

Berechnung:

Auszug aus:

Pediatric sleep questionnaire: prediction of sleep apnea and outcomes.

Chervin RD, Weatherly RA, Garetz SL, Ruzicka DL, Giordani BJ, Hodges EK, Dillon JE, Guire KE.

Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Mar;133(3): 216-22

SRBD SCALE OF THE PEDIATRIC SLEEP QUESTIONNAIRE

The SRBD scale contains 22 symptom items that ask about snoring frequency, loud snoring, observed apneas, difficulty breathing during sleep, daytime sleepiness, inattentive or hyperactive behavior, and other pediatric OSA features, each previously shown to correlate with polysomnographically confirmed OSA in referred children.

Responses are „yes“=1, „no“=0, and „don't know“=missing.

The mean response on non missing items is the score, which can vary from 0 to 1. Previous data suggest that a cut-off value of 0.33 would be most effective in identifying pediatric OSA.

Subscales within the SRBD scale include a 4-item sleepiness scale, a 4-item snoring scale, and a 6-item inattention/hyperactivity scale derived originally from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD).

Formel zur Identifikation von möglichen Patienten mit OSA mit Hilfe der SRBD-Subscale:

Anzahl der „JA“ Antworten: _____ = => Wert > 0,33: Verdacht auf OSA

Anzahl der „JA“ und „NEIN“ Antworten: _____ = => Wert < 0,33: kein Verdacht auf OSA

Management zur Reduzierung möglicher Nebenwirkungen

von Methylphenidat bei der Therapie des AD(H)S



Dr. Helga Simchen

Für die Behandlung eines Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms mit und ohne Hyperaktivität mit ausgeprägter Problematik ist die Einbindung von Methylphenidat in ein multimodal und individuell ausgerichtetes Therapieprogramm meist unumgänglich. Nicht wenige Therapeuten, Betroffene und deren Eltern haben häufig unberechtigt große Vorbehalte wegen der oft und überall beschriebenen Nebenwirkungen des Medikamentes Methylphenidat (Arzneimittelnamen: „Ritalin“, „Medikinet“, „Equasym“, „Concerta“ u. a.). Vor allem wird befürchtet, dass dieses Medikament süchtig mache. Das kann und muss eindeutig verneint werden, wenn es von Therapeuten mit entsprechender Fachkompetenz und An-

leitung der Betroffenen (bei Kindern und Jugendlichen auch deren Eltern) zur Behandlung eines AD(H)S verordnet wird. Zu dieser Therapie gehören unbedingt eine intensive und regelmäßige Beratung mit Erstellung eines problem- und persönlichkeitsbezogenen individuellen Lern- und Verhaltenstherapieprogramms und die Überprüfung dessen Wirksamkeit. Eine solche, frühzeitig begonnene Therapie mit Einbeziehung der Eltern als Coach verhindert bei regelmäßiger Gabe des Medikamentes die Ausbildung möglicher Begleit- und Folgeerkrankungen und auch einer Sucht mit legalen und illegalen Drogen. Wichtig ist dabei, dass sich die Schwerpunkte der Behandlung nicht nur auf eine kurzfristige Beseitigung aktueller Probleme beziehen, sondern langfristig in kleinen Schritten an der Verbesserung von Selbstwertgefühl und sozialer Kompetenz wirkungsvoll und gemeinsam gearbeitet wird.

Methylphenidat gleicht im Belohnungssystem, genau wie in einigen anderen Hirnbereichen, deren Unterfunktionen aus und ermöglicht so, dass durch therapiebedingte Erfolge das Belohnungssystem der Betroffenen aktiviert wird. Erfolge motivieren durch Freisetzen von Dopamin und aktivieren so das Belohnungssystem. Vorzeitige Therapieabbrüche wirken sich dagegen besonders negativ aus und sollten möglichst vermieden werden, weil dann die