertgefühl, Verstärkung von Wahrnehmung und Gefühlen (vgl. Zehentbauer 2020:119)
- GABA: bringt Beruhigung (vgl. Zehentbauer 2020:81), Entspannung, Beruhigung, Wohlbefinden
- Glutamat: gleicht hemmende Effekte von GABA aus (vgl. Mechtcheriakov 2018:41 ff.)
- Acetylcholin: beeinflusst Lernen, Denken, Gedächtnis (vgl. Zehentbauer 2020:112)

Drogen haben ähnliche Strukturen wie Neurotransmitter und können so an den Rezeptoren und den Rücktransportern der Synapsen ansetzen. Dann entfalten sie ihre Wirkung. Das „neurochemische Mobile“ veranschaulicht das labile dynamische Gleichgewicht der Neurotransmitter (vgl. Tretter 2017:34 ff.).

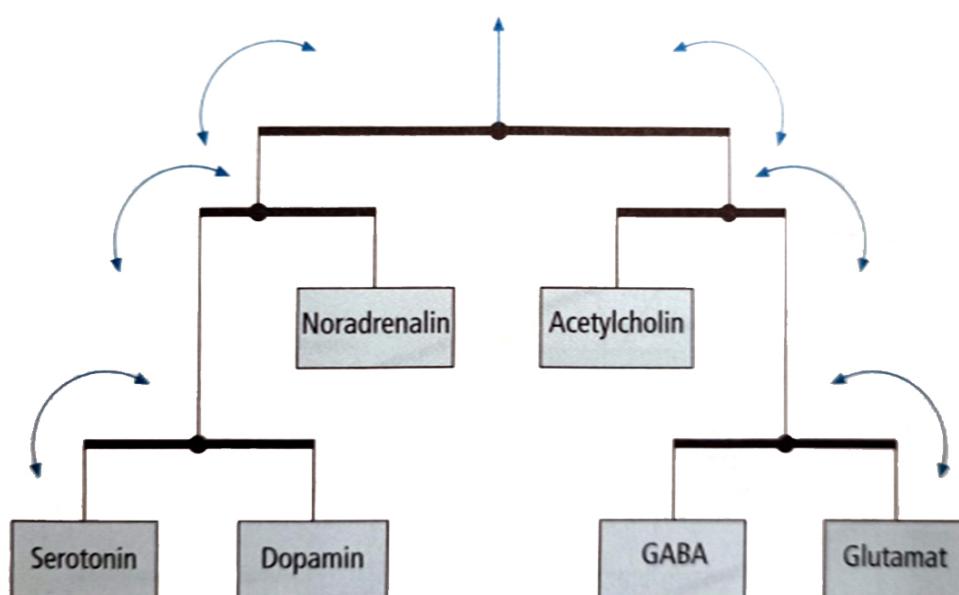


Abbildung 3: Das „neurochemische Mobile“ (Tretter 2017:37)

Neurobiologische Drogeneffekte sind hier beispielsweise:

- Alkohol: hemmt funktionell Glutamat-Rezeptoren, verstärkt GABA-Mechanismen
- Amphetamine: aktivieren die Dopaminausschüttung (vgl. Tretter 2017:34)

Beispiel aus der Psychologie

Die Psychologie geht bei Sucht von erlerntem Verhalten aus. Im Bio-Psychosozialen Modell spielen daher Biografie und Lernerfahrungen eine große Rolle. Alle Formen des Lernverhaltens kommen zum Tragen:

- Klassisches Konditionieren (Signallernen):
Reaktion auf Anblick, Geräusche und Geruch
- Instrumentelles Konditionieren (Lernen am Erfolg):
kurzfristige Konsequenzen des Substanzkonsums steuern das Verhalten
- Modelllernen (auch Imitationslernen genannt):
Vorbilder in Form von Eltern, Peers und beratenden Personen
- Erwartungslernen (kognitives Lernen):
Erwartungen knüpfen sich an die zukünftige Wirkung (vgl. Klein 2021)

Abhängigkeitserkrankungen

Eine Abhängigkeitserkrankung liegt vor, wenn das Störungsbild in einem der internationalen Klassifikationssysteme DSM-5 oder ICD-10/ICD-11 für medizinische Diagnosen bzw. psychische Erkrankungen aufscheint (vgl. Ridinger 2017:91).

Das DSM-5 beschreibt zehn Klassen psychotroper Substanzen, die zu Störungen führen können. Diese umfassen: Alkohol, Koffein, Cannabis, Halluzinogene, Inhalanzien, Opioide, Medikamente (Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika), Stimulanzien, Tabak und „Andere Substanzen“. Sie alle wirken im Belohnungssystem. Glückspiel wird in diesem Zusammenhang aufgrund seiner Wirkung im Belohnungssystem unter „Störungen ohne Substanzbezug“ angeführt. Internetabhängigkeit fällt nicht darunter. Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen gliedern sich in die Gruppe der „Störungen durch Substanzkonsum“ und „substanzinduzierte Störungen“ (vgl. Falkei / Wittchen 2020:261 ff.).

Des Weiteren unterscheidet das DSM-5 zwischen „episodisch“ und „andauernd“ zwischen „frühremittiert“ und „anhaltend remittiert“. Der Schweregrad wird in „leicht“, „mittel“ und „schwer“ unterteilt, abhängig von der Anzahl der erfüllten Kriterien (vgl. Falkei / Wittchen 2020:326 ff.).

Das ICD fasst psychiatrische Erkrankungen unter den sogenannten F-Diagnosen zusammen. Die ersten beiden Stellen stehen für das Krankheitsbild, aus den Stellen drei bis sechs werden die Substanz und die Ausprägung ersichtlich (vgl. Dilling / Freyberger 2020:78).

Das ICD-10, wie auch das das ICD-11, unterscheidet den schädlichen Gebrauch und die Abhängigkeit von Substanzen (Cannabinoide, flüchtige Lösungsmittel, Halluzinogene, Koffein, Kokain, multiple Substanzen, Opioide, Sedativa, Stimulanzien und Sonstige in den F1x-Diagnosen (vgl. Dilling / Freyberger 2020:507). Sowohl schädlicher Gebrauch als auch Abhängigkeitssyndrom haben diagnostische Kriterien.

Der schädliche Gebrauch umfasst im ICD-10 folgende diagnostische Kriterien

- Deutlicher Nachweis, dass der Substanzgebrauch für körperliche oder psychische Schäden verantwortlich ist, einschließlich aller negativen Konsequenzen für das Urteilsvermögen und das Verhalten, die u. U. auch zu Beeinträchtigung von menschlichen Beziehungen führen.
- Die Schädigung kann in ihrer Art klar bezeichnet und festgestellt werden.
- Das Gebrauchsmuster trat im letzten Jahr wiederholt auf oder besteht seit mindestens einem Monat.
- Eine andere psychische Störung oder Verhaltensstörung, die auf die gleiche Substanz zum gleichen Zeitpunkt zurückzuführen ist, ist ausgeschlossen.

Das Abhängigkeitssyndrom ist im ICD-10 durch sechs diagnostische Kriterien gekennzeichnet

- Starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren
- Erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu reduzieren oder auszusetzen
- Auftreten von für die Substanz typischen Entzugssymptomen beim Reduzieren oder Absetzen
- Entwicklung einer Toleranz gegenüber Wirkung oder geringerer Effekt derselben Menge
- Vernachlässigung wichtiger anderer Lebensbereiche
- Fortführung des Substanzgebrauchs trotz eindeutiger schädlicher Folgen

Drei oder mehr Kriterien sollten innerhalb von zwölf Monaten ab Diagnosestellung wiederholt bestanden haben oder zusammen mindestens einen Monat lang aufgetreten sein (vgl. Dilling / Freyberger 2020:76 ff.).

Die Gemeinsamkeit der unter F1x beschriebenen Störungen besteht im Gebrauch von einer oder mehreren Substanzen. Die Hauptdiagnose sollte sich dabei an jener Substanz orientieren, die das aktuelle klinische Syndrom verursacht. Die zweite Stelle (x) beschreibt die jeweilige Substanz. Die dritte und vierte Stelle codiert das klinische Erscheinungsbild (vgl. Dilling / Freyberger 2020:61).

Zu den Verhaltenssüchten zählen unter anderem Glückspielsucht (Gambling Disorder) und Onlinesucht (Spielsucht, Gaming Disorder), Arbeitssucht, Sexsucht und Kaufsucht. Die Kategorie F63 umfasst im ICD-10 abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle. Wiederholte unkontrollierte Handlungen ohne erkennbare Motivation, die der betroffenen Person oder andere Personen Schaden zufügen, sind darunter zu finden. Eines der Ausschlusskriterien ist der gewohnheitsmäßige exzessive Gebrauch von Alkohol oder psychotropen Substanzen, dafür gibt es eben die entsprechende F1x-Diagnose.

F63.0, d. h. pathologisches Spielen, beschreibt die Symptome einer nichtstoffgebundenen Abhängigkeit. Das wiederholte oder episodenhafte Glückspiel beherrscht die Lebensführung der betroffenen Person und führt zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen (vgl. Dilling / Freyberger 2020:255).

Andauernde Formen von wiederholtem unangepassten Verhalten ohne erkennbares psychiatrisches Syndrom werden im ICD-10 unter F63.8 als „Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ beschrieben (vgl. Dilling / Freyberger 2020:58). In der Praxis wird diese F-Diagnose für Onlinesucht verwendet.

Im ICD-11 werden die diagnostischen Kategorien des ICD-10 für den schädlichen Gebrauch und die Abhängigkeit von Substanzen aufrechterhalten. Allerdings definiert das ICD-11 die Kriterien für die Diagnose einer Substanzabhängigkeit neu. Der schädliche Gebrauch einer Substanz wird weiterhin von einer Abhängigkeit unterschieden. Die Neugruppierung der Symptome einer Abhängigkeitserkrankung ist eine wesentliche Änderung im ICD-11: Die bisherigen sechs Kriterien der Abhängigkeitserkrankung, werden zu drei Paaren zusammengefasst, die jeweils zwei der bisherigen Kriterien als Aspekte des neuen gemeinsamen Kriteriums auflisten. Von diesen drei neuen Kriterien müssen zwei erfüllt sein, um eine Abhängigkeitserkrankung zu diagnostizieren (vgl. Heinz et al. 2022:51).

Die Begriffe „Computerspielstörung“ (CSS) und „Glücksspielstörung“ (GSS) wurden im ICD-11 in der Gruppe der Verhaltenssüchten berücksichtigt (vgl. Rumpf et al. 2021).

4.3 ADHS – ADS – ADH

Hyperaktiv, impulsiv, unaufmerksam: ADHS steht für das **Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom**, also für eine Problematik im Bereich der Aufmerksamkeit, die mit Hyperaktivität (körperlicher oder innerer Unruhe) auftritt. Es gibt dabei fließende Übergänge zum AD(H)S/ADS, dem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, wenn die Hyperaktivität in den Hintergrund tritt (vgl. Scherf 2020:9). Ebenso können Hyperaktivität und Impulsivität im Vordergrund stehen, dann lautet die Schreibweise ADH(S)/ADH lauten (vgl. Lauth / Minsel 2009:13). Ich verwende die Schreibweise ADHS, um alle Subtypen mitzudenken.

Bei ADHS handelt es sich um eine Diagnose aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie – ADHS ist eine der am häufigsten diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Die Störung beginnt in der Regel in der Kindheit, die Leitsymptome sind:

1. Gestörte Aufmerksamkeit (Verplantheit, Konzentrationsstörungen, geistige Abwesenheit)
2. Erhöhte Impulsivität (schnell im Affekt getroffene Entscheidungen)
3. Teilweise sehr auffällige motorische Hyperaktivität

Die Symptomatik im Erwachsenenalter ist oft in ihrer Gesamtheit schwächer ausgeprägt, in der Praxis sind die sozialen und psychischen Konsequenzen auffallend. Bei etwa 60 Prozent der Patient*innen bleiben wesentliche Symptome auch im Erwachsenenalter bestehen (vgl. Dilling / Freyberger 2020:309; Wender et al. 2001; Wendt 2017:145). Neuere Studien gehen davon aus, dass 75 Prozent der Betroffenen die Erkrankung auch ins Erwachsenenalter mitnehmen (vgl. Gawrilow 2023:102 ff.).

4.3.1 Geschichte von ADHS

Bereits 1775 findet sich eine Beschreibung eines „Mangels an Aufmerksamkeit“ in einem Buch des deutschen Arztes Melchior Adam Weikard. 1798 widmete sich Sir Alexander Crichton, ein schottischer Arzt, der Aufmerksamkeitsstörung (vgl. Scherf 2020:16). Heinrich Hoffmann, Nervenarzt und Autor, beschrieb 1845 im „Struwwelpeter“ das Verhalten von Kindern, die heutzutage eine ADHS-Diagnose bekommen könnten (vgl. Gawrilow 2023:17). Auch andere Mediziner*innen und Psycholog*innen beschäftigten sich Ende des 19. Jahrhunderts mit Kindern, die unaufmerksam, unkontrollierbar, impulsiv und motorisch aktiv waren. William James, ein amerikanischer Philosoph und Psychologe, beschrieb 1890 Menschen ohne ausreichende Impulskontrolle. Er sah auch

die Vorteile dieses Persönlichkeitsmerkmals (vgl. Gawrilow: 2023:17 ff.). Seit Beginn des 20. Jahrhunderts wurden und werden unterschiedliche Begriffe zur Bezeichnung von ADHS verwendet; sie spiegeln jeweils auch die Sichtweise auf das Krankheitsbild (vgl. Thümmler 2015:39 ff.).

In Europa und in den USA verlief die Auseinandersetzung mit dem Störungsbild unterschiedlich; dies führte dazu, dass die Prävalenzzahlen in den USA höher sind. Seit den 1970er Jahren wird auch Umgebungsfaktoren wie Bewegung, Ernährung, kulturelle Einflüsse und technischer Fortschritt große Bedeutung gegeben. Dies hängt auch damit zusammen, dass die Medikamentengabe an Kinder, die die Behandlungen dominierte, Unzufriedenheit auslöste. Seit 1980 sind die Forschungen zum Thema ADHS standardisiert, in den 1990er Jahren kam es zu einem erheblichen Anstieg von Forschung und Literatur. Erst mit Beginn des neuen Jahrtausends wurde ADHS auch Thema in der Erwachsenenpsychiatrie (vgl. Thümmler 2015:41).

4.3.2 Prävalenz von ADHS

In Deutschland gehört ADHS zu den am häufigsten diagnostizierten psychiatrischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, etwa fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen sind betroffen. (Gawrilow 2023:13). Eine in den Ergebnissen etwas abweichende Literaturstudie aus dem Jahr 2020 spricht von einer Prävalenz von drei bis sechs Prozent. (vgl. Popow et al. 2020). Auf der Webseite der Österreichischen Gebietskrankenkasse (ÖGK) werden mit drei bis sieben Prozent ähnliche Angaben gemacht. Die Zahl der betroffenen Erwachsenen in Österreich ist nicht bekannt, in Deutschland geht man von bis zu 4,7 Prozent aus. Frauen und Männer sind gleichermaßen betroffen (vgl. Hartl 2013).

4.3.3 ADHS in den Diagnosesystemen (DSM-5, ICD-10, und ICD-11)

Entsprechend den Kriterien des DSM-5 wird die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung den Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung zugeordnet.

ADHS hat bei Erwachsenen ein anderes Erscheinungsbild als bei Kindern und Jugendlichen; im DSM-5 wird dies insofern berücksichtigt, als das bei Betroffenen ab 17 Jahren nur fünf der genannten Symptome bestehen müssen (vgl. Gawrilow 2023:29).

Die Symptome im DSM-5

Das DSM-5 ordnet die Hauptssymptome unter Buchstaben.

A: Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität-Impulsivität sind durchgehend vorhanden und wirken auf Funktionsniveau oder Entwicklung bzw. beeinträchtigen diese.

Unaufmerksamkeit – sechs oder mehr Symptome in sechs Monaten mit negativen Auswirkungen, bei Erwachsenen fünf Symptome:

- Macht Flüchtigkeitsfehler, übersieht Einzelheiten.
- Hat Schwierigkeiten, bei Unterhaltungen, Vorträgen, Lesen u. Ä. längere Zeit konzentriert zu bleiben.
- Scheint nicht zuzuhören, ist gedanklich abwesend.
- Führt Tätigkeiten nicht bis zum Ende durch.
- Hat Schwierigkeiten bei der Organisation.
- Hat eine Abneigung dagegen, länger andauernde und mit geistiger Anstrengung verbundene Tätigkeiten zu erledigen.
- Verliert wichtige Gegenstände.
- Ist leicht durch äußere Reize ablenkbar.
- Ist vergesslich bei der Durchführung von Alltagsaktivitäten.

Hyperaktivität und Impulsivität – sechs oder mehr Symptome in sechs Monaten mit negativen Auswirkungen, bei Erwachsenen fünf Symptome:

- Ist körperlich unruhig, zappelt und rutscht am Sessel herum.
- Steht in Situationen auf, in denen Sitzen erforderlich wäre.
- Läuft herum und klettert (bei Erwachsenen oft ein Gefühl der Unruhe).
- Hat Probleme, sich ruhig zu beschäftigen.
- Wirkt „getrieben“ und ist immer „am Sprung“.
- Redet viel.
- Platzt mit Antworten heraus.
- Hat Schwierigkeiten damit, zu warten.
- Stört und unterbricht andere.

B: Mehrere Symptome treten vor dem zwölften Lebensjahr auf.

C: Mehrere Symptome bestehen in zwei Lebensbereichen.

D: Es gibt Hinweise, dass das soziale, schulische, oder berufliche Funktionsniveau durch die Symptome negativ betroffen ist.

E: Die Symptome sind nicht durch eine andere Erkrankung, beispielsweise eine Substanzintoxikation, eine Persönlichkeitsstörung oder eine Angststörung besser erklärbar.

Weiters unterscheidet das DSM-5:

F90.2 Gemischtes Erscheinungsbild: Kriterien Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität

F90.0 Vorwiegend Unaufmerksam

F90.1 Vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiv

Das DSM-5 verlangt auch nach der Einschätzung, ob die Erkrankung teilremittiert ist (früher alle Diagnosekriterien erfüllt, aber in den letzten sechs Monaten nicht, aber das Funktionsniveau trotzdem beeinträchtigt ist).

Zudem wird der Schweregrad als „leicht“, „mittel“ und „schwer“ definiert.

Erscheinungsbilder, die die Kriterien nicht erfüllen, aber spezifische Symptome zeigen und das Funktionsniveau beeinträchtigen, werden mit F 90.8 diagnostiziert: „Andere näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“. Dabei wird der Grund formuliert, welche Symptomatik für die Diagnose fehlte.

Unter 90.9 definieren Kliniker*innen die „Nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“. Sie steht für Erscheinungsbilder, bei denen spezifische Symptome vorliegen und das Funktionsniveau beeinträchtigen, Kliniker*innen aber den Grund nicht angeben können. (Falkei / Wittchen 2020:40 ff.)

F90.0 beschreibt die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung im ICD-10:

- Aufmerksamkeitsdefizit bei:
 - Hyperaktivem Syndrom
 - Hyperaktivitätsstörung
 - Störung mit Hyperaktivität

Dazugehörige Begriffe

- Einfache hyperkinetische und Aufmerksamkeitsstörung
- DSM: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Ausschluss:

- Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.90)
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)

Die diagnostischen Kriterien entsprechen den allgemeinen Kriterien für eine hyperkinetische Störung (F90), aber nicht jenen für eine Störung des Sozialverhaltens (F91) (vgl. Dilling / Freyberger 2020:313).

Im ICD-11 ist ADHS unter dem Code 6A05 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS zu finden. Die Definition der Diagnose und klinische Einzelheiten sind aufgeführt. Es findet sich auch die Information, dass ADHS bei Kindern und Jugendlichen häufiger auftritt als bei Erwachsenen. Nach der ICD-11 ist ADHS eine Störung, die durch anhaltende Probleme mit Aufmerksamkeit, Impulsivität und/oder Hyperaktivität gekennzeichnet ist.

Die Klassifizierung im ICD-11 teilt sich dabei in folgende Bereiche

6A06.0 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, überwiegend unaufmerksame Darstellung: Alle diagnostischen Voraussetzungen für eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung sind erfüllt, und es überwiegen unaufmerksame Symptome.

6A06.1 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend hyperaktiv-impulsive Darstellung: Die diagnostischen Voraussetzungen für eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung sind erfüllt, und es überwiegen hyperaktive und impulsive Symptome.

6A06.2 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, kombinierte Darstellung: Die diagnostischen Voraussetzungen für eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung sind erfüllt, und sowohl hyperaktiv-impulsive als auch unaufmerksame Symptome sind klinisch bedeutsame Aspekte des aktuellen klinischen Bildes, wobei keines der beiden eindeutig überwiegt.

6A06.Y Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, andere spezifizierte Darstellung

6A06.Z Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, Präsentation nicht spezifiziert (vgl. Döpfner / Banaschewski 2022; ADHS kompakt e.V.)

Es zeigt sich, dass die ICD-11 Kriterien nun an das DSM angelehnt sind.

Das europäische Netzwerk für ADHS hat die bereits 2003 formulierten Leitlinien zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter erweitert und bestätigt (vgl. Ridinger 2017:95; Kooij et al. 2010):

- Symptome müssen zwingend bereits seit der Kindheit nachweisbar sein, wenn keine Diagnose gestellt wurde, muss dies rückwirkend geschehen.

