

Ein Leben lang zerstreut, Teil 2: Therapiemöglichkeiten der ADHS im Kindesalter¹

Die ADHS ist nicht heilbar, aber gut behandelbar. ADHS-Betroffene weisen häufig besondere Begabungen und Fähigkeiten auf. Eine Erfolg versprechende Therapie sollte nach Möglichkeit immer diese Ressourcen einsetzen.

Le TDAH n'est pas curable intégralement, mais il existe de bons traitements. Les personnes touchées par le TDAH possèdent souvent des talents et facultés particuliers. Un traitement visant le succès devrait toujours s'efforcer de mettre ces ressources à profit.

Doris Ryffel, Meinrad Ryffel

Information – Bibliothherapie

Vor allem bei Jugendlichen und Erwachsenen ist der Leidensweg bis zur Diagnosestellung einer ADHS häufig lang und gleicht nicht selten einer wahren Odyssee von einem Therapeuten zum anderen. In dieser Situation ist es nach erfolgter Abklärung und Stellung der Diagnose wichtig, vorerst ausführliche Informationen und eine genaue Aufklärung über das Störungsbild zu vermitteln. Die Auswahl an dafür geeigneten Ratgebern und Schriften ist gross und fast unübersehbar geworden, eine heute empfehlenswerte Auswahl zeigt die folgende Liste.

Empfehlenswerte Bücher für ADHS-Betroffene:

Aust E, Hammer PM. Das A.D.S.-Buch. Ratingen: Oberste Brink Verlag; 1999.

Barkley R. Das grosse ADHS-Handbuch für Eltern. Bern: Hans Huber; 2002.

Claus D, Aust E, Hammer PM. A.D.S. Das Erwachsenenbuch. Ratingen: Oberste Brink Verlag; 2002.

Hallowell E. Zwanghaft zerstreut. Reinbek: Rowohlt; 1999.

Huss M. Medikamente und ADS. Ratgeber Familie. Ravensburg: Ravensburger Buchverlag / Urania; 2002.

Neuhaus C. Das hyperaktive Kind und seine Probleme. Ravensburg: Ravensburger Buchverlag; 1998.

Neuhaus C. Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme. Erwachsen werden mit ADS. Ravensburg: Ravensburger Buchverlag; 2000.

Reimann U. Langsam und verträumt. ADS bei nicht hyperaktiven Kindern. Freiburg: Herder Spektrum; 2002.

Ryffel D. ADS bei Erwachsenen. Betroffene berichten aus ihrem Leben. Bern: Hans Huber; 2001.

Ryffel D. Wir fühlen uns anders. Wie Betroffene mit ADS/ADHS sich selbst und ihre Partnerschaft erleben. Bern: Hans Huber; 2003.

Simchen H. ADS Unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind. Stuttgart: Kohlhammer; 2001.

Wender P. Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Kohlhammer; 2002.

Bücher für betroffene Kinder:

Gordon M. Zappelmax, Hilfe mein Bruder kommt, Ich würde wenn ich könnte. Übersetzungen aus dem Amerikanischen, Bezug bei Daniel Ryffel, Ritterstrasse 18E, 3047 Bremgarten.

Dietz F. Wenn ich doch nur aufmerksam sein könnte. ADS-Gruppe Frankfurt. D. Dietz, Ligusterweg 32, D-60433 Frankfurt, auch in Praxis Dr. M. Ryffel, 3053 Münchenbuchsee, erhältlich

Haenggeli CA. Toby et Lucy deux enfants hyperactifs. Genève: georg Editeur; 2002.

Schäfer U. Tim Zippelzappel und Philipp Wippelwappel. Bern: Hans Huber; 2003.

