Multimodale ADHS-Therapie zeigt positiven Einfluss auf Komorbiditäten

Zwei Fliegen mit einer Klappe

Fragestellung: Beeinflusst eine multimodale ADHS-Therapie aus Medikation und psychotherapeutischer Behandlung in der Gruppe auch Komorbiditäten wie Angst und Depression?

Hintergrund: Mit der ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitätsstörung) ist ein bis zu 80 % erhöhtes Risiko für das Auftreten weiterer psychiatrischer Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen, Substanzmissbrauch oder Beziehungsstörungen verbunden. Leitlinien empfehlen eine multimodale Therapie bestehend aus Medikation und Psychotherapie, doch im klinischen Alltag wird oft rein medikamentös behandelt; evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen sind rar und ihr zusätzlicher Effekt auf psychiatrische Komorbiditäten noch unzureichend untersucht.

Young S, Khondoker M, Emilsson B et al. Cognitive-behavioral therapy in medication-treated adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and co-morbid psychopathology: a randomized controlled trial using multi-level analysis. *Psychological Medicine* 2015; doi: 10.1017/S0033291715000756

Patienten und Methodik: In der randomisierten, kontrollierten und verblindeten Studie wurden 95 Patienten mit ADHS-Diagnose unter stabiler medikamentöser Behandlung (Methylphenidat oder Atomoxetin) untersucht. Bei dem hier untersuchten Patientenkollektiv zeigten sich komorbide Depression

(63,2 %), Ängste (36,8 %), Drogen/Alkohol (15,8 %), Persönlichkeitsstörungen (7,4 %), außerdem jeweils vier Fälle von Asperger-Syndrom in der Kindheit und posttraumatischer Belastungsstörung sowie zwei erfolgreich behandelte Essstörungen.

Die Patienten wurden in zwei Gruppen aufgeteilt. Bei allen wurde die ADHS-Medikation fortgeführt. Zusätzlich erhielt Gruppe 1 eine verhaltenstherapeutisch orientierte strukturierte psychotherapeutische Intervention in 15 Gruppensitzungen. Direkt nach Therapieende und drei Monate später wurden die Veränderungen der ADHS-Symptome erfasst und komorbide Ängste, Depressivität und Lebensqualität bewertet.

Ergebnisse: Es zeigte sich eine signifikante Verbesserung von ADHS-Symptomatik und Depressivität direkt nach Beendigung der psychotherapeutischen Intervention in Gruppe 1. Im Bereich der Ängste konnte eine deutliche, jedoch nicht signifikante Veränderung gemessen werden. Drei Monate nach Therapieende zeigte sich eine signifikante Verbesserung der abgefragten Skalen in der psychotherapeutisch behandelten Gruppe. Jüngerer Alter und dissoziale Persönlichkeitsstrukturen führten zu weniger Verlässlichkeit bei Therapie- und Testteilnahme.

Schlussfolgerungen: Die zusätzliche psychotherapeutische Behandlung verbesserte die ADHS-Kernsymptomatik und führte auch zu einer signifikanten Besserung von komorbider Depression und Angststörungen sowie der Lebensqualität.

– Kommentar von Elisabeth Müller, Erlangen ... und in der Praxis?

Die hier vorgestellte Untersuchung erfüllt hohe methodische Anforderungen mit einem Jadad-Score von 4 von 5 Punkten. Lediglich die Verblindung erfolgte rein auf Seite der Rater und nicht der Patienten. Es wurden in der Kontrollgruppe keine „Placebo-Interventionen“ angeboten.

Wie durch mehrere Studien zuvor schon belegt, zeigt sich hier die Überlegenheit einer multimodalen Behandlung aus medikamentöser Therapie und psychotherapeutischer Intervention die ADHS-Kernsymptomatik betreffend. Erstmals in einer größeren Patientenzahl erfasst und im Verlauf beobachtet wurden hier bestehende Komorbiditäten wie Depressionen und Angststörungen. Auch in diesem Bereich zeigte sich eine signifikante Reduktion der Symptomatik nach Intervention, jedoch mit höherer zeitlicher Latenz als bei der ADHS-Kernsymptomatik. Ob diese Besserung nun bedingt ist durch inhaltliche Überschneidungen in der verhaltenstherapeutischen Behandlung von ADHS-, Depressions- und Angstpatienten oder als Folge der Reduktion der ADHS-Symptomatik zu sehen ist, bleibt offen.

Die hohe Dropout-Rate der Studie von 47,9 % spiegelt die Schwierigkeit einer kontinuierlichen Behandlung auch im klinischen Alltag wieder. Von den Autoren werden zwar die

schwierigen klimatischen Verhältnisse und die oft großen räumlichen Distanzen zum Behandlungsort als Begründung dafür angeführt. Jedoch beinhaltet auch die ADHS-Kernsymptomatik Schwierigkeiten in der Planung und im Einhalten von konkreten Terminen. Ein wichtiger Aspekt für die tägliche Arbeit mit ADHS-Patienten ist hier die Motivation zu Behandlungskontinuität und Compliance vor allem bei jüngeren Patienten mit dissozialen Persönlichkeitszügen, da hier das Risiko eines Therapieabbruches analog zur oben stehenden statistischen Auswertung am höchsten erscheint.

Elisabeth Müller, Erlangen

Psychiatrische und Psychotherapeutische
Klinik, Universitätsklinikum Erlangen
E-Mail: elisabeth.mueller@uk-erlangen.de