Symptomverlauf, Entwicklung der Beschwerden in unterschiedlichen Alltags- und Lebenssituationen sowie Lern- und Leistungsverhalten in Schule und Beruf und partnerschaftliche, freundschaftliche und familiäre Kontexte sind Bestandteil der Diagnostik (vgl. Ridinger 2017:95; Kooij et al. 2010).

Überblick über die Diagnosebezeichnungen und Symptome sowie die Berücksichtigung von Subtypen in Europa und den USA ab 1965

	Europa		USA	
1965	ICD-8	Hyperkinetisches Syndrom der Kindheit		
1975	ICD-9	Hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters mit Entwicklungsrückstand/ Störung des Sozialverhaltens		
1980			DSM-III	ADD Attention deficit disorder (Aufmerksamkeitsdefizit)
1987			DSM-III-R	ADHD attention deficit hyperactivity disorder (Berücksichtigung Hyperaktivität) – Diagnose, wenn einer der Bereiche betroffen ist Symptome vor dem 6. Lebensjahr
1991	ICD-10	HKS Hyperkinetische Störung Diagnose nur, wenn Aufmerksamkeit und Hyperaktivität/ Impulsivität vorhanden sind Symptome vor dem 7. Lebensjahr		
1994			DSM-IV	ADHD attention deficit hyperactivity disorder
			DSM-IV-TR	Subtypen werden unterschieden
2013			DSM-5	Symptome vor dem 12. Lebensjahr nachweisbar, ab 17. Lebensjahr fünf Kriterien statt sechs
2022	ICD-11	Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung Subtypen werden unterschieden		

Abbildung 4 (vgl. Ridinger 2017:91 ff.; Thümler 2015:42; Gawrilow 2023:24; Lauth / Minsel 2009:13)

4.3.4 Ursachen und auslösende Faktoren für ADHS – Ätiologie

Als Ursachen von ADHS vermutet man eine komplexe Interaktion verschiedener biologischer und psychosozialer Faktoren.

Das Zusammenwirken dieser Faktoren wird in verschiedenen Modellen beschrieben:

- Barkley (1997a): Eine Störung im präfrontalen Cortex (steuert Inhibition) führt zu Defiziten in vier exekutiven Funktionsbereichen: Arbeitsgedächtnis, Selbstregulation (Affekte, Motivation, Erregung), Internalisierung der Sprache und Rekonstitution.
- Sonuga-Barke (2002): Dual-Pathway-Modell, bezieht sich nur auf den Mischtypus.
- Döpfner, Banaschewski und Sonua-Barke (2008): Bio-Psychosoziales Modell, genetische Disposition führen zu einer Störung im Stoffwechsel der Neurotransmitter in Kombination mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen.

ADHS ist erblich. Darüber besteht Konsens (vgl. Gawrilow 2023:61 ff.). Auf der Ebene der Neurotransmitter spielen in erster Linie Dopamin, aber auch Noradrenalin und Serotonin eine Rolle. Zur Bedeutung von Acetylcholin gibt es erste Hinweise (vgl. Ridinger 2017:48 ff.).

Psychosoziale Faktoren werden nicht als alleinige Ursache angesehen, Umwelteinflüsse konnten bisher nicht eindeutig belegt werden. Allerdings finden sich Hinweise darauf, dass Rauchen und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft das Risiko erhöhen, dass Kinder später ADHS entwickeln.

Thom Hartmann stellt in seinem Buch „Eine andere Art, die Welt zu sehen“ eine evolutionspsychologische Theorie vor. Er bietet eine positive Sichtweise auf die Symptomatik an und betrachtet die Symptome als Wesenszüge der betroffenen Personen, die uns als „Jäger“ in der aktuellen Zeit sogar hilfreich sein können (vgl. Hartmann 2009).

ADHS kann auch als neurobiologische Besonderheit angesehen werden. Die Störung ist genetisch und damit nicht veränderbar. Eine komplexe Erkrankung ist ADHS aufgrund der vielfältigen Unterschiede, die durch Genetik, Lebenseinflüsse und auch Umwelteinflüssen geprägt sind (vgl. Neuy-Lobkowicz 2023:47). Als Spektrumstörung gilt ADHS, da es verschiedene klinische Ausprägungen gibt und die Schweregrade

unterschiedlich sind; auch Komorbiditäten und Verläufe sind heterogen (vgl. Popow / Ohlmann 2020).

4.4 ADHS kommt selten alleine – Komorbiditäten

Als „komorbide Störungen“ bezeichnet man psychische Störungen, die als Doppel- oder Mehrfachdiagnose zusätzlich zu einer anderen, primären psychischen Störung vorliegen (vgl. Gawrilow 2023:31). Etwa 40 bis 60 Prozent der suchtkranken Menschen leiden zusätzlich an einer diagnostisch relevanten psychischen Störung. Diese sowie neurologische und internistische Komorbiditäten sollten über fachliche Konsilien abgeklärt werden (vgl. Trettler 2017:69). Psychiatrische Erkrankungen können sowohl die Ursache als auch die Folge von Substanzkonsum sein (vgl. Treter 2017:173). Auch ADHS kommt selten alleine vor: Für Betroffene sind komorbide Störungen „eher eine Regel als eine Ausnahme“ (Gawrilow 2023:31).

4.5 Psychosoziale Beratung

Die psychosoziale Beratung umfasst die professionelle und unterstützende Interaktion mit dem Gegenüber (z. B. Klient*in, Patient*in). Psychosoziale Arbeitsfelder umfassen die Identifikation von Problemlagen (Diagnose), den Umgang mit und die Bewältigung von psychosozialen Belastungen. Kriterien für die Durchführung einer psychosozialen Beratung sind:

- Handlungsfeldspezifisches Wissen als Basis (Grundlagen- und Faktenwissen)
- Feldbezogene Kompetenzbasis (Methoden der Gesprächsführung)

Ziele sind unter anderem Krisenbewältigung und Kompetenzentwicklung, nicht jedoch die Heilung von Störungen. Die psychosoziale Beratung ist historisch zwar mit der Psychotherapie verbunden, gesetzlich jedoch klar davon abgegrenzt. Da psychosoziale Beratung an Konzepte und Methoden der Psychologie und Psychotherapie angelehnt ist, gibt es in der Praxis allerdings Überschneidungen (vgl. Wälte / Borg-Laufs 2018:24 ff.). Zu den Wirkfaktoren in der psychosozialen Beratung zählen eine tragfähige, vertrauensvolle Arbeitsbeziehung, die Motivation zur Veränderung (u. a. in Form von motivierender Gesprächsführung) und die Ressourcenaktivierung (ebd.:46 ff.).

Supervision ist Teil des fachlichen Standards und soll die Kompetenz und Persönlichkeitsentwicklung von Supervisand*innen durch angeleitete Reflexion und

Erfahrungslernen fördern. Supervision verbessert die Handlungskompetenz, steigert die Arbeitszufriedenheit und hilft, das eigene Handeln auf Wirksamkeit hin zu überprüfen (ebd.:289).

4.6 Ambulantes Setting

Unter einem „ambulanten Betreuungs- oder Behandlungssetting“ verstehe ich die Arbeit in einer Beratungsstelle für Suchtkranke, Suchtgefährdete und deren Angehörige. In der Regel arbeiten Suchtberatungsstellen in multiprofessionellen Teams. Manche Beratungsstellen haben einen sogenannten Ambulanz-Status und können somit auch Rezepte ausstellen.

4.7 Handlungsleitlinien, Empfehlungen und Tipps

Unter Handlungsleitlinien verstehe ich eine vorgegebene, verbindliche Handlungsanleitung, die zu erfüllen ist, ähnlich wie Behandlungsleitlinien. Im Bereich der Behandlung von Sucht und ADHS gibt es folgende Leitlinien und Handlungsempfehlungen (siehe Kapitel 10):

- S3-Leitlinie „ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“ (vgl. Heinzel 2018)
- Internationale Konsenserklärung zu Screening, Diagnostik und Behandlung von Patient*innen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und gleichzeitigen Störungen durch Substanzgebrauch (vgl. Crunelle et al. 2018)
- Internationale Konsenserklärung zu Screening, Diagnostik und Behandlung von Jugendlichen und Heranwachsenden mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und gleichzeitigen Störungen durch Substanzgebrauch (vgl. Özgen et al. 2020)

Handlungsempfehlungen sind im Gegensatz zu Handlungsleitlinien unverbindlich. Sie können aufgrund des Erfahrungsschatzes, auf dem sie basieren, hilfreich sein. Unter „Tipps“ verstehe ich Handlungsempfehlungen, die nach Abwägung in die Beratung einfließen können. Durch das „wording“ wird ihre Unverbindlichkeit unterstrichen.

4.8 Anton Proksch Institut – Suchtberatungsstellen

Das Anton Proksch Institut ist ein Tochterunternehmen der VAMED AG. Das Institut wurde 1956 als „Genesungsheim Kalksburg“ gegründet und war die erste Trinkerheilanstalt Österreichs. Aktuell gibt es im stationären Bereich die Abteilung I, die Abteilung III und die Drogen-Abteilung, Abteilung D sowie die GTAT (ganztägige ambulante Therapie) am Hauptstandort Mackgasse in Wien.

In Wien gibt es zwei Ambulanzen – Radetzkystraße („Treffpunkt“), für illegalisierte Substanzen, und Wiedner Hauptstraße, für legale Substanzen. In Niederösterreich betreibt das API vier Suchtberatungsstellen im Industrieviertel. Die Teams in den Beratungsstellen arbeiten multiprofessionell: Fachärzt*innen für Psychiatrie, Ärzt*innen für Allgemeinmedizin, Psychotherapie und Sozialarbeit, in einigen Beratungsstellen ist zusätzlich auch die klinische Psychologie oder klinische und Gesundheitspsychologie vertreten. Sozialarbeiter*innen sind hauptsächlich für den Bereich der psychosozialen Beratung zuständig. Für jeden Standort gibt es eine Assistenz durch eine Verwaltungsmitarbeiterin.

Die Suchtberatungsstellen werden vom Land Niederösterreich finanziert. Zudem sind alle vier Beratungsstellen § 15 SMG-Einrichtungen. Die Suchtberatungsstellen sind für die Beratung von suchtkranken und suchtgefährdeten Menschen und deren Angehörige zuständig (vgl. PB).

4.9 Ein Best Practise Beispiel aus Deutschland – Median Klinik für Sucht und ADHS

Die Median Klinik Wilhelmsheim für Sucht und ADHS in Oppenweiler in Deutschland ist eine Fachklinik zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit, pathologisches Glücksspielen). Patient*innen können dort nach dem körperlichen Entzug einen Reha-Aufenthalt von bis zu 16 Wochen verbringen. Die Finanzierung erfolgt durch die deutsche Rentenversicherung.

2016 wurde in der Klinik eine Untersuchung zur Häufigkeit des Vorliegens eines Erwachsenen-ADHS bei 415 alkoholabhängigen Patient*innen durchgeführt. Bei jeder fünften untersuchten Person, d. h. bei 20,5 Prozent der Untersuchten, wurde ADHS diagnostiziert. Nur bei 6 Prozent war die Diagnose zuvor bekannt gewesen (vgl. Luderer et al. 2018).

Seither hat sich die Klinik auf die gleichzeitige diagnostische Abklärung und Behandlung von Erwachsenen-ADHS und Suchterkrankungen spezialisiert. Für die Diagnostik in der Klinik gibt es einen genauen Ablauf (vgl. Kapitel 7.9).

Das therapeutische Team arbeitet multiprofessionell. Es besteht aus Suchttherapeut*innen in Ausbildung (beispielsweise Sozialarbeiter*innen mit Zusatzqualifikation Suchttherapie, an dieser Klinik nur mit Verhaltenstherapie), Psycholog*innen, Fachärzt*innen, Sozialarbeiter*innen und Pflegepersonal.

Das Therapieprogramm setzt sich wie folgt zusammen:

- Einzeltherapie mit Bezugstherapeut*in: umfasst Erstgespräch, Diagnostik, wöchentliche Gespräche à 25 Minuten pro Woche oder 50 Minuten 14-tägig, Abschlussgespräch
- Bezugsgruppe (BG) mit Bezugstherapeut*in: findet statt am Montag, Mittwoch und Freitag à 100 Minuten, am Donnerstag à 60 Minuten
- Indikationsgruppen (IG), darunter auch die IG ADHS: IG ADHS findet zweimal wöchentlich statt (à 75 Minuten), ist ein wichtiger Bestandteil der ADHS-Behandlung. Inhalt: Austausch zwischen Gruppenmitgliedern, Krankheitsaufklärung, Information über Zusammenhang mit dem Substanzkonsum und anderen psychischen Erkrankungen, Aufklärung über Behandlungsoptionen und Strategien für verbessertes Selbstmanagement und Selbstregulation, vor allem im Hinblick auf den erfolgreicheren Umgang mit beruflichen Schwierigkeiten und Beziehungsproblemen, Hyperaktivität, Impulsivität, Reizbarkeit, Affektlabilität und Desorganisation (vgl. PB)

MEINE HERANGEHENSWEISE –

Die wissenschaftliche Methodik

5 Der Weg ins Feld – Forschungsstrategie und Auswahl der Methoden

In der vorliegenden Arbeit wählte ich eine hypothesenabarbeitende Strategie (vgl. Schmid 2006:43). Zur Beantwortung der Forschungsfragen kamen in Erhebung und Auswertung qualitative Methoden zum Einsatz. Ziel der qualitativen Forschung ist es, das Subjektive erfassbar zu machen (vgl. König 2016:43) und Typisches eines Phänomens zu erfassen, auch wenn man keine Informationen über die Verteilung dieses Phänomens in der Grundgesamtheit hat.

Die Datenerhebung erfolgte in Form von Leitfadeninterviews mit Expert*innen. Solche Leitfadeninterviews liefern einen Wissensausschnitt aus Perspektive der befragten Personen, die als eine Art Medium fungieren, um den Zugang zum Wissen zu ermöglichen (vgl. König 2016:128).

Zusätzlich zu den Leitfadeninterviews diente das Protokoll eines Gruppeninterviews mit Patient*innen als ergänzende Datenquelle. Zusammengeführt wurden die Ergebnisse der Expert*inneninterviews und der Gruppeninterviews mittels Triangulation, also der Verknüpfung unterschiedlicher Methoden in Erhebung und Auswertung (vgl. Schmid 2006:435).

Hintergrund für diese methodischen Entscheidungen war die Fragestellung der vorliegenden Arbeit und das damit verbundene Ziel, Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Dafür schien mir neben Literaturrecherche und gezieltem Suchen nach Studienergebnissen die Anwendung qualitativer Methoden zweckdienlich und vor allem praxisnah, da ich vor allem konkrete Inhalte erfragen wollte. Für Theorie- und Hypothesenprüfung verwende ich die qualitative Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2022:25).

5.1 Leitfadengestützte Expert*inneninterviews – Auswertungsmethodik

5.1.1 Entwicklung des Interviewleitfadens

Da das Praktikum an der Median Klinik bereits im März 2023 stattfand, wurde der Leitfaden für die Interviews sehr früh und sehr rasch entwickelt. Er ist theoriegeleitet und an die Forschungsfragen angelehnt. Theoretische Überlegungen in diesem Zusammenhang waren:

- Zusammenhang zwischen ADHS und Sucht – in Studien belegt, Überprüfung der Sichtbarkeit in der Praxis
- Wofür werden Substanzen eingesetzt, welche Substanzen werden konsumiert
- Bedürfnisse in der psychosozialen Beratung und konkrete Empfehlungen
- Wichtige Themen in der Beratung – gibt es Themen, die Vorrang haben
- Medikamente – welche Medikamente kommen zum Einsatz
- Abklärungsschritte – was braucht es, um eine Diagnose zu stellen
- Komorbiditäten – welche anderen Erkrankungen spielen eine Rolle
- Weitere Behandlungsoptionen – alternative oder erweiterte Behandlungsoptionen
- Modediagnose ADHS – starke Präsenz in Sozialen Medien

5.1.2 Auswahl der Interviewpartner*innen (IP) und Interventionssituationen

Zu Beginn der Felderhebungen habe ich eine Internetrecherche durchgeführt und im Arbeits- und Ausbildungsumfeld nach Expert*innen gefragt. Bei der Expert*innensuche stand die Auswahl von verschiedenen Berufsfeldern im Vordergrund, damit unterschiedliche Zugänge und Überschneidungen sichtbar würden. Da ich die psychosoziale Beratung beleuchten wollte, fiel die Auswahl vorrangig auf Berufsgruppen aus den Bereichen Sozialarbeit, Psychologie und Psychotherapie, die im ambulanten Setting der Suchtarbeit die psychosoziale Beratung abdecken. Zudem galt das Interesse der medizinischen Behandlung, die im Kontext der Fragestellung Hinweise auf Behandlungsmethoden liefern kann (vgl. Flick 2016:113–114).

Die ersten Interviews fanden im Rahmen eines 2,5-tägigen Praktikums von 22.03. bis 24.03.2023 in der Median Klinik für ADHS und Sucht in Oppenweiler (Deutschland) statt.

Erster Interviewpartner war Simon Kaminsky, ein Sozialarbeiter, der sich am Ende seiner Ausbildung zum Suchttherapeuten befindet. Er arbeitet seit 1.1.2021 an der Klinik und leitet dort neben Einzeltherapien und Bezugsgruppen die Gruppe „Indikation ADHS“. Das Interview mit ihm führte ich in drei Teilabschnitten durch. Der erste Teil war nur kurz, da Herr Kaminsky im Zuge einer Fragebeantwortung eine eigene Theorie darstellte, die für die Forschungsfragen nicht relevant war und daher nicht aufgezeichnet oder verwertet wurde. Am nächsten Tag wurde das Interview fortgesetzt. Nachdem Herr Kaminsky im Zuge eines inhaltlichen Gespräches noch einmal auf ein für die Forschungsfragen bedeutsames Thema näher einging, wurde das Interview ein weiteres Mal fortgesetzt.

Prof. Dr. Tillmann Weber, der bis Ende März 2023 Leiter der Median-Klinik war, stand als zweiter Interviewpartner zu Verfügung. Das Interview wurde an seinem letzten Tag als Klinikleiter durchgeführt.

Das Interview mit OA Dr. Dominik Kraigher führte ich im April 2023 in der Suchtberatungsstelle des API in Wiener Neustadt. Dr. Kraigher ist ärztlicher Leiter der vier Suchtberatungsstellen des Anton Proksch Instituts in Niederösterreich und ist dort auch als Facharzt für Psychiatrie tätig. Er bringt mehr als 15 Jahre Erfahrung in der Suchtarbeit mit und hat eine Wahlarztpraxis in Wien. Das Interview wurde einmal unterbrochen, da Dr. Kraigher einen Anruf entgegennehmen musste.

Frau DSAⁱⁿ Monika Widauer-Scherf ist Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin. Sie arbeitet aktuell in freier Praxis und war schon Ende der 1980er Jahre bei der anonymen Spielsuchthilfe beschäftigt. Ich lernte sie als Vortragende im Rahmen des Master-Lehrgangs für Suchtberatung und Prävention kennen. Das Interview wurde Ende Juli 2023 in der Steiermark geführt, wo Frau Scherf arbeitet und wohnt.

Der Interviewpartner Dr. Memmer, Psychiater und Psychotherapeut, ist auf ADHS im Erwachsenenalter spezialisiert und hat eine Wahlarztpraxis in Wien. Erfahrung in der Suchtarbeit hat er unter anderem am Anton Proksch Institut gesammelt. Dr. Memmer interviewte ich Anfang Oktober 2023 in seiner Praxis.

Mag.^a Nadja Springer ist klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin und Vortragende für den Masterstudiengang Suchtberatung und Prävention an der FH St. Pölten. Sie arbeitet beim Verein Dialog im Bereich der Prävention. Das Interview wurde am Anfang Oktober 2023 in ihrer Praxis geführt.

Joana Dagach ist Diplom Sozialarbeiterin und Systemische Familientherapeutin. Sie hat viele Jahre im Verein Dialog gearbeitet und ist jetzt in freier Praxis als Psychotherapeutin sowie als Sozialarbeiterin für das Projekt Sophie tätig. Das Interview fand Mitte Oktober 2023 in den Räumlichkeiten des Vereins Dialog in Wien statt.

Hendrikje Stegmann ist Sozialarbeiterin und als psychosoziale Beraterin seit fünf Jahren beim Verein Dialog beschäftigt. Zuvor arbeitete sie in der Wohnungslosenhilfe und im psychiatrischen Bereich. Frau Stegmann wurde Mitte Oktober 2023 in ihrem Büro in den Räumlichkeiten des Vereins Dialog interviewt.

Alle Expert*innen unterfertigten eine Datenschutzerklärung, die im Anhang abgedruckt ist und erklärten sich damit einverstanden, in der Arbeit namentlich genannt zu werden.

5.1.3 Durchführung und Transkription der Interviews

Die Interviews fanden im Zeitraum von März 2023 bis Oktober 2023 statt. Alle Interviews wurden mit dem Rekorder eines Android-Gerätes aufgezeichnet, gespeichert und nach erfolgter Transkription gelöscht.