Dieses Vorgehen wird vom amerikanischen ADHS-Fachmann K. Connors zutreffend als «*Bibliothherapie*» bezeichnet und ist auch gemäss unserer Erfahrung häufig sehr hilfreich. Wenn Eltern während Jahren das Gefühl hatten, in ihrer Erziehung versagt zu haben (und ihnen dies nicht selten auch während Jahren von Nachbarn, Freunden aber auch von Fachleuten so vermittelt wurde), ist es überaus entlastend, endlich eine Erklärung über das «unerklärliche» Verhalten oder das unerwartete Schulversagen des doch so begabten Kindes zu erhalten. Auch selbstbetroffene Erwachsene erkennen sich so häufig wesentlich besser.

Im Internet haben betroffene Familien zusätzlich

¹ Teil 1, «Klinik und Diagnostik», ist im Heft 8 erschienen; Teil 3, «Therapie des ADHS im Erwachsenenalter», folgt im Heft 10.

ADHS: Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung

Gelegenheit, sich weiter zu informieren, und sind so nicht selten besser orientiert als der anschliessend aufgesuchte Fachmann ... Die Qualität der Angebote ist naturgemäss sehr unterschiedlich, fachlich und sachlich gute Informationen mit vielen Links sind in der vom Schweizer Psychologen Piero Rossi und dem deutschen Psychiater Martin Winkler seit 1999 geführten *ADD-Online* (www.adhs.ch) abrufbar, die auch für Fachleute immer wieder viele lesenswerte Beiträge enthält.

Stimulanzien und «multimodale Therapie»

Sowohl im Kindes- wie auch im Erwachsenenalter ist in ausgeprägten Fällen die Medikation mit Stimulanzien verbunden mit Beratung (sog. «coaching») und/oder eine Verhaltenstherapie als Behandlung der Wahl anzusehen [1]. In diesem Sinn sind auch die klinischen Leitlinien der amerikanischen Pädiater verfasst (Tabelle 1).

Tabelle 1. Klinische Leitlinien zur Behandlung von Schulkindern mit einer ADHS (aus [2]).

1. Empfehlung: Sich bewusst sein, dass es sich bei der ADHS um eine langandauernde chronische Störung handelt und dies im Behandlungsplan berücksichtigt werden muss.
2. Empfehlung: Arzt und Eltern stellen zusammen mit der Schule einen Therapieplan mit spezifischen Behandlungszielen auf.
3. Empfehlung: Um die Behandlungsziele zu erreichen, ist eine Medikation mit Stimulanzien (Evidenz gut) und/oder eine Verhaltenstherapie (Evidenz genügend) vorzusehen.
4. Empfehlung: Wenn die angestrebten Behandlungsziele nicht erreicht werden, muss die Diagnose überprüft, allenfalls ein anderes Behandlungskonzept eingeführt oder das Vorliegen von Begleiterkrankungen abgeklärt werden.
5. Empfehlung: Regelmässiges «Follow up» und «Monitoring» bezüglich der Behandlungsziele durch systematisches Nachfragen bei Lehrern, Eltern und dem betroffenen Kind.

Die sehr individuell zu dosierende Stimulanzientherapie wird sowohl im Kindes- wie auch im Erwachsenenalter eingesetzt, ist in 80–90% erfolgreich und verbessert im Sinne einer «chemischen Brille» die fokussierte Aufmerksamkeit und Selbststeuerung. Das Ziel der Therapie besteht vor allem darin, das Selbstwertgefühl des Betroffenen zu verbessern, das vorhandene individuelle Potential auszuschöpfen und die oft problematische Beziehungsfähigkeit aufzubauen. Tabelle 2 zeigt die zu erwartenden therapeutischen Effekte.

Tabelle 2. Positive Auswirkungen einer medikamentösen Behandlung der ADHS. Meta-Analyse der Vereinigung amerikanischer Kinderpsychiater (AACAP 1997, [3]).

