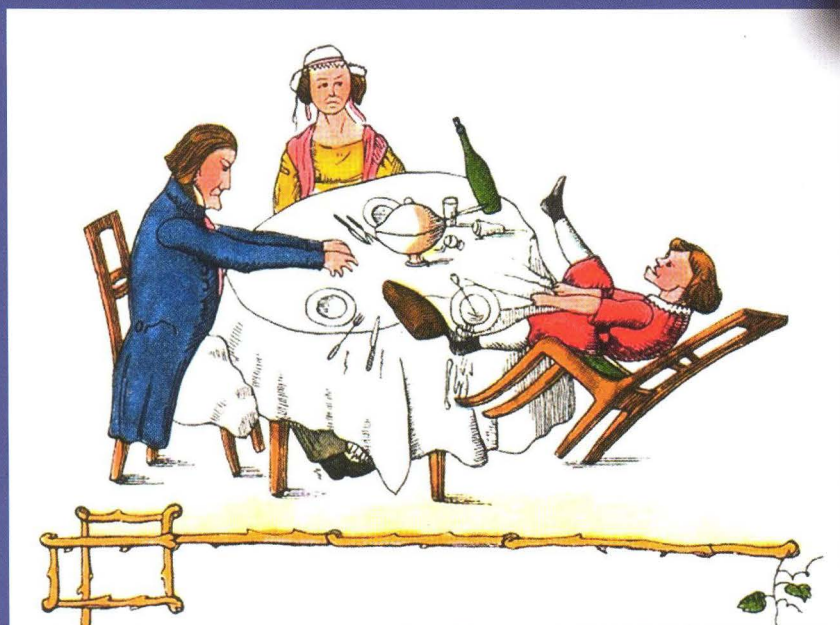


01/12

psychopraxis

Zeitschrift für praktische Psychiatrie

und
Neurologie



AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT- UND HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG (ADHS)

Psychopathologie - Diagnose - Therapie

ANOREXIA NERVOSA

Die unterschiedlichen Gesichter der Magersucht

Kasuistik

Psychiatrie

Neurologie

Demenz mit Lewy-Körperchen

Stabilisierung der Symptomatik mit Cholinesterasehemmern

Selbstverletzung junger Mädchen

Therapiekonzepte für verbesserte Selbstwahrnehmung und soziale Interaktion

Multiple Sklerose

Kognitive Störung als führendes Symptom

Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Wie bei allen kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen liegt auch bei ADHS ein multifaktorielle Ätiologie mit einem Zusammenspiel von verschiedenen Vulnerabilitäts- aber auch Protektivfaktoren vor.



Foto: privat

OA Dr. Christian Kienbacher

Leiter der Tagesklinik / Rehabilitation der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien

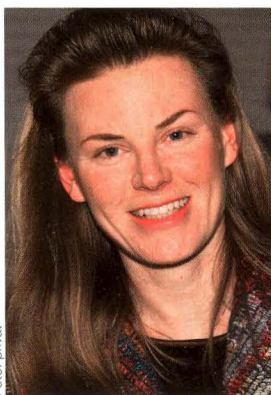


Foto: privat

Dr. Heidi E. Zesch

Assistenzärztin der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien

Einleitung

Wer sich Mitte der 90er Jahre mit Kinder- und Jugendpsychiatrie zu beschäftigen begann und einschlägige Kongresse besuchte, konnte leicht den Eindruck gewinnen, dass die maßgebliche, wenn nicht die einzige kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sein könne. Die Intensität der fachlichen Auseinandersetzung mit dieser Erkrankung war so groß, dass andere kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen in den Hintergrund gedrängt wurden, obwohl das Phänomen der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung eines war, das nicht erst zu dieser Zeit entdeckt wurde, sondern schon sehr früh eine Beschreibung fand. Der Arzt Heinrich Hoffmann beschrieb 1845 in seinem „Struwelpeter“ den „Zappelphilipp“ als einen typischen ADHS Patienten, „Hans Guck in die Luft“ als einen Burschen mit ausgeprägter Ablenkbarkeit und den „bösen

Friederich“ als einen Jugendlichen mit einer deutlichen Störung des Sozialverhaltens. Der englische Pädiater Sir George Frederic Still beschrieb 1902 in seiner Arbeit erstmalig Kinder mit ADHS-Problematik. Zwischen 1930 und 1960 beschäftigte man sich im Rahmen der Hypothese der minimalen cerebralen Dysfunktion mit möglichen organischen Ursachen bei hyperaktivem und aufmerksamkeitsgestörtem Verhalten. Die von Leonardo Panizzon entwickelte Substanz Methylphenidat erfuhr seine Markteinführung schon 1954. Pikanterweise stand die Gattin von Panizzon, Rita, für den Handelsnamen Ritalin als Namenspatin, da sie im heroischen Selbstversuch feststellte, dass ihr Tennisspiel unter der Einnahme von Methylphenidat ein konzentrierteres und erfolgreicherer war. Dieses Erfolge ungeachtet, kam es jedoch erst 1980 zur Definition Attention Deficit Disorder und erst 1994 wurde der Begriff ADHS in der DSM IV geprägt. Diese neue Definition eines kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbildes war das initiale Ereignis, das in weiterer Folge den Forschungsboom rund um ADHS auslöste.