Voraussetzung für die Auswertung von Interviews mittels der Inhaltsanalyse nach Mayring ist deren Transkription orientiert an vorher festgelegten Protokollierungsregeln (vgl. Mayring 2022:54). In dieser Forschungsarbeit erfolgte der erste Schritt der Transkription mithilfe einer Software. Im zweiten Schritt wurden alle Transkriptionen unter Anwendung der für diese Arbeit gewählten Transkriptionsregeln überarbeitet.

Die Aufnahmen wurden wörtlich transkribiert, damit das gesprochene Wort in Bezug auf inhaltliche Relevanz ohne inhaltliche Verluste verschriftlicht werden konnte.

5.1.4 Auswertung der Interviews

Für die Interviewauswertung setze ich die Inhaltsanalyse nach Mayring ein. Dabei werden Texte, in diesem Fall die Transkription der Interviews, regelgeleitet untersucht und Rückschlüsse daraus gezogen (vgl. König 2016:261 ff.). Die Inhaltsanalyse nach Mayring habe ich gewählt, da sie als gängige Methode gilt, um Ergebnisse von Expert*innen-Interviews im Sozialbereich zu analysieren.

Die Inhaltsanalyse passt sich an das Material an. In einem vorher festgelegten Ablaufmodell sind die Analyseschritte definiert. Die Reihenfolge ist vorab festgelegt und auf die Fragestellung abgestimmt (vgl. Mayring: 2010:69).

Ergebnisse der Vorüberlegungen:

- Die theoriegeleitete Differenzierung ist durch eine vorangegangene Literatur- und Studienrecherche geschärft.
- In der vorliegenden Arbeit wird das gesamte Datenmaterial analysiert.
- Das Abstraktionsniveau kann bei einem Wort liegen.
- Im Vorfeld wurde die Auswertung mittels Excel, QCMap und MAXQDA getestet.

Aus den unterschiedlichen Formen, die Mayring beschreibt, kommen zur Beantwortung der Forschungsfragen die Zusammenfassung und die Explikation zum Einsatz. Bei der Zusammenfassung werden alle wesentlichen inhaltstragenden Aspekte in komprimierter Form berücksichtigt. Relevante Textpassagen werden paraphrasiert (vgl. König 2016:261 ff.) und damit „*in eine knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende*

Form gebracht“ (Mayring 2015:61). Die Paraphrasen werden in ein Kategoriessystem überführt. Dieser Vorgang wird mitbestimmt von meiner Interpretation und ist somit nicht objektiv.

Um die Intercodierreabilität zu gewährleisten wurde der Entwurf des Kategoriensystems von einer zweiten Person codiert (vgl. König 2016:263). Bei der Explikation wurden Themenbereiche, die nicht selbsterklärend sind, auf Basis vorhandener Literatur ergänzt (vgl. Mayring 2022:89).

Obwohl sich auf Grundlage des Leitfadens grundsätzlich Kategorien ergeben, wählte ich eine induktive Kategoriebildung, um möglichst ergebnisoffen zu arbeiten.

Für die vorliegende Arbeit wurde folgender Ablauf festgelegt:

1. Lesen der Transkripte und Hervorhebung relevanter Textpassagen im Hinblick auf die Forschungsfragen, den zugrundeliegenden Theorienteil und auf die Erstellung von Handlungsempfehlungen
2. Entscheidung für eine computergestützte Auswertung mit MAXQDA
3. Hochladen der Transkripte in Form von acht PDF-Dateien (IP 1–IP 8; IP steht in dieser Arbeit für Interviewpartner*in)
4. Paraphrasieren der ausgewählten und weiterer inhaltsrelevanter Passagen
5. Codieren der Paraphrasen
6. Markierung von möglichen Zitaten und von demographischen Daten
7. Markierung von konkreten Handlungsempfehlungen
8. Erstellung eines vorläufigen induktiven Kategoriessystems
9. Überprüfung der Interreabilität durch eine unabhängige Person
10. Abstimmung und Festlegung des Kategoriessystems
11. Zusammenfassen der Ergebnisse mittels Summary-Grid (MAXQDA)
12. Zusammenfassen der Ergebnisse im Hinblick auf die Theorie und die Forschungsfragen unter Anwendung der Explikation im Kontext der relevanten Theorie und Ergebnissen des Literaturstudiums

5.2 Gruppeninterview (GI)

Im Zuge eines kurzen Praktikums an der Median Klinik für Sucht und ADHS bekam die ich spontan die Möglichkeit, mit Teilnehmer*innen der IG ADHS, also mit Patient*innen, zu sprechen. Für das Gruppeninterview (GI) mit den Patient*innen stellte ich zwei Fragen, eine geschlossene und eine offene. Die Ergebnisse fasste ich als selektives

Protokoll zusammen, in dem sich nur für die Fragestellung relevante Aussagen wiederfinden (vgl. König 2016:261).

Die Auswertung des selektiven Protokolls als Datenquelle war nicht möglich, da das Material zu dürftig war, um latente Inhalte herauszuarbeiten. Ich entschied mich daher für eine Inhaltsanalyse nach Mayring und eine deduktiven Zuordnung zu den bestehenden Auswertungskategorien unter Anwendung von Ankerbeispielen (vgl. Mayring 2022:96). Bei Bedarf kam mittels induktiver Kategoriebildung eine weitere Kategorie dazu. Daus ergab sich folgender Ablauf:

1. Hochladen für die computergestützte Auswertung auf MAXQDA
2. Zuordnung der Aussagen zum bereits festgelegten Codiersystem unter Anwendung von Ankerbeispielen
3. Zusammenfassung der Ergebnisse

ADHS IM ERWACHSENENALTER UND SUCHT – Ergebnisse

6 Eine „Kinderkrankheit“ und ihre Nachwirkungen – ADHS im Erwachsenenalter

ADHS-Betroffene wirken meist weniger eingeschränkt durch ihre Krankheit als sie es tatsächlich sind. Oft merken sie nicht, wenn ihnen etwas entgleitet (vgl. IP 2, IP 7). Ihre Selbsteinschätzung ist meist schlecht, ihr Umfeld nimmt ihre Defizite schneller wahr als sie selbst. Der Umgang mit Emotionen fällt Betroffenen schwer, weil ihr Gefühl häufig nicht zur Situation passt.

ADHS ist eine vielseitige und komplexe Erkrankung, die vor allem auf Abweichungen im Bereich gewisser Hirnfunktionen zurückzuführen ist. Biologisch erhöht sich durch ADHS das Risiko, eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Manchmal kann es für Betroffene hilfreich sein zu wissen, dass sie beispielsweise anders lernen als andere. Insgesamt haben Betroffene ein höheres Risiko, an einer Suchterkrankung inklusive Glückspielsucht zu erkranken.

Hyperaktivität alleine reicht für eine Diagnose noch nicht aus. Es bedarf jedenfalls einer Diagnostik für eine gesicherte Diagnose, ist IP 4 überzeugt. Impulsivität in der Symptomatik wird meist übersehen. Hier ist gezieltes Nachfragen zu Alltagssituationen hilfreich. Personen mit ADHS sind oft im IT-Bereich oder im Sport beschäftigt, weil dies ihrer Multi-Tasking-Fähigkeit entspricht. Spontanität und Langeweile sind „Endgegner“ für Personen mit ADHS (vgl. IP 1–IP 8). ADHS haben Betroffene meist von Geburt an und etwa 2/3 nehmen dies ins Erwachsenenalter mit (vgl. IP 2).

6.1 „Modediagnose“ ADHS und Soziale Medien aus Sicht der Expert*innen

Die starke Präsenz des Themas ADHS in verschiedenen Sozialen Medien steigert die Aufmerksamkeit für das Krankheitsbild und schafft auch ein gewisses Bewusstsein für die Erkrankung. Diagnosen, die im „Trend“ liegen oder als „cool“ gelten, laufen aber auch Gefahr, als Ausrede für unangepasstes Verhalten benutzt zu werden.

Für Menschen mit ADHS ist die große Vielfalt an Sozialen Medien oft bereits eine Überforderung. Aufgrund der Vorinformationen aus Sozialen Medien kommen viele Betroffene schon mit einer Fragestellung nach Autismus oder ADHS in Behandlung, wobei die Trefferquote in der Selbsteinschätzung bei ADHS höher ist. Internet-Foren bieten ebenfalls einen ersten Einstieg in die Auseinandersetzung mit ADHS und auch wenn Informationen im Netz oft nicht richtig sind, liefern sie zumindest erste Ideen.

Der „Hype“ um ADHS kann, so bestätigen die befragten Expert*innen, sowohl Aufklärung bewirken als auch als Werbung für Medikamente wie Ritalin, die mit der Erkrankung in Verbindung stehen, missverstanden werden.

Vielschichtige Probleme, die mit ADHS einhergehen, haben oft gefährliche Konsequenzen für Betroffene. Dies spricht dafür, dass Bewusstseinsbildung und ein frühes Erkennen der Problematik hilfreich sind. In der Beratung oder Psychotherapie geht es dann darum, zu klären, was Betroffene mit den Ergebnissen ihrer Internetrecherchen machen können und sie dabei zu unterstützen, diese Ergebnisse gut zu nutzen. Eine Erklärung für bislang nicht erklärbare Probleme zu finden, kann für Betroffene entlastend sein (vgl. IP 1, IP 3–IP 8).

6.2 Symptome aus Sicht der Expert*innen

In der Arbeitspraxis nehmen Expert*innen im Kontakt mit Betroffenen zahlreiche Symptome wahr: Hyperfokus, Konzentrationsstörungen, Anspannung, Stress, geringe Frustrationstoleranz, erhöhtes Aggressionspotenzial, kurze Aufmerksamkeitsspanne, Impulsivität, fehlende Kontinuität, Ungeduld, Reizbarkeit und Streitbarkeit.

Eine Person mit ADHS hat in etwa 1 Million Gedanken in der Minute, diese ständige Überflutung ist belastend und viele Gedanken, die angerissen werden, werden nicht zu Ende gedacht. Vieles, das angefangen, aber nichts oder wenig, das beendet wird, vor allem, wenn der „Drive“ draußen ist. Dies ist für Patient*innen frustrierend (vgl. IP 1, IP 3–8). Ziel ist, dass „*aus diesem Nebel, aus diesen Blitzen, dass da etwas Greifbares wird*“ (IP 4, S 18). Die Leitsymptome sind bei allen Betroffenen in unterschiedlicher Ausprägung vorhanden, ist IP 1 überzeugt.

Durch das Vergessen von Terminen wird die Behandlung unterbrochen oder abgebrochen, damit ist mit weniger Behandlungserfolg zu rechnen. In der Gesprächsführung sind Betroffene oft chaotisch oder driften ab.

Hyperaktivität ist bei Erwachsenen oft im Hintergrund, Impulsivität und Aufmerksamkeitsdefizit dagegen stehen im Vordergrund. Die Hyperaktivität hilft jedoch, die Unruhe auszuleben, geschieht dies nicht, fehlt diese Entlastungsmöglichkeit den Patient*innen. Strukturgebende Abwehrmechanismen, beispielsweise eine neurotische, zwanghafte Komponente, können hilfreich sein, um die innere Unruhe zu verringern (vgl. IP 6–IP 7). Wenn allerdings Spaltung und Verleugnung im Vordergrund stehen, führt dies zu mehr Unstrukturiertheit (vgl. IP 6). Personen mit ADHS haben mannigfaltige und

sehr komplexe Möglichkeiten. Diese zu nutzen bzw. zusammenzuführen, dafür fehlt ihnen jedoch die Handlungsstrategie. Entscheidungen der Betroffenen sind oft rational über den Kopf getroffen, aber ihre Gefühle passen nicht dazu. Gespräche halten Personen mit ADHS oft zeitlich nicht durch. Wichtig ist zu verstehen, wofür ein Symptom steht, welche Funktion es erfüllt. Auch Prokrastination kann ein Anhaltspunkt für ADHS sein (vgl. IP 1, IP 3–8).

6.3 Symptome aus Sicht der Patient*innen

Patient*innen weisen darauf hin, dass sich ihre Erkrankung aufgrund von Kompensation im Erwachsenenalter anders zeigt (vgl. GI).

6.4 Soziale Folgen aus Sicht der Expert*innen

Aus der Symptomvielfalt ergeben sich Schwierigkeiten in sozialen Kontakten, z. B. in Paarbeziehungen mit eignen von ADHS betroffenen Kindern, mit den Eltern. Die Schulausbildung Betroffener ist oft schlechter und damit auch ihr Einkommen geringer. Häufig sind Betroffene arbeitslos, neigen zu delinquentem Verhalten und haben ein erhöhtes Unfallrisiko. Die sozialen Folgen belasten Betroffene, vor allem, wenn sie unbehandelt bleiben (vgl. IP 3).

6.5 Frauen und ADHS – Expert*innen und Datenlage

Die Frage nach geschlechtsspezifischen Unterschieden wurde erst von IP 4 eingebracht, weil sie ein konkretes Fallbeispiel erwähnte. Unter den Expert*innen gab es dazu eine sehr ähnliche Sichtweise: Die Symptomatik ist bei Mädchen und Frauen von außen oft nicht so deutlich sichtbar wie bei Männern. Mädchen und Frauen sind im Alltag oft besser strukturiert und fallen weniger auf. Daher findet bei Frauen Diagnostik seltener statt oder bekommen sie falsche Diagnosen:

„Und ich habe eine Klientin, aber die kommt jetzt nicht aus dem Suchtbereich, aber die hat da was diagnostiziert und ich habe die Kinder-Therapie gemacht, mit einem ihrer Kinder, also sie hat zwei Kinder gehabt. Da war es so, das hat sie mir dann irgendwann einmal beschrieben im Elterngespräch ... in der Psychotherapie waren die pünktlich, das war ein Wunder, weil die überall, sie war mit allen zerstritten und hat immer Schwierigkeiten gehabt. Und dann habe ich sie gefragt: Wie entsteht das? Erklären Sie

mir das jetzt'. Und sie war zu dem Zeitpunkt, ich glaube entweder arbeitslos oder im Krankenstand, und sie hat mir dann erzählt, wie sie putzt. Und dann war mir klar, also das hat jetzt vielleicht etwas mit Borderline was zu tun. Das kann sein, das muss man abklären, aber da ist auf jeden Fall eine starke ADHS-Komponente. Also die hat dann bis zu Mittag einen guten Plan gehabt, sie hat auch gesehen, was zu tun ist und ist überall abgeschweift und bis zu Mittag war jeder Raum begonnen und keiner fertig. Und dann ist sie irgendwie unpünktlich in Kindergarten gekommen. Und dann habe ich sie gefragt, wie diese Konflikte mit anderen Menschen entstehen. Und da sagt sie, sie war im Kindergarten mit dem Zuspätkommen. Es war dann mit nahen Angehörigen, die gesagt haben: ,Tu dir doch ein Körberl für die Schlüssel, du suchst jedes Mal die Schlüssel'. Aus dem sind diese Streitereien entstanden. Und sie hat das dann diagnostizieren lassen. Das war dann Erwachsenen-ADHS und dann hat sie plötzlich also wie sie das verstanden hat, was sie hat ... dann hat sie plötzlich verstanden, dass das, was ihr vorher schon Menschen empfohlen haben, eigentlich für so ein Symptom hilfreich ist. Und dadurch hat sich die mit rundherum versöhnt. Also es war fast unglaublich und da kann man jetzt sagen, das waren nicht diese Kontaktausbrüche aus dieser Impulsivität. Das war ganz interessant und die hat mich einmal Jahre später angerufen und hat immer noch in derselben Firma gearbeitet, die vorher 1000 Firmenwechsel gehabt hat.“ (IP 4, S 4)

Junge Mädchen mit ADHS haben meist eine geringere Selbstwirksamkeit und schlechtere Bewältigungsstrategien. Bei Mädchen und Frauen mit ADHS kann die Häufigkeit von Depressionen und Angstzuständen höher sein, gleichzeitig zeigen sich körperliche Aggression und andere externalisierende Verhaltensweisen seltener (vgl. Rucklidge 2010). Frauen zeigen häufiger Symptome der Unaufmerksamkeit als der Hyperaktivität. Die diagnostischen Kriterien und die klinische Praxis dürften stärker am männlichen Erscheinungsbild von ADHS orientiert sein. Eigenständige internalisierende Symptome gelten für Frauen als normativ, auch dies ist als Indiz für die geringere Beachtung im Zusammenhang mit der Diagnosevergabe zu werten.

Männer suchen oftmals wegen Verhaltensauffälligkeiten nach Behandlung. Frauen hingegen wenden sich wegen emotionaler Probleme wie Angst und Depression zuerst an psychiatrische Einrichtungen. Frauen, die wegen Stimmungsschwankungen oder emotionalen Problemen Behandlung suchen, leiden möglicherweise an einem nicht diagnostizierten ADHS. Komorbiditäten wie Depressionen und Essstörungen erschweren eine Diagnose. Mädchen und Frauen bekommen somit später als Burschen und Männer ADHS-Medikamente, da sie meist zuerst mit Antidepressiva behandelt werden und die Diagnose tendenziell später gestellt wird. Im Diagnoseprozess werden

ADHS-Anzeichen bei Mädchen eher übersehen, außer sie zeigen signifikante externalisierende Verhaltensweisen. Erst mit höherer Symptomlast finden Mädchen bei Eltern und Lehrer*innen Beachtung.

Frauen mit ADHS haben ein höheres Risiko für riskantes Sexualverhalten, das wiederum zu verstärkter Stigmatisierung führt. Frauen mit ADHS können somit anfälliger für sexuelle Belästigung, sexuelle Ausbeutung und missbräuchliche oder unangemessene Beziehungen sein. Tradierte Rollenklischees führen zu erhöhten Erwartungen an Frauen in den Bereichen Haushalt und Kindererziehung. Werden diese Erwartungen nicht erfüllt, entstehen oft Schuldgefühle und Gefühle der Unzulänglichkeit. ADHS ist meist mit einer oder mehreren Komorbiditäten wie Depressionen, Angststörungen oder Substanzgebrauch verbunden. Das gilt sowohl für Männer als auch für Frauen (vgl. Attoe et al. 2023, Klefsjö 2021, Mowlem 2018, Quinn 2008, Young et al. 2020).

6.6 Erkenntnisse und Diskussion im Hinblick auf die Forschungsfragen

Die Symptomvielfalt bei ADHS ist groß. Es gibt Symptome, die in der Beratung schnell auffallen, etwa Schwierigkeiten, Termine einzuhalten (Vergessen), Prokrastination, chaotisches Erzählen, Nicht-Aushalten von zu langen Terminen. Sie können Hinweise auf das Vorliegen des Krankheitsbildes ADHS liefern. Besonders wichtig ist es, bei Frauen die Möglichkeit einer ADHS-Erkrankung in die Überlegungen mit einzubeziehen, da ihre Symptome schon in der Kindheit und Jugend weniger auffallen als jene der Männer, weil das Erscheinungsbild anders ist. In meiner Recherche auf der Plattform „Pubmed“ war für mich auffallend, dass bei der Suche nach „adhd women“ erst ab 2010 ein markanter Anstieg an Ergebnissen zu finden ist.

Die sozialen Folgen der Symptome belasten Betroffene zusätzlich. Gezieltes Abfragen von Alltagssituationen, Fragen nach dem Kontakt zu Angehörigen, nach Sozialkontakten und delinquentem Verhalten können daher ebenfalls Indikatoren für das Vorliegen von ADHS liefern.

Die Nutzung Sozialer Medien kann für Betroffene ein erster Schritt in Richtung Annehmen eines Beratungsangebotes sein. Dabei soll eine Symptomatik nicht als „Ausrede“ für unpassendes Verhalten verwendet werden oder zum Verlangen nach einer spezifischen Medikation führen. Eigenrecherchen von Patient*innen nachzubesprechen kann diesbezüglich Aufklärung schaffen.

Eine frühe Diagnostik spielt eine wichtige Rolle in der Behandlung. Es liegt an den Behandler*innen, die richtigen Diagnosen zu stellen. In der psychosozialen Beratung kann der Fokus darauf gerichtet sein, dass eine Diagnostik angeregt und an entsprechende Expert*innen verwiesen wird.

7 Diagnostik

Die S3-Leitlinie (vgl. Heinzel 2018) wurde zuletzt 2017 aktualisiert und vereint Kernaussagen, auf die sich alle Beteiligten verschiedener Berufsgruppen einigten. In Hinblick auf die Diagnose von ADHS haben Expert*innen zuletzt festgelegt, dass es für die Diagnose oder zum Ausschluss mehr als einer psychologischen Testung bedarf. Erforderlich sind ein ausführliches diagnostisches Interview, die Erhebung der Lebensgeschichte und die Befragung von Angehörigen (vgl. Neuy-Lobkowitz 2023:123; Heinzel 2018). ADHS ist eine klinische Diagnose und wird in der Regel von Fachärzt*innen gestellt (vgl. Ridinger 2017:95). In den folgenden Unterkapiteln sind eine Übersicht über die Instrumente für die Diagnostik bei Erwachsenen sowie mögliche Tests und Untersuchungen angeführt.