Kognitive Verbesserung: Aufmerksamkeit wird besser, vor allem bei relativ monotonen Aufgaben

- weniger ablenkbar
- Kurzzeitgedächtnis verbessert sich
- impulsives Handeln verschwindet, überlegt vorher kann Gedanken (abgespeicherte Informationen) besser abrufen
- Arbeitspensum wird grösser
- arbeitet genauer

Motorische Hyperaktivität: «normalisiert» sich

- übermässiges Reden, Lärmen und Stören anderer verschwindet
- Handschrift verbessert sich
- Feinmotorik wird besser

Soziale Effekte: Bleibt bei der Arbeit (Hausaufgaben!)

- besseres Spielverhalten, kann sich beschäftigen
- weniger Streitereien, weniger Frustrationen
- Verhalten ruhiger, der Situation angepasster im Turnen und Spiel integrierter
- wird von anderen Kindern besser akzeptiert
- weniger aggressives Verhalten, weniger Trotzen
- Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung, familiäres Klima entspannt sich
- Eltern und Lehrer verändern ihre Einstellung, sie sehen das Kind positiver

Erst durch die Medikation können häufig zusätzlich notwendige Behandlungen (sog. «multimodale Therapie») wie Verhaltenstherapie, Psychomotorik, Ergotherapie oder pädagogische Massnahmen endlich «greifen». Auf der anderen Seite ist es immer wieder erstaunlich, wie diese patientenzentrierte Pharmakotherapie bei gutem familiärem und schulischem Umfeld bzw. befriedigender beruflicher Situation alleine bereits eine grosse Erleichterung bewirkt und viele bisher benötigte und häufig wenig wirksame Therapien erübrigt.

Die medikamentöse Behandlung und Betreuung ist in der Regel über Jahre durchzuführen; solange sie indiziert erscheint, ist die Compliance erstaunlich gut. Gemäss der Erfahrung in der pädiatrischen Praxis ist eine durchschnittliche Behandlungszeit von 3½ bis 4 Jahren notwendig, im Erwachsenenalter ist die Medikationsdauer in der Regel kürzer und wird von den Betroffenen häufiger auch nur punktuell eingesetzt.

Neben dem bei uns vor allem bekannten Methylphenidat (Ritalin®) werden in den USA auch verschiedene Amphetaminpräparate eingesetzt, in der Schweiz kann dafür nur das primär als Appetitzügler registrierte Dexamin verwendet werden. 5 mg Dexamin entsprechen dabei ungefähr 10 mg Ritalin. Im Einzelfall kann nie vorausgesagt werden, ob ein Patient nun besser auf Ritalin oder ein Amphetamin-

präparat anspricht («try both» heisst in den USA deshalb der Slogan [4]).

Neuere galenisch besser konfektionierte Präparate (z.B. in bis zu 7 Stärken verfügbare Tabletten oder solche mit einer Wirkungsdauer von bis zu 12 Stunden) wie Adderall®, Concerta® oder Ritalin LA® stehen in den USA bereits zur Verfügung und sollten z.T. in der nächsten Zeit auch in der Schweiz erhältlich werden (Ritalin LA, Concerta). Mit Atomoxetin (Strattera®) ist überdies im Herbst 2002 in den USA erstmals ein Medikament auf den Markt gekommen, das als Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer nicht als Betäubungsmittel gilt. Noch ist ungewiss, ob damit die Stimulanzien wirklich ersetzt werden können.

Nebenwirkungen sind bei korrekter Anwendung relativ harmlos: Appetitverminderung und Verstärkung meist vorbestehender Schlafstörungen werden nicht selten beobachtet, wobei in gewissen Fällen jedoch eine Abenddosis des Stimulans das Einschlafen deutlich erleichtern kann.

Weitere immer wieder postulierte Nebenwirkungen treten erst bei Überdosierung oder falscher Indikationsstellung auf (z.B. «Ruhigstellung», Apathie usw.), eine fragliche Wachstumsverzögerung wird selten zu Beginn der Therapie beobachtet, die Endgrösse aber nicht beeinflusst [5]. Tics [6] und Epilepsie [7] sind nach neueren Untersuchungen und eigener Erfahrung keine absoluten Kontraindikationen für den Einsatz von Stimulanzien. Ernsthafte Langzeitnebenwirkungen sind auch nach jahrzehntelangem Einsatz bis heute keine bekannt geworden.

