

ADHS – Praktische Erfahrungen mit medikamentöser Therapie

Einleitung

Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) ist die häufigste Störung von Psyche und Verhalten im Kindes- und Jugendalter; bei 30-60 % der Betroffenen bestehen auch im Erwachsenenalter noch bedeutsame Symptome.

Die Kernsymptome – Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung – reichen für die Diagnose nicht aus. Auch die Zusatzkriterien: Dauer mehr als sechs Monate, Auftreten der Symptomatik in mehr als einem Lebensbereich und Beginn vor dem 7. Lebensjahr (in DSM V: vor dem 13. Lebensjahr) müssen erfüllt sein. Stets ist ein umfassendes diagnostisches Vorgehen nötig, orientiert an den Leitlinien und den Klassifikationskriterien nach DSM IV (seit 2013 DSM V) und/oder ICD 10, mit differentialdiagnostischer Abklärung und Erfassung assoziierter Störungen. Es gehört auch unbedingt dazu die Funktionsstörung einzuschätzen, den Schweregrad (Dimension) zu beurteilen und die Eingliederung im sozialen Umfeld zu beachten.

Keine Therapie ohne sorgfältige, umfassende Diagnostik

Die medikamentöse Therapie ist nicht die erste therapeutische Maßnahme; psychoedukative und bei Bedarf weitere nicht-medikamentöse Maßnahmen sind vorher einzusetzen. Erst bei deren Versagen in einem angemessenen Zeitraum oder bei hoch akuter Krisensituation sollten Medikamente gegeben werden. Vor jeder medikamentösen Therapie sind Eltern, ältere Kinder und Jugendliche ausführlich über die Ergebnisse der Diagnostik aufzuklären, auch über die biologischen und psychologischen Hintergründe dieser chronischen Störung und ihre Auswirkungen auf den häuslichen und schulischen Alltag sowie über die therapeutischen Möglichkeiten. Häusliche Regeln, Grenzen, Strukturen und Zeitplanung, schulische Maßnahmen (Kommunikation, Kontrolle, Hilfen) und der Umgang mit Helfern und Betreuern müssen besprochen und auch praktisch umgesetzt werden.

Indikation zur medikamentösen Behandlung

Niemals sollte eine medikamentöse Therapie überhastet – auf Drängen von Eltern, Lehrern oder Betreuern – ohne sorgfältige Diagnostik einsetzen; die Kriterien für ADHS müssen erfüllt sein.

Kriterien für die medikamentöse Behandlung des ADHS (nach DSM IV/V oder ICD10)

- Erheblicher Leidensdruck für das Kind bzw. den Jugendlichen und seine Eltern;
- deutliche Beeinträchtigungen der Leistung;

- Schwierigkeiten, sich sozial adäquat zu verhalten und einzugliedern;
- Gefahr für die weitere Entwicklung;
- hohes Risiko emotionaler und körperlicher Misshandlung;
- unzureichender Erfolg vorausgegangener Fördertherapien.

Seit vielen Jahren sind Stimulanzien Mittel 1. Wahl, aber auch Nicht-Stimulanzien haben im Therapieregime ihren Platz (Tab. 1).

Beginn der medikamentösen Behandlung

Eltern und ältere Patienten (> 8Jahre) müssen über die Art der geplanten Therapie aufgeklärt werden: Wirkungsweise, zu erwartende Veränderungen und mögliche Nebenwirkungen. Es hat sich bewährt, Eltern ein **Tagebuch** führen zu lassen, in dem allabendlich positive und negative Tagesvorkommnisse aufgezeichnet werden, verbunden mit dem Angebot, als Arzt jederzeit bei Ängsten, Fragen und beunruhigenden Veränderungen zur Verfügung zu stehen. Es ist sinnvoll, Behandlungsziele als Kontrollkriterien („Was soll besser werden?“) festzulegen.

Sowohl in der MTA-Studie (Taylor, Swanson et al.) als auch in der New York/Montreal-Studie (Abikoff, Klein et al.) hat sich gezeigt, dass die medikamentöse Therapie dann am wirksamsten ist, wenn sie mit regelmäßiger Beratung, auch in Verbindung mit der ärztlichen Verordnung, kurzfristigen Rückmeldungen und einem nötigenfalls zur Verfügung stehenden Krisenmanagement, einhergeht.

Die primäre Einstellung mit sofort freisetzenden Stimulanzien hat sich bewährt, damit am besten das Einsetzen der Wirkung, die Auswirkung der Dosishöhe und die Dauer der Wirkung beurteilt werden können!

So ist es möglich, das individuelle Ansprechen des Patienten in Bezug auf Dosis und Wirkdauer festzustellen und den individuellen Bedarf zu ermitteln.

- Methylphenidat muss auf einem Betäubungsmittelrezept verordnet werden.
- Maximale Gesamtdosis für 1 Monat: 2400 mg.
- DL-Amphetamin bis zu einer Gesamtdosis von 600 mg/Monat.

Klinische Wirkung:

Bei unretardiertem Methylphenidat sind erste Veränderungen 20-30 Minuten nach der Einnahme zu erkennen. Der Gipfel der Wirksamkeit ist nach einer Stunde und das