7.1 Psychometrische Verfahren zum Screening und zur Erfassung der Symptomatik in der Kindheit

- Screening-Test der WHO, die Adult ADHD Self Report Scale (ASRS): Selbstbeurteilungsbogen, einsetzbar bei Verdacht, liefert keine klinische Diagnose (vgl. Lauth / Minsel 2009:41)
- Wender-Utah-Rating-Skala für die Beurteilung des ADHS in der Kindheit (WURS): Instrument, um frühere ADHS-Symptome zu erfassen (vgl. ebd.:44)
- Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter in Form einer Selbst- und Fremdbeurteilung der Kindheit (FEA-FFB; FEA-FSB) (vgl. Ridinger 2017:96)

- 7.2 Verfahren zur Erfassung einer aktuellen Symptomatik und Verlaufsbeurteilung
- Symptomchecklisten (ADHS-SB, ADHS-DC) (vgl. Ridinger 2017:96)
 - Conners-Skalen (Conners Adult ADHD Rating Scale; CAARS): gelten als Goldstandard in der Diagnostik (vgl. Crunelle et al. 2018)
 - Wender-Reimherr-Interview: aus Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (vgl. Gawrilow 2023:121)
 - Fragebogen zur Erfassung des adulten ADHS in Form einer Selbst- oder Fremdbeurteilung (FEA-AFB, FEA-ASB)
- 7.3 Zusätzlich empfohlene neuropsychologische Testuntersuchungen
- Beurteilung des IQ
 - Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP)
 - Wisconsin Card Sorting Test
 - Continous Performance Test
 - Schlafverhalten (zur Abgrenzung von autistischen Störungsbildern)
 - Bildgebende Verfahren wie CT und MRT (zur Abgrenzung von autistischen Störungsbildern) (vgl. Ridinger 2017:96 ff.)
- 7.4 Vertiefung und Abschätzung von Schweregrad und Bedeutung weiterer psychiatrischer Störungen (laut Wender-Utah-Kriterien)
- Depression: Beck- Depressions-Inventar (BDI)
 - Angststörungen: State-Trait-Angstinventar (STAI)
 - Traumafolgestörungen: Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Early Trauma Inventory (ETI)
 - Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen vom Borderline Typ: Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) (vgl. Ridinger 2017:95 ff.)
- 7.5 Ausschluss von internistischen und neurologischen Grunderkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
 - Anfallsleiden

- Schädel-Hirn-Traumata
- Schlafapnoe-Syndrom
- Narkolepsie
- Restless-Legs-Syndrom (vgl. Ridinger 2017:96)

7.6 Krankheitssymptome aufgrund von Medikamenteneinnahme

- Schilddrüsenhormone
- Antiasthmamittel
- Steroide oder Psychopharmaka mit anregender Wirkung (vgl. Ridinger 2017:96)

7.7 Untersuchungen

- Blutwertbestimmung
 - insbesondere Eisen (vgl. Ridinger 2017:105)
 - insbesondere Hormonstatus (vgl. Scherf 2020:32)
- Nieren
- Leber
- Schilddrüsen
- EEG
- EKG (vgl. Scherf 2020:74 ff.)
- Kernspinuntersuchung des Gehirns (vgl. Ridinger 2017:96)

7.8 Hilfreiche Ergänzungen für die Diagnostik

- Grundschulzeugnisse (Deutschland; in Österreich Volksschule)
- Screening-Test der WHO, die Adult ADHD Self Report Scale (ASRS) – 6-Fragen-Version
- WURS-K (Wender Utah Rating Scale)
- ADHS-Checklisten
- DIVA 2.0: halbstrukturiertes diagnostisches Interview, basiert auf den DSM-IV Kriterien
- Aussagen von Angehörigen
- Voruntersuchungen (vgl. Scherf 2020:153 ff.)

- Psychiatric Research Interview: halbstrukturiertes Interview mit Fokus auf komorbidien Erkrankungen (PRISM) inclusive ADHS, allerdings auf Basis der DMS-IV Kriterien (vgl. Crunelle et al. 2018)

7.9 Die befragten Expert*innen zur Diagnostik

Das zentrale Kriterium ist, dass die Erkrankung bis zum zwölften Lebensjahr ausgebrochen sein muss. Auch wenn keine Diagnose gestellt wurde, muss die Wesensveränderung vor dem zwölften Lebensjahr stattgefunden haben. In der Median-Klinik wird die Diagnostik beispielsweise zweischrittig durchgeführt. Bezugstherapeut*innen führen das Erstinterview. Wenn ein Verdacht auf ADHS besteht, dann untersucht eine Ärztin oder ein Arzt (Stand März 2023) die jeweiligen Patient*innen nochmals. Zudem werden ausgewählte Fragebögen (Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen) ausgefüllt und Zeugnisse als Ergänzung herangezogen (vgl. IP 2). Die Außensicht spielt eine wichtige Rolle, z. B. auf die Entwicklung in der Kindheit und auf tatsächliche Schulleistungen. Es ist notwendig, Aussagen genau zu hinterfragen und sich beispielsweise nicht mit einem „war eh gut“ zufriedenzugeben, sondern nachzuholen (vgl. IP 3).

Manchmal muss die Behandlung der Suchterkrankung ein Stück fortgeschritten sein, um differenzieren zu können. Eine psychologische Diagnostik kann Klarheit schaffen, braucht aber einige Termine. Dies kann im stationären Setting einfacher für Betroffene sein (vgl. IP 2, IP 5). Im Zuge der Anamnese sollten Behandler*innen andere Erkrankungen ausschließen. Eine Leistungsdiagnostik könnte aufgrund der Hyperfokus-Fähigkeit der Patient*innen falsche Ergebnisse liefern. Konkrete Fragestellungen nach Alltagssituationen, wie nach dem Umgang mit Wartezeiten an der Supermarkt-Kassa oder an der Bushaltestelle ebenso wie ein Gespräch darüber, wie Entspannung gelebt wird, liefern manchmal klare Hinweise auf das Vorliegen der Symptomatik (vgl. IP 5). Eine Querschnittdiagnostik in der Suchtberatung könnte Klarheit bringen. Beispielsweise können im Erstgespräch Symptomgruppen standardisiert abgefragt werden. Eine richtige Diagnose ist jedenfalls wichtig für die Auswahl der Medikamente. Erfahrene Fachärzt*innen gewinnen aus einer psychologischen Diagnostik vielleicht keine neuen Erkenntnisse. Hinweise auf ADHS ergeben sich auch aus den Konsummustern und der Wirksamkeit von Medikamenten. Diagnostiker*innen sollten ein Grundwissen über die Erkrankung haben, um die Symptomatik einordnen zu können (vgl. IP 1, IP 3, IP 4, IP 5, IP 6, IP 8).

7.10 Diagnostik ist Aufgabe von Expert*innen – Erkenntnisse und Diskussion im Hinblick auf meine Forschungsfrage

Diagnostik ist Sache von Expert*innen. Für Patient*innen kann eine Diagnose eine Entlastung bedeuten, da sie dadurch ihre Symptomatik zuordnen können. Gleichzeitig braucht es Sensibilität für der Auswahl der richtigen Expert*innen.

8 Der oft übersehene Zusammenhang – ADHS und Sucht

Sucht und ADHS sind bei Personen, die an Beidem erkrankt sind, Störungsbilder, die nebeneinander bestehen und sich wechselseitig beeinflussen. Die Behandlung ist komplex und sollte individuell geplant sein (Ridinger 2017:139 – 146). Rohner et al. empfehlen die Entwicklung von neuen Konzepten für Diagnose und Therapie in der psychiatrischen Behandlung (vgl. Rohner et al. 2022). Für Patient*innen mit einer bestehenden Komorbidität von ADHS und einer Suchterkrankung ist die Einbettung in psychosoziale Beratung neben der medikamentösen Behandlung empfohlen (vgl. Özgen et al. 2020).

8.1 Datenlage

Sucht und ADHS haben einen gut dokumentierten Zusammenhang. Bei 17 bis 35 Prozent der erwachsenen Patient*innen mit einem ADHS kann zusätzlich eine Alkoholabhängigkeit oder ein schädlicher Gebrauch und bei 9 bis 30 Prozent eine Drogenabhängigkeit oder ein Drogenmissbrauch nachgewiesen werden (vgl. Biedermann et al. 1995). „*Patient:innen mit einem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) haben ein erhöhtes Risiko, Persönlichkeitsstörungen, sowie drogen- und alkoholbezogene Störungen zu entwickeln.*“ (Schmidt et al. 2006:69) Die Datenlage hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Bereits im Jahr 2012 publizierte die niederländische Psychiaterin Katrijn van Emmerik van Oortmerssen eine Metaanalyse aller Studien, die bis zum Jahr 2010 publiziert wurden. Rund 23 Prozent aller Personen mit einer Substanzkonsumstörung wiesen ein komorbides ADHS auf (vgl. van Emmerik van Oortmerssen et al. 2012). Eine Meta-Analyse aus dem Jahr 2022 von Henrik Rohner et al. kam zu dem Ergebnis, dass die Prävalenz von adultem ADHS unter Suchtkranken bei 21 Prozent liegt. 31 Studien im Zeitraum 1970

bis 2022 wurden für das Ergebnis analysiert (vgl. Rohner et al. 2022). Unterschiedliche Ergebnisse bei Prävalenz-Raten für ADHS im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung, können auf die Überarbeitung des DSM-IV zum DSM-5 im Jahre 2013 zurückgeführt werden (vgl. Ridinger 2017:29). Bei Glückspielsucht gibt es eine Überlappung des Symptoms der Impulsivität. Dies lässt auf eine ähnliche Ätiologie als auch auf eine gehäufte Komorbidität Rückschlüsse ziehen. Es gibt Studien, die eine ADHS-Prävalenz von 25 Prozent bei Personen mit einer Glückspielstörung aufzeigen (Grall-Bronnec et al. 2011).

8.2 Erklärungsmodelle für das Zusammenwirken von ADHS und Sucht

Klinische Beobachtungen zeigen, dass Cannabis von Patient*innen mit Persönlichkeitsstörungen zur besseren Affekt- und Impulsregulierung eingesetzt wird. Ähnliches dürfte für Personen mit einem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom gelten (vgl. Schmidt et al. 2006:153). In Bezug auf die Entwicklung von exzessivem und/oder süchtigem Computer- und Internetgebrauch ist ADHS möglicherweise ein Risikofaktor. User*innen erleben unmittelbare Reaktionen und Belohnungen, und die Vielzahl an Fenstern am Monitor bzw. Display eröffnen Wege zu unterschiedlichen Aktivitäten, mindern dadurch die Langeweile und schaffen einen hohen Grad an Stimulation (vgl. Bilke-Hentsch et al. 2014:110).

Auf Grundlage der Dopaminmangelhypothese lässt sich ein Zusammenhang zwischen ADHS und Sucht im Belohnungssystem finden. Bedürfnisbefriedigung kann von Kindern und Erwachsenen nur unter großer Anstrengung aufgeschoben werden (vgl. Ridinger 2017:69). „*Dieser mangelnde Bedürfnisaufschub ist ein zentrales Element sowohl beim ADHS als auch bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Sucht.*“ (Ridinger 2017:69)

Die Selbstmedikationshypothese stellt ein weiteres Erklärungsmodell für die Komorbidität von ADHS und Sucht dar. Die ADHS-Symptomatik bessert sich kurzfristig beim Konsum von psychotropen Substanzen aufgrund der Aktivierung der Dopaminwirkung im Belohnungssystem (vgl. Ridinger 2017:89).

8.3 Was die befragten Expert*innen zu Zusammenhang von ADHS und Sucht und dessen Ursachen sagen

Den Zusammenhang von ADHS und Sucht sehen alle Expert*innen, die befragt wurden. Das Bewusstsein dafür ist gestiegen, weil die Literatur diesen Zusammenhang heute häufiger behandelt und weil er in der Arbeitspraxis tatsächlich sichtbar wird (vgl. IP 7, IP 8). Vor allem die Konsummuster der Patient*innen geben Hinweise auf die Grunderkrankung. Der Konsum lindert die Symptomatik, der Zusammenhang ist komplex (vgl. IP 8). Es ist davon auszugehen, dass viele Suchtberater*innen das Thema ADHS und Sucht noch nicht ausreichend präsent haben. An andere Diagnosen als Komorbiditäten wird öfter gedacht (vgl. IP 6). In Einzelfällen gibt es vielleicht Personen im Team, die einen Fokus oder ein „*filterndes Auge*“ dafür haben (vgl. IP 7). Sucht als Komorbidität von ADHS kommt häufig vor, daher wird Sucht auch prinzipiell mitgedacht. Umgekehrt ist der Zusammenhang oft nicht so klar (vgl. IP 5, IP 4).

Bis die richtige Diagnose gestellt wird, sind die Betroffenen meist über 30 Jahre alt (vgl. IP 3). Die Abhängigkeit beginnt im Schnitt zehn Jahre früher, die Schäden sind schwerwiegend. Patient*innen sind oft verzweifelt, weil sie ihre Symptome nicht einordnen können. Da ADHS schon in der Kindheit beginnt, haben Patient*innen oft keine andere Strategie, mit den Symptomen umzugehen, als den Einsatz von Substanzen, etwa zur Beruhigung, zur Linderung von Unruhe, zur Aufrechterhaltung der Konzentration u. Ä. Dies wiederum grenzt sie oft von einer adäquaten Behandlung aus.

Etwa 20 Prozent der Alkoholabhängigen haben ein ADHS (vgl. Brandt et al. 2021). Eine Studie der Median Klinik kam zu einem ähnlichen Ergebnis. Die wenigsten Patient*innen hatten jedoch vor ihrem Klinikaufenthalt eine Diagnose.

Das Belohnungssystem ADHS-Betroffener funktioniert anders als das anderer Menschen. „Sensation-Seeking“ ist ein häufiges Wesensmerkmal, und in Verbindung mit Impulsivität führt dies zu einem erhöhten Substanzkonsumrisiko. Suchtmittel überlagern dann nach einiger Zeit des Konsums unter Umständen die Symptome (vgl. IP 1–IP 8).

8.4 Literatur und befragte Expert*innen zum Substanzgebrauch

Die Prävalenz für Alkoholmissbrauch oder den Missbrauch illegalisierter Substanzen liegt bei ADHS-Patient*innen drei- bis viermal höher als bei Erwachsenen ohne ADHS (vgl. Gawrilow 2023:37). Eine Literaturstudie aus dem Jahr 2017 nennt Nikotinabhängigkeit als häufigste Komorbidität (vgl. van Amsterdam 2017). Für eine derzeit laufende Studie

werden an zwölf Studienstandorten in neun verschiedenen Ländern behandlungssuchende erwachsene Suchtpatient*innen mit komorbidem ADHS rekrutiert. Hier zeigt sich folgendes Bild beim Substanzkonsum von 578 Menschen in Behandlung (137 Frauen, 441 Männer): Alkohol 54,2 Prozent, Stimulanzien 43,6 Prozent, Cannabis 33,1 Prozent und Opiate 14,5 Prozent (Brynte et al: 2022).

In den Konsummustern von ADHS-Betroffenen zeigen sich Unterschiede zu jenen anderer Suchtpatient*innen. Konsumiert werden Amphetamine, Kokain, Cannabis, Alkohol, dämpfende Substanzen und Glückspiel. ADHS-betroffene Patient*innen erleben jedoch die Wirkung von Substanzen oft paradox (vgl. IP 1–IP 8): So haben Kokain und Amphetamine oft nicht den erwarteten Effekt, sondern wirken beruhigend. IP 1 spricht von einer teilweise paradoxen Wirkung von Koffein und Kokain und einer 100-prozentig paradoxen Wirkung von Amphetaminen. Cannabis wird ab der (frühen) Jugend zur Selbstregulation eingesetzt, und Glückspiel und dämpfende Substanzen werden als hilfreich erlebt.

Cannabis und Benzodiazepine werden „zum Runterkommen“, also zum Spannungsabbau, verwendet, Cannabis für besseren Schlaf und zum „Abschalten“ wirrer Gedanken, Glückspiel, um auf etwas fokussiert zu sein. Auch Amphetamine helfen, zu fokussieren, und Alkohol erleichtert es, Angst und Selbstwertproblematik zu überspielen (vgl. IP 1, IP 4, IP 8).

In der Median Klinik weist etwa ein Drittel der Patient*innen eine zusätzliche Problematik mit illegalen Substanzen auf (vgl. IP 2). Grundsätzlich werden Konsummuster auch von der Zugänglichkeit von Substanzen beeinflusst. Diesbezüglich erwähnt IP 3, dass es Studien in Tschechien zu Cannabis und Amphetaminen in Verbindung mit ADHS gibt.

8.5 Erkenntnisse und Diskussion im Hinblick auf meine Forschungsfrage

Der Zusammenhang zwischen ADHS und Sucht dürfte nach wie vor ein unterschätztes Thema in der Suchtberatung sein. Obwohl die Datenlage diesen Zusammenhang abbildet, ist das Wissen darüber in der Fachwelt in Österreich offensichtlich noch nicht angekommen. Vielleicht liegt dies auch daran, dass ADHS in der Erwachsenenpsychiatrie erst seit dem Wechsel ins neue Jahrtausend thematisiert wird (vgl. 4.3.1). Hinweise auf ADHS ergeben sich oft durch Konsummuster. Dies spricht dafür, diese genau zu untersuchen. Patient*innen sind oft länger und schwerer suchtkrank, zudem belastet, weil sie die Symptomatik nicht einordnen können. Eine rasche Intervention im Behandlungsverlauf und eine Erklärung der Symptomatik, sprich Psychoedukation,

scheinen sinnvoll für den Behandlungsverlauf. Die Entwicklung und Erprobung von Alternativen zum Konsum und die Arbeit an neuen Strategien im Umgang mit Symptomen sind wichtige Elemente der psychosozialen Beratung. Im Hinblick auf die Konsumerfahrungen scheint es hilfreich zu sein, das Konsummuster und die Wirkung der Substanzen sehr genau zu erfragen.

9 Ähnlichkeiten und Gleichzeitigkeiten – Komorbiditäten von ADHS und Sucht

Symptome des ADHS sind im Erscheinungsbild oft anderen Störungsbildern ähnlich oder treten gleichzeitig auf. Die befragten Expert*innen nennen in diesem Zusammenhang etwa Angststörungen, Traumafolgestörungen und Persönlichkeitsstörungen, die mit erhöhter Erregbarkeit und Impulsivität einhergehen.

„Aber ich habe so viele Baustellen mit dem ADHSler. Da geht es wie gesagt oft um ein Trauma, um eine Borderline, um die ADHS und die Sucht.“ (IP 1, S 11)

Depressionen, Panik- oder Angststörungen zeichnen sich z. B. durch Konzentrationschwierigkeiten aus. Gedankenkreisen kann auch Symptom einer Depression sein, erhöhte Aufmerksamkeit und Erregbarkeit können auch aus traumatischem Stress entstehen. Unruhe ist auch ein Symptom einer Angst- oder Panikstörung. Schlafstörungen, Nervosität und Konzentrationsschwächen können aus der Sucht entstehen. Laufende Abwertungen führen zu Depressionen und Angst.

„Wenn ich immer höre ich bin schlampig, faul und könnte mehr leisten und soll mich zusammenreißen, dann werde ich wahrscheinlich da Ängste haben.“ (IP 3)

Im Autismus-Spektrum spielt wiederum Hyperaktivität eine Rolle (IP 4, IP 7).

Schilddrüse, Augeninnendruck, Gehirndruck müssen im Hinblick auf Medikamentengaben beachtet werden (IP 1, IP 3).

Bei Erwachsenen mit einem ADHS liegt bei über 80 Prozent eine weitere seelische Erkrankung vor, bei mehr als 50 Prozent sind es sogar zwei weitere seelische Erkrankungen (vgl. Neuy-Lobkowicz 2023:86).

Es folgt nun eine kurze Beschreibung jener Krankheitsbilder, die sich im Bereich der Symptome mit jenen eines adulten ADHS überschneiden und daher für die Differentialdiagnose relevant sind, sowie jener Störungsbilder, die häufig gemeinsam mit

ADHS auftreten. In der Literatur sind unter anderem Depressionen, Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen (vgl. Scherf 2020:49), Traumafolgestörungen (Neuy-Lobkowicz 2023:101) und bipolare Erkrankungen (affektive Störungen) (vgl. Schiweck: 2021) genannt.

9.1 Affektive Störungen

Bei bipolaren Erkrankungen wechseln die Stimmungslagen zwischen manisch und depressiv (vgl. Neuy-Lobkowicz 2023:97). Episoden einer Erkrankung beginnen oft mit belastenden Ereignissen und sind von einer starken Veränderung der Stimmung begleitet, entweder hin zur Depression oder zur Hochstimmung. Erwähnenswert im Zusammenhang mit ADHS sind Symptome der Manie wie gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit, gereizte Stimmung und Ablenkbarkeit. Die Depression zeigt sich u. a. in Konzentrationsschwierigkeiten, Ablenkbarkeit und einem beeinträchtigten Selbstwertgefühl (vgl. Dilling / Freyberger 2020:119).

9.2 Angststörungen

Angststörungen fallen unter die sogenannten Phobischen Störungen. Objektiv ungefährliche Situationen werden vermieden oder nur mit Angst ertragen. Symptome von Angststörungen sind Herzklopfen, Schwächegefühl, Kontrollverlust und die Angst, wahnsinnig zu werden oder zu sterben. Angststörungen treten häufig gemeinsam mit Depressionen oder Panikstörungen auf.

Soziale Phobien gehen oft mit Erröten, Händezittern, Übelkeit oder einem Drang zum Wasserlassen einher und können sich bis zu Panikattacken steigern.