Die vier goldenen Regeln zur Stimulanzientherapie

Ganz entscheidend für den Erfolg einer Stimulanzientherapie ist deren korrekte Durchführung, d.h. die Kenntnis und Einhaltung der «Vier goldenen Regeln zur Stimulanzientherapie».

Erste goldene Regel: Individuelle Dosierung

Wahrscheinlich bedingt durch die unterschiedliche Resorption im Gastrointestinaltrakt und durch den individuell variierenden Abbau durch die Leber ist sowohl bei Methylphenidat wie auch für d-Amphetamin eine stark unterschiedliche Einzeldosis typisch, die weder vom Alter, Körpergewicht noch vom Ausmass der ADHS-Symptomatik abhängig ist.

In den von in der pädiatrischen Praxis per Ende 2000 unter Medikation stehenden 275 Kindern mit Ritalin zeigten sich die folgenden individuellen Unterschiede bezüglich der klinisch optimalen Einzeldosis:

Tabelle 3. Ritalin-Dosierungen in der pädiatrischen Praxis (optimale Einstellung bei Beginn der Therapie).

ED*	Anzahl Patienten
0,1 mg	16
0,2 mg	41
0,3 mg	48
0,4 mg	60
0,5 mg	40
0,6 mg	17
0,7 mg	14
0,8 mg	13
0,9 mg	6
1,0 mg	5
1,1 mg	7
1,2 mg	1
1,3 mg	1
1,4 mg	1
1,5 mg	1
1,6 mg	1
2,0 mg	3

* Einzeldosis (ED) mg/kg KG

Gleiche Unterschiede werden bei Dexamin beobachtet!

Praktisch wird die optimale Dosis so herausgefunden, indem mit einer kleinen Dosis, in der Regel 2,5 mg Ritalin bzw. 1,25 mg Dexamin, d.h. je mit einer ¼ Tablette morgens begonnen und dann alle 3–4 Tage um eine weitere ¼ Tablette gesteigert wird. Unter mindestens wöchentlicher Rücksprache mit den Eltern oder weiterer Bezugspersonen wird das positive Ansprechen bzw. das Auftreten von Nebenwirkungen ermittelt.

Zweite goldene Regel: Unterschiedliche Wirkungsdauer

Auch die Wirkungsdauer der Stimulanzien variiert stark und kann nicht vorausgesagt werden. Es gibt ADHS-Betroffene, die auf eine Einzeldosis lediglich für 2–3 Stunden positiv reagieren, bei anderen ist die Wirkung wesentlich länger. Einer unserer Patienten, ein 10jähriger Junge, braucht lediglich eine ¼ Tablette Ritalin 10 mg, um davon den ganzen Tag zu profitieren!

In der Einstellphase geht es also darum, herauszufinden, ob und welche Dosis wie lange möglichst optimal wirkt.

Sobald dies feststeht, können weitere Dosen, meist ca. $\frac{2}{3}$ der Anfangsdosis, gegeben oder bei Ritalin das länger wirksame Ritalin SR® oder Ritalin-LA® bzw. Concerta® eingesetzt werden. Entsprechend der unterschiedlich langen Wirkungsdauer ist im Einzelfall die Tagesdosis der Stimulanzien noch unterschiedlicher als die Einzeldosis. Häufig ist eine Tagesdosis von wesentlich mehr als 60 mg notwendig (= veraltete Höchstdosisangabe der Herstellerfirma).