Bei einer generalisierten Angststörung ist die Angst nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt, sondern generalisiert und anhaltend. Die wesentlichen Symptome können von ständiger Nervosität, Zittern und Muskelspannung bis zum Schwitzen oder zu Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühlen und Oberbauchbeschwerden reichen (vgl. Dilling / Freyberger 2020:156 ff.).

9.3 Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind tief verwurzelte, anhaltende psychische Störungen, die das Verhalten, die Wahrnehmung, das Denken und Fühlen von Menschen beeinflussen.

Entscheidend für die Entstehung solcher Störungen sind Bedingungen der Persönlichkeitsentwicklung, die in der späten Kindheit und Adoleszenz beginnen und im Erwachsenenalter andauern (vgl. Dilling / Freyberger 2020:231). Erfahrungs- und Verhaltensmuster weichen von den geltenden Normen ab. Davon betroffen sind vor allem folgende Bereiche:

- Kognition
- Affektivität
- Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung
- Art des Umgangs mit anderen Menschen und in zwischenmenschlichen Beziehungen (vgl. Dilling / Freyberger 2020:234 ff.).

Im Zusammenhang mit ADHS sind vor allem folgende Ausprägungen erwähnenswert:

- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: deutliche Tendenz, impulsiv, ohne Berücksichtigung von Konsequenzen zu agieren, unvorhersehbare und launenhafte Stimmung, (vgl. Dilling / Freyberger 2020:240)
- Impulsiver Typ: deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Rücksicht auf Konsequenzen zu handeln; Tadel oder Unterdrückung impulsiver Handlungen führen zu Streitigkeiten, Neigung zu Wut- und Gewaltausbrüchen mit mangelnder Kontrolle des explosiven Verhaltens; Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden, können schwer fortgesetzt werden, launische und unbeständige Stimmung
- Borderline-Typ: von Störungen und Unsicherheiten gekennzeichnetes Selbstbild, anhaltendes Gefühl von Leere, emotionale Krisen als Folge der Neigung, intensive, jedoch instabile Beziehungen einzugehen, Verlassenwerden durch übertriebene Bemühungen zu vermeiden oder wiederholt Selbstbeschädigung anzudrohen oder umzusetzen (vgl. Dilling / Freyberger 2020:240 ff.)

9.4 Traumafolgestörungen

Das DSM-5 beschreibt die Posttraumatische Belastungsstörung im Kapitel der „Trauma- und belastungsbezogene Störungen“. Für Kinder ab dem sechsten Lebensjahr, Jugendliche und Erwachsene werden folgende Diagnosekriterien genannt:

Konfrontation mit ernsthafter Verletzung, sexueller Gewalt, drohendem oder tatsächlichem Tod durch:

- Direktes Erleben der traumatisierenden Situation
- Persönliches Miterleben, dass eine andere Person einer traumatisierenden Situation ausgesetzt ist
- Wissen, dass ein nahes Familienmitglied oder ein enger Freund bzw. eine enge Freundin Gewalt oder Tod durch Unfall erfahren hat
- Wiederholte Erfahrung oder extreme Konfrontation mit aversiven Einzelheiten der traumatisierenden Situation (vgl. Falkai / Wittchen 2020:169)

Vorhandensein folgender typischer Merkmale:

- Wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen
- Andauern eines Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit
- Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber
- Freudlosigkeit
- Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten

Zustände von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, also einer übermäßigen Schreckhaftigkeit, und Schlafstörungen sind häufig. Diese Symptome und Merkmale sind oft auch mit Depression, Angst, Panik und Suizidgefährdungen assoziiert. Die Störung kann zu einer andauernden Persönlichkeitsstörung führen (vgl. Dilling / Freyberger 2020:119).

9.5 Autismus-Spektrum-Störung

Kennzeichnend für Autismus-Spektrum-Störungen sind Störungen der Kommunikation in sozialen Interaktionen. Interessen oder Verhalten der Betroffenen sind meist stereotyp. Wutausbrüche und (autodestruktive) Aggressionen sind weitere Merkmale der Erkrankung (vgl. Dilling / Freyberger 2020:293). Die fehlende Empathie in sozialen Kontakten, aber auch die außergewöhnlich intensive Vertiefung in Aufgaben gehören zum Spektrum (vgl. Scherf 2020:61).

Das DSM-5 hat die Autismus-Spektrum-Störung aufgenommen und damit die vormaligen tiefgreifenden Entwicklungsstörungen als Diagnosen gestrichen. Die Autistische Störung, das Asperger-Syndrom und die nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung wurden zu einer neuen Diagnose zusammengeführt.

Wie ADHS wird auch Autismus erst zu einer Erkrankung, wenn in beruflichen und sozialen Situationen Einschränkungen deutlich werden. Sowohl ADHS als auch Autismus-Spektrum-Störungen sind Entwicklungsstörungen und bilden Neurodiversität ab (vgl. Neuy-Lobkowicz 2023:104).

9.6 Weitere Störungsbilder

Scherf und Neuy-Lobkowicz beschreiben folgende Störungsbilder:

- Schlafstörungen
- Essstörungen
- Zwangsstörungen
- Tics
- Teilleistungsstörungen
- Dyslexie
- Epilepsie

(vgl. Scherf 2020:49; Neuy-Lobkowicz 2023:89)

Auch Hypersensitivität, also die überdurchschnittlich intensive Wahrnehmung von Geräuschen, Gefühlen, Gerüchen und Geschmäckern wird mit ADHS in Zusammenhang gebracht. Hypersensitivität stellt keine klinische Erkrankung dar (vgl. Neuy-Lobkowicz 2023:91).

9.7 Erkenntnisse und Diskussion im Hinblick auf meine Forschungsfrage

Bei der Deutung und Einordnung von Symptomatiken dürfen Rückschlüsse keinesfalls zu früh gezogen werden.

Zwischen der Symptomatik von ADHS und den Symptomen von anderen psychischen Erkrankungen, z. B. von affektiven Störungen, Angststörungen oder Traumafolgestörungen gibt es Überschneidungen. Zudem gehen einige andere Krankheitsbilder, auch somatische, oft mit ADHS und Sucht einher. In der psychosozialen Beratung sollten daher Rückschlüsse auf andere Erkrankungen nicht zu früh erfolgen und andere Krankheitsbilder mitgedacht werden (vgl. Scherf 2020:49; Neuy-Lobkowicz 2023:10; Schiweck: 2021).

10 Behandlung von ADHS und Sucht

In der psychiatrischen Literatur erscheint adultes ADHS erstmalig im Jahr 1976. Auch heute noch bekommen viele von ADHS betroffene Erwachsene falsche Diagnosen und daher auch keine geeignete Behandlung. Im Jahr 2003 wurde das europäische Netzwerk für ADHS, das „European Network Adult ADHD“ (ENAA), etabliert. 40 unabhängige Expert*innen aus 18 Ländern teilten ihre Erfahrungen im Bereich der Diagnose und Behandlung von ADHS miteinander. 2010 wurde das Europäische Konsens-Statement veröffentlicht (vgl. Kooij et al. 2010:1). Dieses sieht als optimale Vorgangsweise bei ADHS im Erwachsenenalter die Einbeziehung von Partner*innen, Familie und nahen Sozialkontakten in den Behandlungsplan vor. Neben medikamentöser Behandlung sind psychosoziale Beratung und therapeutische Begleitung Teile des multimodalen Behandlungsplanes. Die Psychoedukation ist der erste Schritt nach einer Diagnose. (Kooij et al. 2010:11 ff.).

2018 wurde das Internationale Konsens-Statement „*Screening, Diagnosis and Treatment of Substance Use Disorder Patients with Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*“ veröffentlicht. Es handelt sich um eine Rezension von Artikeln und Guidelines aus den Jahren 1994 bis 2015 (vgl. Crunelle et al. 2018).

Das Internationale Konsens-Statement „*Screening, Diagnosis, and Treatment of Adolescents with Concurrent Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder*“ wurde 2020 veröffentlicht. Zugrunde liegt dabei ein modifizierter Delphi-Prozess unter Einbindung von 62 Expert*innen für die Konsensfindung. Neben „long-acting“ Stimulanzien als Behandlung wird auch auf die Notwendigkeit einer Einbettung in eine psychosoziale Beratung verwiesen (vgl. Ötzen et al. 2020:225). In der Conclusio wird festgestellt, dass es noch zu wenig Studien gibt, um für die Gruppe der Betroffenen Behandlungspläne zu empfehlen. Für die Arbeit in der Beratungs- und Behandlungspraxis liefert das 2020 veröffentlichte Konsens-Statement jedenfalls wichtige Hinweise, obwohl es um „*junge Erwachsene in der Adoleszenz*“ geht, nach Özgen et al 2020:

- Die Behandlung von ADHS und Sucht sollte parallel laufen, sich jeweils auf vorhandene Empfehlungen für die jeweilige Erkrankung beziehen und die generellen Empfehlungen für komorbide Patient*innen berücksichtigen.
- Angehörige in die Behandlung einzubinden sollte jedenfalls besprochen werden.

- Bei jungen Erwachsenen sollte generell ein ADHS-Screening durchgeführt werden, wenn Substanzmissbrauch besteht.
- Psychosoziale Beratung und medizinische Behandlung sollen möglichst frühzeitig beginnen.
- Psychoedukation und motivierende Gesprächsführung sollten Teil der Behandlung sein.
- Das Thema „gesunder Lebensstil“ sollte zumindest diskutiert werden.
- Achtsamkeitsbasiertes Training und Sport sollten als Zusatzangebote vorhanden sein.

10.1 Behandlungsziele aus Sicht der von mir befragten Expert*innen

„Sie müssen Weltmeister in ihrer Anspannungsstresskurve sein. Sie müssen die Anspannung-Stresskurve-Welle reiten können“ (IP 1, S 2). ADHS sollte nicht als Ausrede verwendet werden, Ziel ist es, zuerst die „Bomben auszuradieren“ (IP 1). Medikamente sollten nicht als alleiniger Regulator dienen, sondern eingesetzt werden, um die Symptomlast zu senken. An der Aufrechterhaltung der Behandlungsadhärenz und am Zeitmanagement zu arbeiten, damit Betroffene zuverlässiger in Behandlung zu bleiben, ist wichtig für den Behandlungserfolg. Perspektiven zu bieten und manchmal auch als Erstes das Regeln finanzieller Probleme, schaffen Stabilität. Eine Diagnose kann als befreiend erlebt werden, denn eine Erklärung für das eigene Verhalten wirkt oft entlastend.

Ein Ziel in der Beratung ist es, zu verstehen, wie der jeweilige Mensch denkt und sich organisiert. Es ist wichtig, mit den Patient*innen daran zu arbeiten, sich spüren zu lernen und die Funktion ihrer Symptome zu erkennen. Die Beziehung zwischen Berater*in und Patient*in kann emotionale Stabilität und Sicherheit schaffen.

Auch der bewusste Substanzkonsum und das Finden neuer Coping-Strategien sind Themen für die Beratungsarbeit. Weitere wichtige Aufgaben bestehen darin, den Patient*innen die Angst vor dem Scheitern zu nehmen und sie dabei zu unterstützen, an ihrem Selbstbild zu arbeiten, die eigenen Denkmuster anzunehmen und zu lernen, diese Muster auch zu dekonstruieren. Durch Hinterfragen kann ein Behandlungsprozess in eine positive Richtung gelenkt werden; wichtig ist es, die „Hintertüren“, also den Weg in mögliche Ausflüchte, zu „verschließen“ (vgl. IP 1–IP 8).

10.2 Die befragten Expert*innen zum Übergang von stationären zu ambulanten Behandlungsangeboten

Die Überleitung vom stationären ins ambulante Setting schafft oft Unsicherheiten für die Patient*innen. Für einen gelingenden Übergang müssen deshalb ausreichend Zeitressourcen für Übergabegespräche eingeplant sein (vgl. IP 1).

Erfahrungen durch persönlichen Kontakt mit ADHS-Patient*innen und Schulungen sind förderlich für die ambulante Beratungsarbeit. Die Etablierung einer Behandlung, vor allem einer medikamentösen, scheint im stationären Setting einfacher zu sein, vermutlich, weil dort auch schnelleres Reagieren möglich ist. Auch die umfassende Diagnostik ist im ambulanten Setting schwieriger und muss angepasst werden, damit Patient*innen nicht überfordert sind (vgl. IP 2).

10.3 Medikamente

Die Gabe von Medikamenten ist in den sogenannten S3-Leitlinien geregelt. Zahlreiche Studien geben Aufschluss über die Wirkung. Beispiele dafür sind:

- Cunill Ruth, Castells Xavier, Tobias Aurelio, Capellà Dolores: Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder with co-morbid drug dependence, 2015
- Wilens Timothy E., Morrison Nicolas R.: Substance-use disorders in adolescents and adults with ADHD: focus on treatment, 2012
- Skoglund Charlotte, Brandt Lena, Almqvist Catarina, D'Onofrio Brian M., Konstenius Maija, Franck Johan, Larsson Henrik: Factors Associated with Adherence to Methylphenidate Treatment in Adult Patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders, 2016 (vgl. Crunelle et al. 2018)

Die Empfehlung lautet, Sucht und ADHS gleichzeitig zu behandeln, auch medikamentös. Risiken und Nutzen bedürfen jedoch immer einer gründlichen Abwägung (vgl. Ridinger 2017:109 ff).

Für die psychosoziale Beratung ist ein Grundwissen über die eingesetzten Medikamente von Vorteil, daher folgt hier ein Überblick, der auf der zu Beginn dieser Arbeit durchgeführten Recherche basiert.

10.3.1 Stimulanzien

Stimulanzien sind international bei einem ADHS die Medikamente erster Wahl. Stimulanzien sind psychotrope Substanzen, deren Einnahme mit einer Abhängigkeitsgefahr verbunden ist. Bei Betroffenen, die ihre Krankheitssymptome lindern möchten, ist jedoch selten von einer missbräuchlichen Verwendung auszugehen (vgl. Ridinger 2017:107 ff.).

Je nach Land gibt es unterschiedliche Zulassungen der Medikamente. Manchmal werden sie „off-Label“ eingesetzt: Fachärzt*innen können sie verschreiben, aber sie werden nicht von der Krankenkasse bezahlt (vgl. Scherf 2020:157).

Dexamfetamin (Attentin®)

Schnell wirkendes zentrales Psychostimulans, dosisabhängige Wiederaufnahmehemmung von Noradrenalin und Dopamin mit aktiver Freisetzung zusätzlich

Lisdexamfetamin (Elvanse®)

Verzögert wirkendes zentrales Psychostimulans, dosisabhängige Wiederaufnahmehemmung von Noradrenalin und Dopamin mit aktiver Freisetzung zusätzlich

Methylphenidat (MPH)

Seit 1944 bekannt, erhöht die Verfügbarkeit von Noradrenalin und Dopamin und führt zur Verbesserung der Denkleistungen und Impulskontrolle, reduziert Angstsymptome (bei langer Einnahme plötzliche Verstärkung). Er gibt verschiedene Arten der Wirkstofffreisetzung. Die Wirkung setzt nach 15 bis 30 Minuten ein und hält bei der nicht-retardierten Form für zwei bis sechs Stunden an. Die anhaltende Wirkung über zwölf Stunden wird als Retard Form bezeichnet. Nebenwirkungen sind Schlafstörungen, Unruhe, Tachykardie und Herzrhythmusstörungen.

OROS-Methylphenidat (Osmotic Release Oral System) (Concerta®)

Langanhaltende Freisetzung des Wirkstoffes, welche über den osmotischen Druck reguliert wird.

Methylphenidat-HCL (Equasym®)

Zentrales Psychostimulans, dosisabhängige Wiederaufnahmehemmung von Noradrenalin und Dopamin ohne aktive Freisetzung

Methylphenidat-HCL (Medikinet® adult)

Zentrales Psychostimulans, dosisabhängige Wiederaufnahmehemmung von Noradrenalin und Dopamin ohne aktive Freisetzung

Methylphenidat-HCL (Ritalin®)

Zentrales Psychostimulans, dosisabhängige Wiederaufnahmehemmung von Noradrenalin und Dopamin ohne aktive Freisetzung (vgl. Scherf 2020:159 ff.; Ridinger 2017:112 ff.)

Dexmethylphenidat (Focalin®)

Nur der D-Enantiomer des Methylphenidat ist verarbeitet.

Modafinil

Medikament zur Behandlung der Narkolepsie, zeigt bei ADHS positive Auswirkungen auf Affektschwankungen und Stimmung (vgl. Ridinger 2017:127)

10.3.2 Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer

Atomoxetin (Strattera®)

Hochselektiver Hemmstoff des präsynaptischen Noradrenalin-Transporters, Submetabolit mit minimaler Hemmung zusätzlich des Serotonin-Transporters.

10.3.3 Antidepressiva

Venlaflaxin, Wiederaufnahmehemmer von Serotonin und Noradrenalin

Duloxetin, Wiederaufnahmehemmer von Serotonin und Noradrenalin

Fluoxetin, selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

Reboxetin, selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer

Bupropion, hemmt Wiederaufnahme von Noradrenalin und Dopamin

10.3.4 Alpha-2-Agonisten

Guanfacin (Intuniv®)

Modifikation der synaptischen Noradrenalin-Übertragung; parallel blutdrucksenkende Wirkung und Abnahme des peripheren Gefäßwiderstandes sowie Senkung der Herzfrequenz (vgl. Ridinger 2017:130 ff.).

10.4 Psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsansätze

Die Psychoedukation kommt ursprünglich aus der kognitiven Verhaltenstherapie. Ziel ist die umfassende Aufklärung von Patient*innen und Angehörigen über Ursachen, Diagnostik und Behandlungsstandards. Interventionen der Psychoedukation zielen darauf ab, einen eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung zu fördern (vgl. D'Amelio 2009:23 ff). Studien belegen für kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen wie Skills-Training eine hohe Wirksamkeit (vgl. Ridinger 2017:136).

10.5 Expert*innen zu Medikamenten, Psychotherapie und psychosozialer Beratung

Die Meinungen der Expert*innen über verschiedene Behandlungsformen, gehen – vor allem in Hinblick auf den Einsatz von Medikamenten – etwas auseinander. So meint IP 1, dass Psychoedukation und Verhaltenstherapie ausreichend seien, IP 2 hingegen legt den Fokus auf Medikation. Die Erfahrungen der Praktiker*innen zeigen, dass Medikamente alleine nicht ausreichen. Vor allem Sozialarbeit – hier als Aufgabenbereich der psychosozialen Arbeit beschrieben – und Psychotherapie bzw. an die kognitive Verhaltenstherapie angelehnte Therapiemethoden nennen die Expert*innen als wichtige Behandlungselemente (vgl. IP 1–IP 8).

10.5.1 Medikamente

Für Auswahl von Medikamenten ist die richtige Diagnose relevant. Bei der Behandlung mit Stimulanzien kann eine Belastungserprobung erfolgen. Stimulanzien können aufgrund ihrer kurzen Wirkdauer rasch abgesetzt und wieder etabliert werden. Dabei ist es wichtig, im Vorfeld das Umfeld der Patient*innen zu informieren. Im Zuge einer Belastungserprobung zeigt sich, ob nun andere Behandlungsmaßnahmen als die Gabe von Medikamenten wirksam sind (vgl. IP 1).

Gerade im Zusammenhang mit Sucht kann eine kontrollierte Medikamenteneinnahme eine Entlastung für Patient*innen bedeuten:

„Ich habe zum Beispiel so einen Klienten gehabt mit einer paranoiden Schizophrenie, seitdem er jugendlich ist. Der ist jetzt irgendwie so 25 oder so, da hat es schon total lang und hat sehr viele Medikamente und ist eigentlich immer so total runtergedrückt und gedämpft dadurch. Und er hat durchgehend Amphetamine konsumiert und keiner hat je draufgeschaut, weil er hat ja eh eine Schizophrenie. Damit

ist ja alles klar und erledigt. Dass er eigentlich auch die ganze Zeit unter ADHS-Symptomen leidet und dann hat er seitdem auch Ritalin gekriegt, konnte man das halt irgendwie. Ja dosieren, weil es ist ja dann noch immer dieses man kauft sich das halt nimmt ur viel, dann hat man ein arges Hangover und Antriebslosigkeit kommt überhaupt nicht mehr auf. Also ich meine, es ist halt schon eine bessere Stabilität, wenn man durchgehend eine festgelegte Menge nimmt. Dem geht es halt viel besser jetzt.“ (IP 8, S 3)

Für von ADHS betroffene Kinder gibt es schon seit längerer Zeit Medikamente. Die erste Zulassung für Erwachsene fand in Deutschland jedoch erst 2011 statt. Elvanse, ein reines Amphetaminpräparat, wurde erst 2019 freigegeben.

IP 1 weist darauf hin, dass die Medikamente Ritalin, Medikinet und Elvanse in Deutschland zugelassen sind. IP 1 ist der Ansicht, dass diese Medikamente, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, Menschen mit einer ADHS-Erkrankung nicht abhängig machen, vor allem, weil es keine Entzugserscheinungen gibt. Auch IP 3 sieht bei Stimulanzien nur ein geringes Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotenzial. IP 4 ist mit der Gabe von Ritalin bei aktivem Suchtgeschehen zurückhaltend und setzt Elvanse oder Atomoxetin ein. Die Wirksamkeit der Medikamente wird als hoch beschrieben, trotzdem brauchen nicht alle Betroffenen Medikamente.