Dritte goldene Regel:

z.T. sehr schmale therapeutische Breite

Vor allem bei Kleinkindern, z.T. aber auch bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann die optimale Einstellung grössere Probleme bereiten, indem z.B. eine $\frac{1}{2}$ Tablette eine gewisse Wirkung zeigt und eine $\frac{3}{4}$ Tablette bereits zu viel ist, d.h. dass vermehrt Nebenwirkungen oder Überdosierungserscheinungen auftreten. In solchen Situationen hat sich die Gabe von Ritalintropfen (Exklusivherstellung durch die Dorfapotheke in 3110 Münsingen) bzw. von Dexaminsirup (Firma Streuli, 8730 Uznach), bewährt, so dass eine ganz individuelle Dosierung möglich ist und durch systematisches «Austitrieren» herausgefunden werden kann.

Vierte goldene Regel: kontinuierliches Monitoring

Die Stimulanzientherapie ist in der Regel über mehrere Jahre sinnvoll und entsprechend langfristig durchzuführen.

Im Gegensatz zu früher hat es sich zudem bewährt, bei erfolgreichem Ansprechen die Medikation über den ganzen Tag und ohne Unterbrüche an Wochenenden und Ferien einzusetzen. Bei vielen Kindern kann die einmal als optimal herausgefundene Dosis beibehalten werden. Bei anderen Individuen ist es nötig, diese Dosis hie und da bei abnehmender Wirkung in 2,5-mg- (bei Ritalin) bzw. 1,25-mg-Schritten (bei Dexamin) nach oben anzupassen, bei anderen wiederum kann es zu Überdosierungserscheinungen kommen, d.h. das Kind wird zunehmend leicht apathisch oder gar depressiv, eine Dosisverminderung schafft da rasch Abhilfe. Es gibt auch Situationen, wo man den Eindruck bekommt, dass das einmal erfolgreiche Stimulans nur noch ungenügend wirkt, ein Wechsel von Ritalin auf Dexamin oder umgekehrt kann sich da günstig auswirken, hie und da bewährt sich die Kombination beider Präparate.

Die Ritalin-Kontroverse

Zahlreiche Studien haben bereits in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts die Wirksamkeit der Stimulanzientherapie für kürzere Zeitperioden nachgewiesen, entsprechend populär ist diese Behandlung seit über 40 Jahren in den USA geworden. In Europa herrscht ein deutlicher Nachholbedarf, der sich nun in den letzten Jahren durch eine starke Zunahme in der Verschreibung von Stimulanzien auswirkt. In Unkenntnis der Fakten (z.T. auch als Opfer der in diesem Bereich tätigen Scientologen oder neuerdings auch von ehemaligen VPM-Mitgliedern) ereifern sich darüber viele Medienleute, unterstützt durch selbsternannte oder von den Medien hochgejubelte «Fachleute» und verunsichern so zusätzlich ADHS-Betroffene. Es wird zudem verschwiegen, dass die von Pharmafirmen unabhängige amerikanische Gesundheitsbehörde (NIMH) im Herbst 1999 die ersten Resultate der bisher grössten je in der Kinderpsychiatrie durchgeführten Langzeitstudie bzgl. optimaler Betreuung von ADHS-Kindern veröffentlicht hat. In dieser sog. MTA-Studie (Multi Treatment Assessment Study [8, 9]) wurde nach Evaluation der ersten 14 Monate der hohe Stellenwert einer individuell korrekten Medikation (sogenanntes «medical management») ebenfalls ersichtlich und hat die in der täglichen Praxis seit langem gemachten positiven Erfahrungen bestätigt [10].

Die häufig postulierte Suchtgefahr der Stimulanzientherapie besteht für ADHS-Betroffene glücklicherweise nicht, wird aber dennoch immer wieder fälschlicherweise als Problem hervorgehoben. Dabei ist zu bedenken, dass es einen wesentlichen Unterschied ausmacht, ob ein andauernd vorwiegend unteraktiviertes Regelsystem individuell normalisiert wird oder ob ein normal aktives System in einer Stress- oder Dopingsituation überstimuliert wird. Biederman, einer der führenden ADHS-Forscher aus Boston, hat kürzlich in einer prospektiven Studie [11] zeigen können, dass mit Stimulanzien behandelte ADHS-Jugendliche ein um 85% weniger hohes Risiko für Suchtmittelabusus zeigen als solche, die nicht behandelt werden. Eben hat Barkley [12] dies in einer prospektiven Verlaufsstudie ebenfalls bestätigen können.