Wissen über ADHS-Medikamente und entsprechende Erfahrung sind wichtig für die medikamentöse Behandlung. Medikamente können auch als „Übergangshilfe“ eingesetzt werden, bis andere Behandlungsmethoden greifen. Für Patient*innen kann die Wirkung von Medikamenten unter Umständen befremdend sein, weil die Überflutung durch Gedanken dann plötzlich wegfällt (vgl. IP 4, IP 8). Stimulanzien wirken rasch, anderes als beispielsweise Antidepressiva, die ihre Wirkung erst nach einigen Wochen entfalten. Sensibles Vorgehen im Umgang mit Medikamenten und vorherige Abklärung von Komorbiditäten sind unbedingt nötig (vgl. IP 6, IP 8). Am Beginn der Behandlung sind häufige Kontrolltermine notwendig, um die geeignete Dosierung zu finden.

„Wir kaufen ihnen Zeit mit den Medikamenten, ihre Symptomlast runterzudrücken, damit sie das Verhalten ..., dass sie die üben. Praxis, Theorie, Training, Training, Training ... Struktur, Routinen.“ (IP 1, S 15)

Also, wenn sie das Schaffen, dann ist sicher schon einmal die Wahrscheinlichkeit, dass die Behandlung funktioniert, höher. Und das wird wohl hoffentlich die Lebensqualität und ... verbessern und die Symptomatik.“ (IP 3, S 3)

10.5.2 Psychosoziale Beratung

Nachgehende Arbeit ist in Suchtberatungsstellen meist nicht üblich, die Selbstverantwortung der Patient*innen steht im Vordergrund. Sie haben oft Stress, wenn sie zur Beratung kommen. Wartezeiten auszuhalten fällt gerade von ADHS Betroffenen schwer. Manchen Patient*innen hilft eine Terminerinnerung, um verlässlich in die Beratungsstelle zu kommen. Bei der Terminplanung und im Ambulanzbetrieb sollte versucht werden, die Wartezeiten möglichst kurz zu halten (vgl. IP 6, IP 8).

Erfolgreiche Beratung braucht stabile, starke Strukturen und manchmal mehr nachgehende Arbeit. Eine weitere wichtige Voraussetzung ist die auf dem Krankheitsverständnis basierende Toleranz der Berater*innen als Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung. Außerdem sind hilfreich: Coaching für Zeitmanagement, Unterstützung bei der Nutzung von Kalendern (Termine eintragen); Organisation von Alltag und Ablage (feste Plätze, um Dinge nicht zu verlegen); Differenzieren als Feedback an die Patient*innen; keinesfalls Überforderung verursachen; gegebenenfalls Terminfrequenz und Dauer an die Aufmerksamkeitspanne der Patient*innen anpassen und Vereinbarungen für die Dauer treffen; hellhörig sein und bleiben und das soziale Umfeld hinterfragen (Einsatz von Genogramm oder Netzwerkkarte). Nützliche unterstützende Beratungsmodelle, die die Expert*innen erwähnen, sind: Dekompensationsthese, Coaching, Emotionsregulation, Skills, Anti-Craving-Skills (IP 1, IP 3–IP 8).

Empfohlen wird von den Expert*innen auch analogisiertes Arbeiten mit Verschriftlichung oder durch „*Kritzeln-Interventionen*“ (IP 4); Arbeiten mit Farben zur Strukturierung hilft Berater*in und Patient*in, in Gesprächen den roten Faden zu behalten. Platz für Bewegung auch im Rahmen der Beratung und ausreichend Raum können Stress lindern. Eine weitere Aufgabe der psychosozialen Beratung besteht darin, ein Bindeglied zwischen den verschiedenen Professionen zu sein, mit denen von ADHS und Sucht Betroffene zu tun haben, und sie an die richtigen Expert*innen zu verweisen (vgl. IP 4, IP 6, IP 8).

In der Beratung ist es wichtig, Betroffene ankommen zu lassen, zu beobachten und nachzufragen, was für sie machbar und was hilfreich ist. Manchmal ist die Suchtbehandlung ein erster wichtiger Schritt, beispielsweise in Form einer Entgiftung. Danach kann sich eine Symptomatik klarer zeigen. In der Anamnese sollten Konsummuster genau hinterfragt werden, vor allem hinsichtlich der Wirkung von

Substanzen. Durch Hinterfragen von Alltagssituationen und Formen der Entspannung können häufig Hinweise auf die Grunderkrankung gewonnen werden.

Generell sollten Berater*innen transparent arbeiten und für die Patient*innen einen Raum schaffen, der möglichst frei von Druck und Stress ist, beispielsweise durch Ansprechen der aktuellen Situation und indem Wesentliches in kurzen Gesprächen zusammengefasst wird. In der Beratung sollte auch zur Rücksprache mit den behandelten Ärzt*innen motiviert werden (vgl. IP 3–IP 8).

Sozialarbeit im Rahmen der psychosozialen Beratung ist wichtig, um Belastungen im Alltag zu mildern. Gleichzeitig sind diese Probleme, etwa nicht bezahlte Rechnungen, häufige Sperren des Arbeitslosengeldes durch das AMS, Probleme am Arbeitsplatz oder beim Wohnen, Schulden usw. oft Hinweise auf die Grunderkrankung.

„Also wir haben es früher so ähnlich gemacht und ich habe zum Beispiel immer Schuldenpläne gemacht, also als Schuldenberaterin mit Papier. Also wo man immer zum Beispiel das Einkommen aufzeichnet und dann sagt so ungefähr, wie groß ist die Miete, wie groß ist der Strom oder die Heizung oder was? Und habe das draufgelegt. Oder wir haben mal die ganzen Ausgaben hingelegt und haben das Einkommen draufgelegt. Und dann hat man gesehen, dass immer mehr Ausgaben als Einkommen. Wissen Sie, einfach so mit Zetteln übereinanderlegen. Und da haben immer die Leute zu mir, also speziell Männer gesagt, also die Spieler, die so schnell sehr sind und dann immer sagen, das ist ja lächerlich, ich kann mir das ja alles ausrechnen. Und ich habe immer gesagt, ja mir hilft es eben, ich habe es immer auf mich genommen. Und dann habe ich gesehen, also das hilft denen aber echt.“ (IP 4, S 4)

Die wirksame Bearbeitung dieser Probleme hilft nicht nur bei Diagnose und Behandlung, sondern ist auch ein wirksames Instrument der Harm Reduction, also eine wesentliche Aufgabe Sozialer Arbeit (vgl. Müller / Burkhart 2017).

Mehrere Expert*innen betonen, es sei wichtig, positives Feedback zu geben und generell so zu arbeiten, wie mit anderen Suchtpatient*innen: Man sollte rationalisieren, entängstigen und fokussieren (vgl. IP 1, IP 4, IP 6). IP 6 streicht die Wichtigkeit heraus, auf die Bedürfnisse aller Patient*innen zu achten, egal, welches Störungsbild sie haben. So können manche Patient*innen nicht alles selbst erledigen und brauchen mehr und länger Unterstützung. Manchmal ist direktives Arbeiten hilfreich. Das Bemühen, zu verstehen, und die Bereitschaft, die Expert*innenrolle aufzugeben und mit den Patient*innen gemeinsam auf Spurensuche zu gehen, können das Arbeitsbündnis stärken. Nicht alles als selbstverständlich anzusehen, sondern zu hinterfragen, ob man

Aussagen richtig verstanden hat, ist wichtig. Sich selbst ohne Substanzkonsum kennenzulernen und gleichzeitig die Substanz loszulassen, ist für die Betroffenen eine Herausforderung. IP 4 rät dazu, Fehler zuzulassen, Ressourcen zu ergründen, Ziele zu setzen und Erfolge zu zelebrieren sowie mit „Helpers“ (Hilfsmitteln wie Gegenständen) zu arbeiten und Humor einfließen zu lassen (vgl. IP 4).

„Gespräche mit Menschen, die ein ADHS, haben sind für gewöhnlich irrsinnig lustig.“
(IP 8, S 8)

Der durch die Beratung geschaffene Rahmen kann Sicherheit geben. Wenn Entlastung für Patient*innen spürbar wird, kann dies eine Motivation sein, wieder zur Beratung zu kommen. Der Gesamtblick, der in der psychosozialen Beratung möglich wird, sollte genutzt werden: *„Das ist schon die Kunst in der psychosozialen Beratung, da breit aufgestellt zu sein.“* (IP 4, S 14)

10.5.3 Angehörigenberatung im Rahmen der psychosozialen Beratung

Angehörige können in der Beratung schon bei der Diagnostik hilfreich sein. Mithilfe der Informationen über die Krankheit können sie außerdem Betroffene besser verstehen lernen und ihr eigenes Verhalten reflektieren: Wie können sie die Patient*innen unterstützen? Schimpfen sie, wenn die betroffene Person einen Fehler macht oder etwas vergisst? Nehmen sie ihr alle Belastungen gleich ab? Welche Vereinbarungen können miteinander getroffen werden? Manchmal ist es sinnvoll, Angehörige auch in die Beratung einzubinden, beispielsweise beim Absetzen von Medikamenten (vgl. IP 1, IP 3–IP 5).

10.5.4 Psychotherapie

Psychotherapie alleine scheint zu wenig im Behandlungsplan, und ist immer auch von der individuellen Situation abhängig. Ein Behandlungserfolg steigert jedenfalls die Lebensqualität. Therapie braucht Zeit und ist für Patient*innen auch mühsam. „85 Prozent Beziehung, 15 Prozent Schule“, ist IP 5 überzeugt. Verhaltenstherapie wird von den Expert*innen als geeignete Methode genannt, weil der Ablauf sehr strukturiert ist. Themen für die Therapie können auch Veränderungen durch Medikamente, der Blick auf die Welt aufgrund der Erkrankung und das Sich-anders-Fühlen sein – diesbezüglich steht weniger die Therapierichtung, sondern vor allem die Beziehung und das Wohlfühlgefühl im Vordergrund (vgl. IP 1–IP 8).

10.6 Weitere Behandlungsansätze

Weitere Behandlungsansätze umfassen achtsamkeitsbasierte Verfahren, Neurofeedback, sportliche Aktivitäten, Musik und Nahrungsergänzungsmittel (vgl. Ridinger 2017:146 ff.).

10.7 Expert*innen zu weiteren Behandlungsangeboten

10.7.1 Therapeutische Gruppen

In Gruppen können Patient*innen viele Hinweise und Tipps bekommen und vor allem auch erkennen, dass sie nicht „als einzige so komisch“ sind (IP 4). In Selbsthilfegruppen und therapeutisch geleitete Peergruppen kann außerdem Aufklärung stattfinden und an Emotionsregulation sowie an Skills für Konzentration und Organisation strukturiert gearbeitet werden (vgl. IP 5).

10.7.2 Ernährung

Das Thema Ernährung sehen die Expert*innen fast durchwegs als Randthema an. Einerseits, weil die Studienlage hier wenig aussagekräftig ist, und vor allem, weil für Patient*innen andere Themen wichtiger sind. Als mögliche Empfehlungen werden von den Expert*innen Zuckerreduktion und die Gabe von Omega 3-Präparaten genannt. Da mit der Medikamenteneinnahme oft eine Appetitreduktion einhergeht, lautet die medizinische Empfehlung, die Nahrungsaufnahme vor der Medikamenteneinnahme einzuplanen.

Für Patient*innen kann es Stress und Überforderung bedeuten, wenn Berater*innen ihnen empfehlen, auf gesunde Ernährung zu achten. Wenn Betroffene jedoch von sich aus Interesse an diesem Thema zeigen, ist der Verweis an Expert*Innen (beispielsweise Diätolog*innen) jedenfalls indiziert (vgl. IP 1–IP 8).

10.7.3 Sport

Für manche Betroffene ist Sport eine Form der Selbsttherapie ihrer Hyperaktivität. Manche haben Sport damit bereits integriert. Anderen Patient*innen fällt es jedoch schwer, ihre Wohnung oder ihr Haus zu verlassen. Für sie kann Bewegung zu Hause, wie Tanzen oder Gymnastik, hilfreich sein. Auch beim Thema Sport ist sensibles

Nachfragen und genaues Hinhören wichtig: Was ist für Patient*innen vorstellbar? Wie kann Bewegung langsam in den Alltag integriert werden, sodass erste Versuche nicht gleich wieder aufgegeben werden? Das Sich-wieder-spüren-Lernen kann auch durch alltägliche Bewegung gefördert werden, beispielsweise, wenn man sich beim Spazierengehen an einen Baum lehnt. Sport kann auch exzessiv betrieben werden oder zum Aggressionsabbau dienen (vgl. IP 1–IP 8).

10.7.4 Mediation

Meditieren heißt, etwas fokussiert zu tun. Das kann auch bei einfachen Aktivitäten wie Putzen oder Spazierengehen geschehen. Meditieren kann dabei helfen, sich zu sammeln und Gedankengänge zu zentrieren. Geführte Mediationen wie die „Fantasiereise zu einer Blumenwiese“ sind nur mit Vorsicht einzusetzen, weil sie ein Trigger für traumatische Erfahrungen sein können (vgl. IP 7).

10.7.5 Neurofeedback

Neurofeedback ist eine Form der Visualisierung und hilft manchen Patient*innen, sich selbst zu regulieren (vgl. IP 1).

10.8 Patient*innen zu Medikamenten, Beratung, Therapie und anderen Behandlungsansätzen

Patient*innen äußern den Wunsch, weiterhin Medikamente zu nehmen, auch wenn sie eine Suchterkrankung haben. Eine rasche Abklärung des Krankheitsbildes und eine individuell angepasste Behandlung sind wichtig.

Zu Neurofeedback gibt es unterschiedliche Erfahrungen, von sehr wirksam bis nutzlos. Grundsätzlich wünschen sich Betroffene, dass Behandler*innen und Berater*innen ein Grundwissen über ADHS und Sucht haben – sogar die eigene Betroffenheit wird als Voraussetzung genannt. Berater*innen sollen die Symptomatik verstehen und damit nachvollziehen können, „*was im Kopf abgeht*“. Dabei sind absolute Ehrlichkeit und Authentizität seitens der beratenden Person gefragt. Gewünscht werden auch feste Regeln für die Termine, kurze und prägnant zusammengefasste Gespräche, und Platz für Humor. Für rasches Feedback eignen sich Farbsysteme.

10.9 Erkenntnisse und Diskussion im Hinblick auf die Forschungsfragen

Psychoedukation, also Aufklärung über das Krankheitsbild, und die Individualisierung des Beratungsangebotes sind wesentliche Elemente einer gelingenden Betreuung. Die Basis für eine erfolgreiche Behandlung ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient*in und Behandler*in. Der Einsatz von Medikamenten muss von Fachärzt*innen entschieden und begleitet werden, und vor dem Absetzen einer Medikation zur Belastungserprobung sollten Angehörige informiert und gegebenenfalls aufgeklärt werden.

Die psychosoziale Beratung sollte den Fokus auf folgende Bereiche legen: Terminplanung, Beziehungsgestaltung, Genauigkeit in der Anamnese.

Klassische Sozialarbeit ist im Hinblick auf das Abmildern der sozialen Folgen der Erkrankung für Betroffene wichtig (finanzielle Probleme, delinquentes Verhalten, Probleme in Beziehungen).

Verhaltenstherapeutische Modelle in Form von Coaching-Strategien in die Praxis der psychosozialen Beratung einfließen zu lassen, scheint sinnvoll. In diesem Zusammenhang ist die Ausbildung für Sozialarbeiter*innen als Suchtherapeut*innen mit verhaltenstherapeutischem Hintergrund in Deutschland sehr spannend (vgl. 5.1.2).

Die Rolle der Beraterin bzw. des Beraters in der psychosozialen Beratung scheint eine wichtige zu sein. Die Beratung ist ein „Knotenpunkt“, die/der Berater*in ist oft die erste Person, die eine Anamnese durchführt und dann an die jeweiligen Expert*innen verweist. Berater*innen diskutieren Rückmeldungen mit Patient*innen, fassen Informationen zusammen und planen mit Betroffenen weitere Schritte. Sie müssen die Symptomatik einordnen können und als Teil der Erkrankung sehen, um hier Hilfe zur Selbsthilfe leisten zu können. Die Beratung muss sensibel und zugewandt erfolgen, sodass sie für die Betroffenen hilfreich ist; Forderungen sollten sich auf für die Betroffenen Machbares beschränken.

Die konkreten Schlussfolgerungen sind im Kapitel unter den Handlungstipps eingearbeitet.

11 Stigmatisierung und positive Seiten – Expert*innen und Literatur

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung werden immer wieder von medizinischen Behandlungen ihres ADHS ausgeschlossen. Ihnen wird oft nicht geglaubt, und manchmal wird ihr Wunsch nach medikamentöser Behandlung als Vorwand gesehen, um an Ritalin zu kommen. Auch die Symptomatik des ADHS an sich führt dazu, dass Patient*innen als faul oder schlampig bezeichnet werden, dass sie aufgefordert werden, sich zusammenzureißen und dass ihnen vorgeworfen wird, zu wenig zu leisten (IP 1, IP 3, IP 6).

Menschen mit ADHS haben viele gute Eigenschaften. Dazu gehören Kreativität, Leidenschaftlichkeit, Flexibilität im Denken und die Bereitschaft, Risiken einzugehen; sie haben einen hohen Gerechtigkeitssinn, zeigen großes Mitgefühl und sind zäh (vgl. D'Amelio 2021:19). Expert*innen nennen außerdem ihre Multi-Tasking-Fähigkeit, ihre Begabung, mannigfaltige Möglichkeiten zu erkennen sowie ihre Neigung zu Hyperfokus als positive Eigenschaften (vgl. IP 7).

11.1 Erkenntnisse und Diskussion im Hinblick auf die Forschungsfragen

Betroffene sind oft schon lange in schwierigen Lebenssituationen und haben wiederholt schlechte Erfahrungen gemacht. Für die psychosoziale Beratung bedeutet dies, diese Situationen, Ereignisse und Problemlagen zu identifizieren und die Patient*innen dabei zu begleiten, diese zu bewältigen. Ihre positiven Eigenschaften dienen hier als wichtige Ressourcen.

12 Prävention: Expert*innen, Patient*innen und Literatur

Würde man ADHS erfolgreich behandeln, dann wäre das Risiko für Suchtentwicklung geringer, ist IP 2 überzeugt (vgl. IP 2). IP 3 sieht es ähnlich: „*unbehandelte ADHS-Kinder sind die Suchtkranken von morgen*“ (IP 3, S 7). Patient*innen geben zu bedenken, dass ein erhöhtes Suchtpotenzial besteht, wenn im Kindesalter eine ADHS-Diagnose gestellt wurde (vgl. GI).

12.1 Erkenntnisse und Diskussion im Hinblick auf die Forschungsfragen

ADHS in der Suchtprävention mitzudenken und bei einer Diagnose im Kindesalter präventive Maßnahmen zu setzen, beispielsweise in Form von speziellen Schutzfaktoren, scheint jedenfalls sinnvoll. Allerdings muss diese Botschaft erst jene, die sich beruflich mit Beratung und Diagnose ADHS-kranker Kinder (und ihrer Angehörigen) erfassen, erst einmal systematisch erreichen.

13 Die befragten Expert*innen zu Handlungsempfehlungen

Grundsätzlich sagen alle acht Expert*innen, dass Handlungsempfehlungen nützlich sein können (vgl. IP 1–IP 8). Letztendlich ist das Arbeiten mit ADHS-Patient*innen jedoch auch Erfahrungssache. Ein Handlungsleitfaden als alleiniges Hilfsmittel scheint daher zu wenig. IP 2 ist überzeugt, dass es wichtig wäre, auch Schulungen anzubieten.

Empfehlungen können hilfreich sein, um die Thematik greifbarer zu machen und das Selbstverständnis in der Suchtberatung ein bisschen zu hinterfragen (vgl. IP 2). Die Empfehlungen dahingehend auszurichten, Patient*innen in Betreuung zu halten, kann sich jedenfalls positiv auf den Behandlungsverlauf auswirken. Im Hinblick darauf sind Zeitmanagement und ein Gelingen des Beziehungsaufbaus wichtig (vgl. IP 3, IP 5).

Eine „Gefahr“ im Zusammenhang mit Handlungsempfehlungen könnte darin bestehen, dass manche Berater*innen sie als „Auftrag“ für eine direkte Umsetzung ansehen (vgl. IP 6).

13.1 Erkenntnisse und Diskussion im Hinblick auf die Forschungsfrage

Handlungsempfehlungen können einen ersten Einblick in die Problematik geben und erste Ideen für den Umgang damit liefern. ADHS ist eine komplexe Erkrankung, Berater*innen benötigen daher neben ihrem Fachwissen auch Erfahrung und Offenheit für „Learning by Doing“; für die Beratung ist Individualisierung besonders wichtig.

In der Zusammenschau der von den Expert*innen und Patient*innen genannten Inhalte komme ich zu dem Schluss, dass vieles von dem, was gewünscht wird, bereits jetzt zum Selbstverständnis und zur Berufsethik in der sozialen Arbeit gehört: In der

Beratungsarbeit müssen wir Berater*innen uns immer hinterfragen, wir müssen genau arbeiten und alle Patient*innen individuell beraten.

Ich denke, dass konkrete Tipps den Arbeitsalltag auffrischen können und in der Beratung hilfreich sind, wenn man als Berater*in Anregungen braucht.

Die Tipps sind in Kapitel 15 (Conclusio, Beantwortung der Forschungsfragen) zum Nachlesen beigestellt.

14 Reflexion des Forschungsprozesses und Kritik daran

Im Zuge der Vertiefung der Theorie und der Datenauswertung war es zeitweilig schwierig, innerhalb der Grenzen meines Themas zu bleiben. Die vielen verschiedenen Facetten der Störungsbilder von Sucht und ADHS sind komplex. Diese Komplexität wissenschaftlich fundiert und dabei knapp darzustellen, erwies sich als Prozess mehrfacher Überarbeitungs- und Strukturierungsschritte. Die Darstellung der Krankheitsbilder kann im Rahmen dieser Arbeit nur einen Ausschnitt aus der vorhandenen Literatur zeigen. Dieser bietet einen guten Einstieg in die Thematik und eine Basis für die psychosoziale Arbeit.

Auch die Wahl der Auswertungsmethodik, vor allem für das Gruppengespräch, war eine Herausforderung für mich. Für die Methode der objektiven Hermeneutik, bei der die Methodologie Teil der Auswertung ist und latente Inhalte sichtbar gemacht werden (Kotthaus 2020:147), war das Ausgangsmaterial nicht geeignet. Eine Auseinandersetzung mit verschiedenen Auswertungsmethoden zu einem früheren Zeitpunkt als nach Abschluss der Interviews wäre sinnvoll gewesen. Ein geplantes Panel mit Betroffenen wäre eine gute Ergänzung zu den Expert*inneninterviews gewesen, vor allem als zirkuläre Auswertung, um latente Inhalte herauszuarbeiten. Mir ist bewusst, dass die Aussagekraft hier nur die Expert*innenmeinung unterstreichen oder Hinweise auf andere Zugänge liefern kann. Allerdings ist das methodisch für die von mir gewählte hypothesenabarbeitende und hypothesendiskutierende Methode ausreichend. (vgl. Borz / Döring 1995).

Aus meiner Sicht sind die Kommentare der Expert*innen sehr praxisnah. Auch alle Patient*innen waren sehr aufgeschlossen und interessiert an meiner Arbeit. Für mich sind ihre Aussagen ebenfalls ein wertvoller Beitrag zu meiner Forschungsarbeit. Deshalb habe ich das Protokoll des Gruppengesprächs in die Datenbasis dieser Arbeit mit einbezogen (bei der Datenerhebung hatte ich keine Audiodatei aufgenommen und daher auch keine Zustimmungserklärungen für die Auswertung von Transkripten eingeholt).

Der Forschungsprozess brachte mir einen guten Wissensgrundstock und führte zu weiteren Überlegungen und Ideen.

15 Conclusio, Beantwortung der Forschungsfragen

Ein Ziel dieser Forschungsarbeit bestand darin, einen Überblick über das Thema ADHS und Sucht aus dem Blickwinkel einer in Österreich in der psychosozialen Beratung tätigen Sozialarbeiterin zu geben. Dieses Ziel konnte erreicht werden.

Der in Studien nachgewiesene und in der Literatur dokumentierte Zusammenhang zwischen ADHS und Sucht (vgl. 8.1) wurde von den interviewten Expert*innen bestätigt (vgl. 8.3). Im Bereich der psychosozialen Beratung im ambulanten Betreuungssetting hat die Erfahrung des Personals Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf. Dies betrifft vor allem Fachärzt*innen im Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung. In der psychosozialen Beratung tragen eine stabile Beziehung, ein frühes Erkennen der Problematik und rasches Handeln dazu bei, die Betroffenen in der Betreuung zu halten und geeignete Therapiekonzepte zu entwickeln. Dabei liegt der Fokus auf individuellen Behandlungskonzepten, die an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst sind, sowie auf Authentizität, Verständnis und Toleranz von Seiten der Berater*innen.

Die Person, die für die psychosoziale Beratung zuständig ist, stellt einen „Knotenpunkt“ im Behandlungsteam dar und hat damit auch Verantwortung dafür, dass Betroffene an die jeweils richtigen Expert*innen verwiesen werden (vgl. 10.5).

Die für diese Arbeit formulierten Forschungsfragen im Zusammenhang mit der Formulierung neuer, spezieller Handlungsempfehlungen konnten beantwortet werden.

Neue, spezielle Handlungsempfehlungen sind eher nicht notwendig, vor allem auch darum, weil Berater*innen diese vielleicht zu starr auslegen würden. Die Befragung der Expert*innen ergab, dass in der Beratungspraxis konkrete eigene Erfahrungen und ausreichende Softskills (wie etwa Einfühlungsvermögen) wichtiger und hilfreicher sind als ein (neuer) Leitfaden. ADHS-Patient*innen mit einer Suchterkrankung, beziehungsweise suchtkranke Menschen, die ADHS als Grunderkrankung haben, haben in der Beratung grundsätzlich die gleichen Bedürfnisse wie Suchtpatient*innen mit anderen Erkrankungen. Da ADHS äußerst komplex und individuell ist, und sich diese Charakteristika im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung noch verstärken, können allerdings anstelle von Empfehlungen Handlungstipps tatsächlich eine Unterstützung für die Beratungsarbeit sein und vielleicht auch Vergessenes wieder ins Gedächtnis bringen.

In der Zusammenschau aller Ergebnisse komme ich zu dem zur Schlussfolgerung, dass Handlungsempfehlungen zu starr ausgelegt werden könnten. Tipps, die noch dazu humorvoll lesbar sind, bieten Anhaltspunkte für die Beratung, um Patient*innen stabiler und besser in Behandlung zu halten. Vor allem auf Basis von Authentizität, Verständnis und individuellem Eingehen auf die Bedürfnisse der Patient*innen – egal mit welcher Grunderkrankung – könnten sie hilfreich sein, die eigene Erfahrung und die eigenen notwendigen Softskills aber nie ersetzen. Dies ist aber keine Besonderheit für den sozialarbeiterischen Umgang mit ADHS und Sucht, auf diesen Zusammenhang verweist Burghart Müler (2018) auch in seinem Buch über sozialpädagogische Fallarbeit.

15.1 Diskussion meiner forschungsleitenden Hypothesen

Meine Hypothese lautete, dass spezielle Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Arbeit im ambulanten Setting mit von ADHS und Sucht Betroffenen hilfreich für den Behandlungsprozess sind und sich somit auch positiv auf den Behandlungsverlauf auswirken können.

- Die Formulierung neuer, spezieller Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Arbeit im ambulanten Setting mit Betroffenen ist sinnvoll, da bisher keine konkreten Empfehlungen auffindbar sind. Allerdings könnten Empfehlungen vielleicht zu starr ausgelegt werden, daher habe ich mich für Tipps entschieden.
- Handlungsempfehlungen beziehungsweise Handlungstipps können hilfreich für den Behandlungsprozess sein. Sie erleichtern die Vorbereitung und Umsetzung von Terminen, schaffen Bewusstsein und können dazu beitragen, dass Patient*innen rascher und stabiler in Behandlung kommen und bleiben.
- Ob sich Handlungsempfehlungen beziehungsweise Handlungstipps tatsächlich positiv auf den Behandlungsprozess auswirken, müsste nun über einen Zeitraum beobachtet werden. Die bisherigen Ergebnisse legen nahe, dass das Grundverständnis des Krankheitsbildes eine stabilere Beziehung zwischen Berater*in und Patient*in schafft. Angepasste Methoden, so wie der Einsatz verhaltenstherapeutischer Methoden zeigten bisher bereits belegte Erfolge.
- Was die Handlungsempfehlungen beziehungsweise Handlungstipps beinhalten müssen, ist das Kernstück der Forschungsarbeit – siehe 15.2.

15.2 Handlungstipps und der Untertitel dieser Arbeit

... oder warum es keinen Handlungsleitfaden für die psychosoziale Beratung braucht, sondern vielmehr individuelles, sensibles, genaues und freudvolles Arbeiten, um den vielfältigen Menschen, die komplexe Symptome mitbringen, gerecht zu werden.

15.2.1 Hinweise zur Nutzung der Tipps

Die folgenden Handlungstipps sind im Rahmen der Abschlussarbeit für den FH-Studiengang Suchtberatung und Prävention entstanden. Sie basieren auf der Analyse und Auswertung von Expert*innen-Interviews, einem Gespräch mit Patient*innen und auf Literaturstudium. Der Einsatz in der Beratungsarbeit erfolgt auf eigene Gefahr. Humor steht an erster Stelle. Den Begriff „ADHS-Hirn“ habe ich aus einem Interview. Ich setzte diesen humorvoll und wertschätzend ein.

Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit, und die Verfasserin freut sich über sachdienliche Hinweise zur Verbesserung.³

Viele dieser Tipps lassen sich natürlich auch bei anderen Krankheitsbildern einsetzen. Sie dienen vor allem der Verfasserin selbst, sich daran zu erinnern, bei jedem einzelnen Gespräch auf allen Ebenen genau zu arbeiten. ☺

15.2.2 Allgemeine Hinweise, dass Sie es mit einem „ADHS-Hirn“ zu tun haben

- Patient*in ist chaotisch und sprunghaft im Gespräch (Achtung, es könnte sich auch um eine andere Komorbidität handeln).
- Patient*in ist impulsiv im Gespräch (Achtung, es könnte sich auch um eine andere Komorbidität handeln).
- Patient*in hat Beziehungsprobleme (Kippen Sie nicht in die Borderline-Falle, oder ist es doch eine ...).
- Patient*in hat finanzielle Probleme – Ja, das haben viele, aber ...
 - ... wieso die dritte Sperre des Arbeitslosengeldbezugs durch das AMS?
 - ... wieso werden Unterlagen für das Sozialamt nicht gefunden?
- Termin-Inkonsistenz fällt auf.
- Visualisieren hilft Patient*in im Gespräch.
- Gespräche mit Patient*in sind lustig.

³ siehe Kontakt E-Mail-Adresse im Anhang

- Patient*in berichtet von Prokrastination.
- Patient*in hält Gespräche nicht lange aus.
- Patient*in ist unruhig und wirkt gestresst.
- Patient*in wirkt zappelig, wackelt beispielsweise mit den Füßen.
- Patient*in bringt Humor und Kreativität ins Gespräch ein.
- Achtung! Frauen sind oft nach außen ruhiger und weniger impulsiv als Männer.

15.2.3 Hinweise für Suchtberater*innen, dass sie es mit einem „ADHS-Hirn“ zu tun haben:

- Konsumbeginn abfragen und erste Erlebnisse beschreiben lassen:
 - Paradoxe Wirkung insbesondere bei – in absteigender Reihenfolge, ohne Anspruch auf Vollständigkeit: Amphetamine, Kokain, Koffein, THC ...
 - Verhaltenssüchte – auch ein Thema
 - Alkohol – auch ein Thema
 - Nikotin – vielleicht nicht wegzudenken
- Konsummuster genau und detailliert hinterfragen:
 - Was?
 - Wieviel?
 - Seit wann?
 - Wirkung?
 - Auch andere, paradoxe Wirkungen?
 - Positive oder negative Effekte?
- Anamnese, Biografie inklusive Schulzeit genau schildern lassen und Erzähltes bei Bedarf hinterfragen

15.2.4 Wenn Sie glauben, dass Ihnen eine Person mit einem „ADHS-Hirn“ gegenübersteht (oder wenn Sie es bereits wissen)

- Die Person, die Ihnen gegenübersteht, hat schon sehr viele negative Erfahrungen gemacht, verschaffen Sie ihr keine weiteren.
- Lassen Sie Betroffene ankommen, bevor Sie Ihre Hypothese präsentieren.
- Schreiben Sie bei Gesprächen mit, sonst verlieren Sie den roten Faden, den Sie in dieser Situation auch für Ihr Gegenüber im Blick behalten müssen.
- Fassen Sie Gesprächsinhalte zusammen und fragen Sie nach, ob Sie alles richtig verstanden haben.

- Gestalten sie Gespräche spannend, sonst wird der nächste Termin nicht stattfinden: Langeweile ist ein Endgegner!
- Sprechen Sie über die Themen Sport und Ernährung nur dann, wenn ihr Gegenüber Interesse zeigt.
- Seien Sie vorsichtig mit der „Blumenwiesen-Mediationen“, diese könnten alte Traumata wecken.
- Geschirrwaschen und Tanzen sind gute Einstiegsmöglichkeiten, wenn es darum geht, Achtsamkeit zu erlernen oder Bewegung in den Alltag einzubauen.
- Schaffen Sie das Gefühl für Transparenz – bieten Sie Ihrem Gegenüber an, Einblick in Ihre Mitschriften zu nehmen (dass nur wertschätzend dokumentiert wird, ist ja ohnehin sozialarbeiterischer Standard).

15.2.5 Wenn Sie bereit sind, Ihre Hypothese zu präsentieren

- Eine Buchempfehlung kann hilfreich sein: Empfehlen Sie Scherf: „Die kleine ADHS-Sprechstunde“.
- Fachkundige Psychiater*innen können erste Hilfe leisten, auch wenn es noch keine Diagnostik gibt.
- Wählen Sie im Falle einer Diagnostik erfahrene, mit dem Thema vertraute Psycholog*innen aus.
- Die richtigen Medikamente wirken gut und schnell, um sie zu finden, braucht es Erfahrung, aber Medikation ist ohnehin ausschließlich Aufgabe der betreuenden Fachärzt*innen und nicht unsere als Sozialarbeiter*innen.

15.2.6 Nach einer gesicherten Diagnose

- Bieten Sie Psychoedukation, Psychoedukation, Psychoedukation.
- Diskutieren Sie alternative Behandlungsmethoden an.

15.2.7 Beratungsziele

- Schaffen einer stabilen Beziehung
- Dekonstruktion negativer Bilder
- Terminadhärenz
- Ermöglichen von Erfolgserlebnisse für die Patient*innen

15.2.8 Arbeiten mit ADHS-Patient*innen mit einer komorbiden Suchterkrankung

Vor dem Termin

- Terminerinnerungen per Anruf oder per Erinnerungs-SMS
- Gegebenenfalls an Unterlagen erinnern, auch schriftlich

Vor dem Gespräch

- Gute Vorbereitungen auf den Termin
- Eigene Konzentrationsfähigkeit einschätzen

Im Wartebereich

- Ablenkung bieten bei Wartezeiten, darauf achten, Wartezeiten möglichst zu vermeiden

Im Gespräch

- Authentisch sein
- Ehrlich sein
- Feste Regeln vorgeben und leben
- Raum geben
- Termine kurz halten oder längere Termine mit Pausen einplanen
- Visualisieren
- Mit Farben arbeiten
- Kritzel-Interventionen setzen
- Netzwerkkarte auspacken
- Genogramm besprechen
- SMARTE-Ziele setzen:⁴
 - Erfolge zelebrieren
- Mit Humor arbeiten
- An der Emotionsregulation arbeiten

⁴ SMART ist ein Ziel, wenn es spezifisch, messbar, akzeptiert, realistisch und terminisiert ist

- Skills, Skills, Skills erwerben und trainieren – und viel eigene Erfahrung (um Ihre Erfahrungen zu verbessern, brauchen Sie einen lösungsorientierten Umgang mit eigenen Beratungsfehlern, also eine „gute“ Fehlerkultur)
- Anti-Craving-Skills mit den Patient*innen trainieren
- Beratung für Angehörige anbieten, vor allem bei Diagnosestellung und Medikamentenänderung
- Feedback von Beratenden einholen, beispielsweise mit Farbsystem
- Immer an Harm Reduction denken
- Realisierbare „Hausübungen“ mitgeben (auch bei der Arbeit mit Gruppen)
- Psychotherapie andenken:
 - Für welche Themen?
 - Welche Therapierichtung könnte geeignet sein?

Nach dem Gespräch

- In der psychosozialen Arbeit kann viel erreicht werden. Sie verlangt den beratenden Menschen viel ab, daher Selbstreflexion nicht vergessen!
- Egal, welcher Grundberuf: verhaltenstherapeutische Modelle einbauen.
- **Basis-Sozialarbeit mitdenken und erledigen (auch ausnahmsweise, punktuell etwas abnehmen bei Bedarf – immer im Hinblick auf Hilfe zur Selbsthilfe)** oder fachkundige Kolleg*innen hinzuziehen!
- Stabilität, Sicherheit und einen klarer Rahmen für die Beratung schaffen.
- Ein „Knotenpunkt“ sein, auf den sich Ihr Gegenüber verlassen kann.
- Expertise hinzuziehen wo es Expert*innen braucht (Fachärzt*innen, klinische Psycholog*innen, Diätolog*innen, Selbsthilfegruppen, Organisationen mit ADHS-Erfahrung)
- Erfahrung sammeln: Literatur und Studien recherchieren, Erfahrungen sammeln im direkten Umgang, sich austauschen.
- Auch an die Angehörigen denken, sie spielen für unsere Patient*innen eine wichtige Rolle.
- Auf einschlägige Peer-Gruppen verweisen, sobald die Suchtproblematik gesellschaftsfähig ist.
- Im Bewusstsein behalten, dass Patient*innen Expert*innen sind.
- Die Gründung einer Beratungsgruppe andenken.

Kreativ sein und bleiben – die Patient*innen sind es auch ☺

Wenn die Kreativität nachhaltig nachlassen sollte, rechtzeitig selbst an einen Jobwechsel denken, bevor ihnen das Andere nahelegen.

16 Schlussfolgerungen und Ausblick

Sowohl ADHS als auch Sucht sind komplexe Erkrankungen, die nach individuellen Handlungsoptionen verlangen. Erfahrung, Reflexion genaues Arbeiten und individuelles Eingehen auf die Patient*innen sind unerlässlich. Hinweise ergeben sich oft durch Konsummuster und die Wirkung von Substanzen. Um Patient*innen in Behandlung zu halten, erfordert es schon bei der Terminvergabe und Terminerinnerung maßgeschneiderte Lösungen. Im Gespräch braucht es Konzentration und kreatives Arbeiten mit Visualisierungen sowie Zusammenfassen der Inhalte. An oberster Stelle stehen Authentizität und Humor.

Die psychosoziale Arbeit ist eine wichtige Schnittstelle, ein „Knotenpunkt“ innerhalb des Behandlungsteams. Betroffene müssen zielgerichtet an Expert*innen verwiesen werden. Eine enge Zusammenarbeit vor allem mit behandelnden Ärzt*innen kann den Behandlungserfolg absichern. Das Eingehen auf Bedürfnisse schafft Vertrauen. Struktur bietet einen sicheren Handlungsrahmen. Verhaltenstherapeutische Methoden können Selbstregulation und Organisationsfähigkeit positiv fördern. Die Arbeit mit Angehörigen ist für Betroffene von Bedeutung, da diese unterstützend sein können.

Im Zuge der Forschungsarbeit wurden Handlungstipps verfasst. Geplant ist, diese Tipps bei zwei zukünftigen Suchttherapie-Fortbildungen zu präsentieren und diskutieren.

In der Suchtberatung Wiener Neustadt des Anton Proksch Instituts wurde bereits ein Beratungsschwerpunkt für Sucht und ADHS gesetzt. Im Oktober wurde die ambulante Gruppe „Indikation ADHS“ in der Pilotphase gestartet. Sie umfasst drei Termine zur Psychoedukation mit einem Facharzt und drei Termine mit psychosozialem Schwerpunkt: Zielsetzung, Ressourcen, Organisation im Alltag sowie laufende monatliche Gruppenpsychotherapie. In einem nächsten Schritt werde ich mit meinem Team die ersten Rückmeldungen der Gruppe in den nächsten Start (geplant ab März 2024) einarbeiten und dann evaluieren.

Aus den Ergebnissen lassen sich weitere Forschungsfragen und Untersuchungen ableiten:

- Wie wirksam ist die psychosoziale Beratung bei ADHS und Sucht?
- Überprüfung der Handlungstipps als Delphie-Studie
- Panel mit Betroffenen zur Überprüfung der Handlungstipps
- Beleuchten von alternativen Behandlungsoptionen wie z. B. tiergestützer Therapie

ANHANG

Literatur

ADHS kompakt e.V. <https://adhs-kompakt.de/icd-11-adhs/>, [16.09.2023]

Attoe Darby E. / Climie, Emma A. (2023) Miss. Diagnosis: A Systematic Review of ADHD in Adult Women. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10173330/>, [18.09.2023]

Bilke-Hentsch, Oliver / Wölfling, Klaus / Batra, Anil (2014) Praxisbuch Verhaltenssucht. Symptomatik, Diagnostik und Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Thieme.

Bortz, Jürgen/ Döring, Nicola (1995) Forschungsmethoden und Evaluation, 2. Aufl., Berlin: Springer.

Brandt, Laura / Levin, Frances R. Levin / Kraigher, Dominik. (2021) Impulsive Personality Traits Mediate the Relationship Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Psychiatric Comorbidity among Patients with Severe Alcohol Use Disorder. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8452140/>, [18.09.2023]

Bortz, Jürgen/ Döring, Nicola (1995): Forschungsmethoden und Evaluation, 2. Aufl., Berlin. Springer.