Sucht als Selbstheilungsversuch

Sowohl bei bisher nicht diagnostizierten ADHS-Jugendlichen wie auch Erwachsenen haben wir in unseren beiden Praxen wiederholt Suchtprobleme beobachtet, wobei vor allem Cannabis insofern heimtückisch wirkt, indem es primär die Aufmerksam-

keit und die innere Unruhe verbessert, gleichzeitig aber die ADHS-Symptomatik verschlimmern kann. Diese Selbstmedikation kann sich also leider wie ein Bumerang auswirken. Unter Genfer drogenkranken Jugendlichen hat Déglon [13] festgestellt, dass eine grosse Anzahl davon eine nie erkannte und nie behandelte ADHS aufweist! Bei ADHS und existierenden Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen sollte in der Regel zuerst eine Abstinenz erzielt werden, bevor eine Therapie mit Stimulanzien erwogen wird. In speziellen Situationen können jedoch erfahrene Fachleute auch anders vorgehen.

Verhaltenstherapeutische Begleitung

Neben der Medikation ist häufig eine verhaltenstherapeutische Begleitung notwendig. Für das Kindesalter stehen dafür mit dem Aufmerksamkeitstrainingsprogramm von Lauth/Schlottke [14] und dem THOP von M. Doepfner [15] bewährte Verfahren zur Verfügung. Allerdings gibt es bisher in der Schweiz nur wenige Psychologen und Kinderpsychiatern, die damit grössere Erfahrung haben.

Literatur

- 1 Barkley RA. Attention deficit Hyperactivity Disorder, 2. Auflage. New York: The Guilford Press; 1998.
- 2 American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Treatment of the School-Aged Child with ADHD. Pediatrics 2001;108:1033.
- 3 Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents and Adults with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 1997;36:Suppl. 10.
- 4 Arnold LE. Methylphenidate vs amphetamine: Comparative review. J Att Disord 2000;3:200.
- 5 Kramer IR, et al. Predictors of adult height and weight in boys treated with methylphenidate for childhood problems. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2000;39:517–24.
- 6 Gadow K, et al. Long-term methylphenidate therapy in children with comorbid ADHD and chronic multiple tic disorder. Arch Gen Psychiat 1999;56:330.
- 7 Krause KH, et al. Ist Methylphenidat bei Komorbidität von Epilepsie und ADHS kontraindiziert oder nicht? Akt Neurologie 2000;27:72–6.
- 8 MTA Coop. Group: A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. Arch Gen Psychiat 1999;56:1073–86.
- 9 Vitiello B, et al. Methylphenidate dosage for children with ADHD over time under controlled conditions: lessons from the MTA. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2001;40:188–96.
- 10 Ryffel M. Langzeiterfahrungen mit Stimulanzien bei ADHS: Empfehlungen für die Praxis. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003;13:27–47.
- 11 Biederman J, et al. Pharmacotherapy of ADHD reduces risk for substance use disorder. Pediatrics 1999;104:20.
- 12 Barkley R, et al. Does the treatment of AD/HD with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. Pediatrics 2003;111:97–109.
- 13 Déglon JJ. L'hyperactivité avec déficit de l'attention et de la concentration, un syndrome à grand risque d'addiction. www.hypsos.ch/presse/Déglon.htm
- 14 Lauth GW, Schlottke PF. Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Weinheim: Beltz; 2002.
- 15 Döpfner M, et al. THOP, Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Trotzverhalten. Weinheim: Beltz; 2002.

Dr. Doris Ryffel
Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Johanitterstrasse 1
CH-3047 Bremgarten
doryffel@bluewin.ch

Dr. Meinrad Ryffel
Kinder- und Jugendarzt FMH
Kirchgasse 9
CH-3053 Münchenbuchsee
mhryffel@hin.ch