Brynte, Christoffer / Aeschlimann, Myriam / Barta, Csaba / Hendikus, Alex / Begeman, Abraham / Bäcker, Amanda / Crunelle, Cleo Lina / Daigre, Constanza / De Fuentes-Merillas, Laura / Demetrovics, Zsolt / Dom, Geert / Grau López, Lara / Icick, Romain / Johnson, Brian / Joostens, Peter / Kapitány-Fövény, Máté / Karsinti, Emily / Falk, Kiefer / Konstenius, Maija / Levin, Frances R. / Luderer, Mathias / Wiebren, Markus / Matthys, Frieda / Moggi, Franz / Palma-Alvarez, Raul Felipe / Paraskevopoulou, Maria / Ramos-Quiroga, J. Antoni / Schellekens, Arnt / Soravia, Leila M. / Therribout, Norman / Thomas Anil / van de Glind, Geurt / van Kernebeek, Michiel Willem / Vollstädt-Klein, Sabine / Vorspan, Florence /van den Brink, Wim / Franck, Johan (2022) The clinical course of comorbid substance use disorder and attention deficit/hyperactivity disorder: protocol and clinical characteristics of the INCAS study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36151539/> [18.09.2023]

Crunelle, Cleo L. / van den Brink, Wim / Moggi, Franz / Konstenius, Maija / Franck, Johan / R. Levin, Frances / van de Glind, Geurt / Demetrovics, Zsolt / Coetzee, Corné / Luderer, Mathias / Schellekens, Arnt / ICASA consensus group / Matthys, Frieda (2018)

International Consensus Statement on Screening, Diagnosis and Treatment of Substance Use Disorder Patients with Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder.
<https://karger.com/ear/article/24/1/43/134224/International-Consensus-Statement-on-Screening> [09.12.2023]

D'Amelio, Roberto / Retz, Wolfgang / Philipsen, Alexandra / Rösler, Michael (Hg.) (2009) Psychoedukation und Coaching. ADHS im Erwachsenenalter. Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen. München: Urban & Fischer in Elsevier.

D'Amelio, Roberto / Retz, Wolfgang / Philipsen, Alexandra / Rösler, Michael (2021) ADHS im Erwachsenenalter. Strategien und Hilfen für die Alltagsbewältigung. 2. Erweiterte und überarbeitete Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.

Dilling, Horst / Freyberger, Harald J. (Hg.) (2020) ICD-10. Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. Nach dem englischsprachigen Pocket Guide von J. E. Cooper. 9. aktualisierte Auflage entsprechend ICD-10-GM (German Modification) 2019, 1. Nachdruck 2020, Bern: Hogrefe.

Döpfner, Manfred / Banaschewski, Tobias (2022) Klassifikation von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen in der ICD-11.
<https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1024/1422-4917/a000854> [11.12.2023]

Falkei, Peter / Wittchen, Hans-Ulrich / (Hg.) Döpfner, Manfred / Gaebel, Wolfgang / Maier, Wolfgang / Rief, Winfried / Saß, Henning / Zaudig Michael (Mithg.) (2020) Diagnostische Kriterien DSM-5 ® 2. korrigierte Auflage, Göttingen: Hogrefe.

Flick, Uwe (2016) Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowolt.

Gawrilow, Caterina (2023) Lehrbuch ADHS. Modelle, Ursachen, Diagnose, Therapie. 3. Aktualisierte Auflage, München: Ernst Reinhardt.

Grall-Bronc, Marie/ Wainstein, Laura/ Augy, Jennyfer/Bouju, Gaëlle/ Feuillet, Fanny/ Vénisse, Jean-Luc/ Sébille-Rivain, Véronique (2011) Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Pathological and At-Risk Gamblers Seeking Treatment: A Hidden Disorder. <https://doi.org/10.1159/000328628> [11.12.2023]

Hartl, Thomas (2013) ADHS im Erwachsenenalter in: Meine Gesundheit.
<https://www.meinegesundheit.at/cdscontent/?contentid=10007.689499> [09.12.2023]

Hartmann Thom (2013) Eine andere Art die Welt zu sehen. Lübeck: Schmidt-Römhild

Heinz, Andreas / Halil, Melissa G. / Gutwinski, Stefan / Beck, Anne / Liu, Shuyan (2022) ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit. Nervenarzt 93, 51–58. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01071-7> [09.12.2023]

Hogrefe. <https://www.hogrefe.com/at/thema/dsm-und-icd>; [09.12.2023]

Heinzel, Susanne (2018) Neue S3-Leitlinie: Graduierung nach Schweregrad. InFo Neurologie & Psychiatrie 20, 41. <https://link.springer.com/article/10.1007/s15005-018-2689-4> [09.12.2023]

Kessler, Ronald C. / Adler, Lenard / Barkley, Russell / Biederman, Joseph / Conners, Keith / Demler, Olga / Faraone Stephen V / Greenhill, Laurence L. / Howes, Mary J / Seznik, Kristina / Spencer, Thomas / Ustun, Bedirhan / Walters, Ellen E / Zaslavsky, Alan M (2006) The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States. Results from the National Comorbidity Survey Replication. In the American Journal of Psychiatry, 716-723.
https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.2006.163.4.716?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed [04.11.2023]

Klefsjö, Ulrika / Kantzer, Anne K. / Gillberg, Christopher / Billstedt Eva (2021) The road to diagnosis and treatment in girls and boys with ADHD – gender differences in the diagnostic process. Nordic Journal of Psychiatry, 75:4, 301-305, DOI: 10.1080/08039488.2020.1850859 [04.11.2023]

Kooij, Sandra / Bejerot, Susanne / Blackwell, Andrew / Caci, Herve / Casas-Brugué, Miquel / Carpentier, Pieter J. / Edvinsson, Dan / Fayyad, John / Foeken, Karin / Fitzgerald, Michael / Gaillac, Veronique / Ginsberg, Ylva / Henry, Chantal / Krause, Johanna / Lensing, Michael B. / Manor, Iris / Niederhofer, Helmut / Nunes-Filipe, Carlos / Ohlmeier, Martin D. / Oswald, Pierre / Pallanti, Stefano / Pehlivanidis, Artemios / Ramos-Quiroga, Josep A. / Rastam, Maria / Ryffel-Rawak, Doris / Stes, Steven / Asherson Philip (2010) European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. The European Network Adult ADHD. BMC Psychiatry 10, 67 <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-244X-10-67> [09.12.2023]

Kotthaus, Jochem (Hg.) (2020) FAQ Methoden der empirischen Sozialforschung für die soziale Arbeit und andere Sozialberufe. Opladen & Toronto: Barbara Budrich.

König, Joachim / Bieker, Rudolf (2016) Praxisforschung in der Sozialen Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Stuttgart: Kohlhammer.

Lauth, Gerhard W. / Minsel / Wolf-Rüdiger (2009) ADHS bei Erwachsenen, Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen. Göttingen: Hogrefe.

Luderer, Mathias / Sick, Christian / Kaplan-Wickel, Nurcihan / Reinhard, Iris / Richter, Agnes / Kiefer, Falk / Weber, Tillmann (2020) Prevalence Estimates of ADHD in a Sample of Inpatients With Alcohol Dependence. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29308693/> [09.12.2023]

Neuy-Lobkowicz, Astrid (2023) Hab ich AD(H)S? ... und wenn ja, was mache ich Gutes draus? Das Chancenbuch für Erwachsene. München: Gräfe und Unzer.

Mayring, Philipp (2010) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Basel: Beltz.

Mayring, Philipp (2015) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., Auflage. Basel: Beltz.

Mayring, Philipp (2022) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 13., überarbeitete Auflage. Basel: Beltz.

Mechtcheriakov, Segei / Brunner, Lisa / Uhl, Alfred (2018) Alkohol. „Zwischen Genuss und Gefahr“. Gesund werden. Gesund bleiben. Band 8. Eine Buchreihe des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige Wien: MedMedia.

Mowlem F. D., Rosenqvist M. A., Martin J., Lichtenstein P., Asherson P., Larsson H. (2018) Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. European Child & Adolescent Psychiatry, 28, 481–489. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-018-1211-3> [09.12.2023]

Müller, Burkhard (2018): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Özgen, Heval / Spijker, Renske / Noack, Moritz / Holtmann, Martin / Schellekens, Arnt S.A. / van de Glind, Geurt / Banaschewski, Tobias / Barta/ Csaba/ Begeman, Alex / Casas, Miguel / Crunelle, Cleo L. / Blanco, Constanza Daigre / Dalsgaard, Søren / Demetrovics, Zsolt / den Boer, Jacomine / Dom, Geert / Eapen, Valsamma / Faraone, Stephen V. / Franck, Johan / González, Rafael A / Grau-López, Lara / Groenman, Annabeth P. / Hemphälä, Malin / Icick, Romain / Johnson, Brian / Kaess, Michael / Kapitány-Fövény, Máté / Kasinathan, John G. / Kaye Sharlene S. / Kiefer, Falk / Konstenius, Maija / Levin, Frances R. / Luderer, Mathias / Martinotti, Giovanni / Matthys, Frieda I.A / Meszaros, Gergely / Moggi, Franz / Munasur-Naidoo, Ashmita P. / Post,

Marianne / Rabinovitz, Sharon / Ramos-Quiroga Antoni J. / Sala, Regina / Shafi, Abu / Slobodin, Ortal / Staal, Wouter G. / Thomasius, Rainer / Truter, Ilse / van Kernebeek, Michiel W. / Velez-Pastrana, Maria C. / Vollstadt-Klein, Sabine / Vorspan, Florence / Young, Jesse T. / Yule, Amy / van den Brink, Wim / Hendriks, Vincent (2020) International Consensus Statement for Screening Diagnosis, and Treatment Adolescents with Concurrent Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder. <https://karger.com/ear/article/26/4-5/223/134251/International-Consensus-Statement-for-the> [09.12.2023]

Popow, Christian / Ohmann, Susanne (2020) ADHS im Kindes- und Jugendalter. Update 2020, Paediatr. Paedolog. 55 (Suppl 1), 1–22. <https://doi.org/10.1007/s00608-020-00789-y> [09.12.2023]

Psychiatry. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>).

Quinn P. O. (2008) Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: An evolving picture. Curr Psychiatry Rep 10, 419–423. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0067-5> [09.12.2023]

Ridinger, Monika (2017) ADHS und Sucht im Erwachsenenalter. 1. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.

Rohner, Henrik / Gaspar, Nikolas / Philipsen, Alexandra / Schulze, Marcel (2023) Systematic Review – Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Substance Use Disorder (SUD) Populations: Meta-Analysis. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9859173/> [09.12.2023]

Rucklidge, Julia J. (2010) Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20385342/> [16.09.2023]

Rumpf, Hans-Jürgen / Batra, Anil / Bischof, Anja / Hoch, Eva / Lindenberg, Katajun / Mann, Karl / Montag, Christian / Müller, Astrid / Müller, Kai W. / Rehbein, Florian / Stark, Rudolf / Wildt, Bert te / Thomasius, Rainer / Wlfing, Klaus / Brand, Matthias (2021) Vereinheitlichung der Bezeichnungen für Verhaltenssüchte. <https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1024/0939-5911/a000720> [11.12.2023]

Scherf, Gerrit (2020) Die kleine ADHS-Sprechstunde. Einführung und Ratgeber für Patienten und Interessierte. Potsdam: Dr. G. Scherf.

Schmid, Tom (2006) Prinzipien wissenschaftlichen Arbeitens. In: Schmid, Tom/ Flaker, Vito: Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien/Köln/Weimar: Böhlau.

Schmid, Tom (2006) Triangulation, Nutzwertanalyse und andere Methoden. In: Schmid, Tom / Flaker, Vito: Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien/Köln/Weimar: Böhlau.

Schmidt, Lutz G. / Gastpar, Markus / Falkai, Peter / Gaebel Wolfgang (Hrsg.) (2006) Evidenzbasierte Suchtmedizin, Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Thümmler, Romana (2015): ADHS im Schnittfeld verschiedener Professionen. Eine Forschungsstudie zu Zusammenarbeit, Strukturen und gelingender Praxis. Weinheim und Basel: Belz.

Schiweck, Carmen / Arteaga-Henriquez, Gara / Aichholzer, Mareike / Thanarajah, Sharmili Edwin, Vargas-Cáceres, Sebastian / Matura, Silke / Grimm, Oliver / Haavik, Jan / Kittel-Schneider, Sarah / Ramos-Quiroga, Josep Antoni / Faraone Stephen V. / Reif, Andreas (2021) Comorbidity of ADHD and adult bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149763421000312?via%3Dihub> [11.12.2023]

Tretter, Felix (2017) Suchtmedizin Kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

van Amsterdam, Jan / van der Velde, Bauke / Schulte, Mieke / van den Brink, Wim (2018) Causal Factors of Increased Smoking in ADHD: A Systematic Review. Subst Use Misuse. 2018 Feb 23;53(3):432-445. doi: 10.1080/10826084.2017.1334066. Epub 2017 Oct 17. PMID: 29039714. [11.12.2023]

van Emmerik-van Oortmerssen Katelyne / van de Glind, Geurt / van den Brink Wim / Smit, Filip / Crunelle, Cleo L. / Swets, Marije / Schoevers, Robert A. (2012) Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22209385/> [11.12.2023]

Young, Susan / Adamo, Nicoletta / Ásgeirsdóttir, Bryndís B. / Branney, Polly / Beckett, Michelle / Colley, William / Cubbin, Sally / Deeley, Quinton / Farrag, Emad / Gudjonsson, Gisli / Hill, Peter / Hollingdale, Jack / Kilic, Ozge / Lloyd Tony / Mason, Peter / Paliokosta, Eleni / Perecherla, Sri / Sedgwick, Jane / Skirrow, Caroline / Tierney, Kevin / van Rensburg, Kobus / Woodhouse, Emma (2020) Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification

and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in girls and women. BMC Psychiatry 20, 404 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9> [11.12.2023]

Wälte, Dieter / Borg-Laufs, Michael (2018) Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. Stuttgart: Kohlhammer

Wender, PH/ Wolf, LE/ Wasserstein, J (2001) Adults with ADHD. an overview. Ann N Y Acad Sci 931:1–16

Wendt, Kai (2017) Suchthilfe & Suchtherapie. Leitfaden für die Praxis. Stuttgart: Schattauer.

WHO. <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>. [11.12.2023]

Biederman J/ Wilens T/ Mick E/ Milberger S/ Spencer TJ/ Faraone SV. (1995) Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. Am J Psychiatry. 1995 Nov;152(11):1652-8. doi: 10.1176/ajp.152.11.1652. PMID: 7485630. [11.12.2023]

Zehentbauer, Josef (2020) Körpereigene Drogen. Garantiert ohne Nebenwirkungen. 10. Auflage, Ostfildern: Patmos.

Daten

IP 1, Transkript von Interview 1, erstellt von Danila Neuwirth im September 2023

IP 2, Transkript von Interview 2, erstellt von Danila Neuwirth im September 2023

IP 3, Transkript von Interview 3, erstellt von Danila Neuwirth im September 2023

IP 4, Transkript von Interview 4, erstellt von Danila Neuwirth im September 2023

IP 5, Transkript von Interview 5, erstellt von Danila Neuwirth im November 2023

IP 6, Transkript von Interview 6, erstellt von Danila Neuwirth im November 2023

IP 7, Transkript von Interview 7, erstellt von Danila Neuwirth im November 2023

IP 8, Transkript von Interview 8, erstellt von Danila Neuwirth im November 2023

GI, Protokoll vom Gruppeninterview, erstellt von Danila Neuwirth im März 2023

PB, Praktikumsbericht Anton Proksch Institut und Median Klinik, erstellt von Danila Neuwirth im Dezember 2023

Abbildungen

Abbildung 1: aus Tretter, Felix (2017): Suchtmedizin Kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Abbildung 2: Verein Dialog 2006

Abbildung 3: aus Tretter, Felix (2017): Suchtmedizin Kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Abbildung 4: erstellt von Danila Neuwirth auf Grundlage der angegeben Literatur

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeits Defizit Hyperaktives Syndrom
AG	Aktiengesellschaft
AMS	Arbeitsmarktservice Österreich
API	Anton Proksch Institut
BG	Bezugsgruppe
CSS	Computerspielsstörung
d. h.	das heißt
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ENAA	European Network Adult ADHD
et al	„et alia“ („und andere“)
FH	Fachhochschule
ff	fortfolgend
GABA	Gamma-Aminobuttersäure
GSS	Glückspielstörung
GTAT	ganztägige ambulante Therapie
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IG	Indikations-Gruppe
IT	Informationstechnik
ÖGK	Österreichische Gebietskrankenkasse
S3-Leitlinie	Leitlinie hat alle Elemente einer systematischen Entwicklung durchlaufen
u. Ä.	und Ähnliches
US	United States
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

Anhang

Interviewleitfaden

Name:

Organisation:

Expert*in weil:

Geschlecht:

Alter:

Land:

Jahre in der Suchtberatung:

1. Denken Sie, dass es einen Zusammenhang zwischen ADHS und Suchterkrankungen gibt?
2. Wenn, ja: Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung?
3. Welche Substanzen oder substanzgebunden Süchte häufen sich?
4. Welche besonderen Bedürfnisse gilt es in der psychosozialen Beratung von diesen Patient*innen zubeachten?
5. Gibt es Ihrerseits Handlungsempfehlungen, die sich positiv auf den ambulanten Behandlungsverlauf auswirken können?
6. Welche Themenbereiche haben Vorrang?
7. Was kann in der Beratungsarbeit erreicht werden?
8. Welche zusätzlichen Empfehlungen haben Sie für den Behandlungsprozess?
9. Mit welchen Medikamenten arbeiten Sie?
10. Welche psychosozialen Probleme treten Ihrer Meinung nach auf?
11. Sehen Sie Sport als Teil der Behandlung?
12. Welche Therapierichtungen empfehlen Sie?
13. Spielt Ernährung eine Rolle in der Behandlung?
14. Welche Abklärungsschritte sind Ihrer Meinung zu Behandlungsbeginn wichtig?
15. Wenn nein: Sehen sie einen Häufung vom Komorbiditäten mit anderen Erkrankungen?
16. Zählen Sie ADHS zu einer „Modediagnose“?
17. Namentliche Nennung erwünscht?

Siehe Einwilligung

Einwilligungserklärung Expert:innen-Interview

Ich, _____ erkläre hiermit mein Einverständnis zur Nutzung der personenbezogenen Daten, die im Rahmen des folgenden Gesprächs erhoben wurden:

Datum des Interviews: _____

Namen der interviewenden Person: DSA Danila Neuwirth, MAS

Kurzbeschreibung des Forschungsprojekts: Master Arbeit, Inwiefern können sich Handlungsempfehlungen für Psychosoziale Beratung von ADHS Patient:innen mit Suchterkrankung positiv auf den Behandlungsprozess im ambulanten Setting auswirken.

Durchführende Hochschule FH St. Pölten

Die Daten werden im Rahmen eines mündlichen Gesprächs erhoben, das mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet wurde. Zum Zwecke der Datenanalyse werden die mündlich erhobenen Daten verschriftlicht (Transkription), wobei die Daten anonymisiert werden. Eine Identifizierung der interviewten Person ist somit ausgeschlossen.

Kontaktdaten, die eine Identifizierung der interviewten Person zu einem späteren Zeitpunkt ermöglichen würden, werden aus Dokumentationsgründen in einem separaten Schriftstück lediglich den Gutachter*innen der wissenschaftlichen Ausarbeitung zur Verfügung gestellt. Nach dem Abschluss des Projekts werden diese Daten gelöscht.

Der Speicherung der personenbezogenen Daten zu Dokumentationszwecken kann durch die interviewte Person jederzeit widersprochen werden. Die Teilnahme an dem Gespräch erfolgt freiwillig. Das Gespräch kann zu jedem Zeitpunkt abgebrochen werden.

- Ich stimme der Verwendung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der wissenschaftlichen Arbeit hiermit zu.
- Ich bin damit einverstanden in der Arbeit namentlich genannt zu werden.

Ort, Datum, Name in Druckschrift

Unterschrift

Rückfragekontakt (E-Mail)

Methodische Details zur Erhebung und Auswertung

Transkriptionsregeln für diese Arbeit:

- Lückenfüller wie „äh“, „ähm“, Stottern und Wortwiederholungen etc. wurden weggelassen.
- Es erfolgte keine besondere Kennzeichnung von Lautstärke, Betonungen sowie Wort- und Satzabbrüchen.
- Dialektausdrücke wurden ins Hochdeutsche übersetzt, außer die Verwendung des Dialekts war für die Aussage relevant.
- Pausen wurden nicht gekennzeichnet.
- Emotionale Äußerungen wie Seufzen, Lachen etc. wurden nicht verschriftlicht, um die Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.
- Unverständliche Wörter wurden mit „...“ gekennzeichnet.
- Hinweise zum Ablauf wurden fett markiert.

Die Zeilen der transkribierten Texte wurden nummeriert, um die Wiederauffindbarkeit von Passagen und Zitaten zu gewährleisten. Dann wurden die Transkripte anonymisiert, aufgrund von Interviewunterbrechungen mehrteilige Transkripte in einem Dokument zusammengefasst und die Richtigkeit der Texte nochmals überprüft. Im Anschluss speicherte ich die Transkripte als PDF-Dateien für die Überführung in eine computergestützte Analyse.

Links zum Thema und weiterführende Information

<https://www.adhd-federation.org/>
<https://www.adhdandsubstanceabuse.org/>
<https://www.additudemag.com>
<https://adapt.at/>
<https://www.eunetworkadultadhd.com/>

Wohin Vorschläge senden?

checkeria@gmail.com

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Danila Neuwirth**, geboren am **24.02.1979** in **Wien**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass die Masterthese mit der vom Begutachter bzw. der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt (Printversion ist identisch mit der Digitalversion).



Danila Neuwirth
Tribuswinkel, 02.01.2024