Epidemiologie

Studien, die in den 90er Jahren erstellt wurden, postulierten eine Verbreitung von bis zu 14% in der Kinderbevölkerung. Neuere Studien sprechen realistischer von einer Häufigkeit zwischen 0,5 und 1,5% – was diese Erkrankung zu einer häufigen kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung macht, aber mit Sicherheit nicht zu der häufigsten. So sind Angsterkrankungen und Essstörungen in dieser Altersgruppe weitaus öfter anzutreffen.

Hervorzuheben ist bei dieser Erkrankung, dass es eine eindeutige Lastigkeit in Richtung des männlichen Geschlechtes gibt. So ist die Verteilung 10:1 zulasten der Buben. Teilt man dieses Erkrankungsbild in vornehmlich unaufmerksam und vornehmlich hyperaktiv/impulsiv auf, so dürften die betroffenen Mädchen eher in Richtung der vornehmlich unaufmerksamen Subgruppe tendieren.

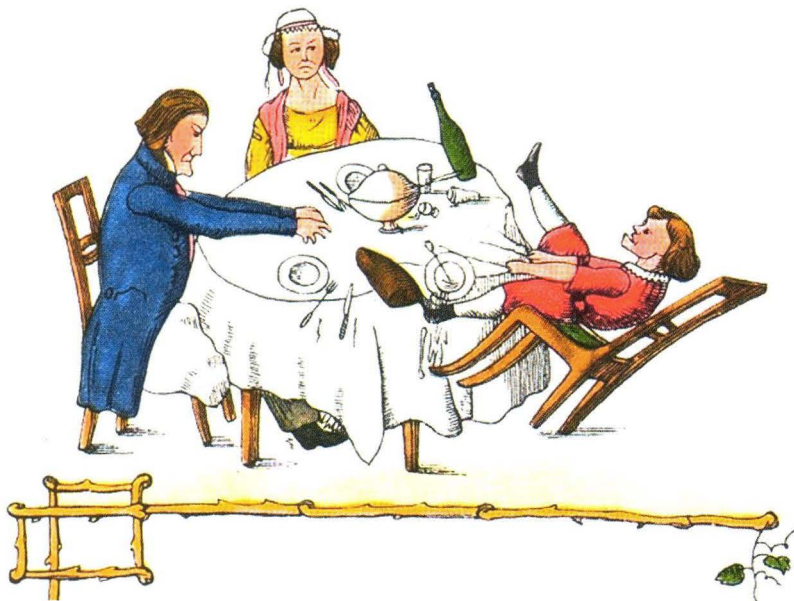
Ätiologie

Wie bei allen kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen sprechen wir auch bei ADHS von einer multifaktoriellen Ätiologie, mit nicht einer Ursache, sondern einem Zusammenspiel von verschiedenen Vulnerabilitäts- aber auch Protektivfaktoren.

ADHS liegt eine komplexe Dysregulation von Neurotransmittern vor allem im limbischen System, aber auch im Frontallappen zugrunde, wodurch es zu einer inadäquaten Reizverarbeitung im Sinne einer Filterstörung kommt. Eine Filterstörung, die keine ausreichende Diskriminierung zwischen verschiedenen Afferenzen erlaubt. Diese Kinder erleben unterschiedliche Sinnesreize in der gleichen Intensität und können nicht zwischen wichtigen und unwichtigen Reizen unterscheiden. Dieser inadäquaten Reizverarbeitung liegt ein Dopaminmangel beziehungsweise eine Störung im noradrenergen System zu Grunde. Hier dürfte eine gesteigerte noradrenerge Aktivität im Locus coeruleus

¹ Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien

Heinrich Hoffmann



Der Arzt Heinrich Hoffmann beschrieb 1845 in seinem „Struwwelpeter“ den „Zappelphilipp“ als einen typischen ADHS Patienten.

mit einer verringerten Fähigkeit neue Reize zu verarbeiten einhergehen. In Richtung der genetischen Vulnerabilität zeigen Studien deutlich auf, dass ein Drittel bis etwa 60 % der Kinder von Eltern mit ADHS selbst eine solche entwickeln.

Nicht außer Acht gelassen werden dürfen auch perinatale Vulnerabilitätsfaktoren wie hypoxische Hirnschädigungen, aber auch Alkohol-, Nikotin- und Drogenabusus in der Schwangerschaft. Des Weiteren dürfte ein geringes Geburtsgewicht ein Risikofaktor für ADHS sein.

Als Umweltfaktor kann eine chronische Bleiintoxikation diese Erkrankung initiieren. Die Phosphathypothese, also die Verantwortung von Düngemittelrückständen in der Nahrungskette, wurde nicht nachgewiesen. Ebenso konnten Studien, die den Einfluss von Farb- und Konservierungsstoffen auf die Entwicklung von ADHS belegen wollten, keine letztgültige Evidenz bringen. Auch in Richtung des natürlichen Nahrungsbestandteiles Glukose konnte bis jetzt kein Beweis dafür erbracht werden, dass er ADHS verursacht.

Psychosoziale Faktoren dürften weniger eine Bedeutung bei der Entstehung von ADHS haben, als bei der Aufrechterhaltung und Ausbildung einer entsprechenden Schwere der Erkrankung. Deshalb finden sich vermehrt Kinder in Folge von ADHS in institutioneller Erziehung. Des Weiteren entwickeln sich unter der chronischen ADHS typische Beziehungsmuster zwischen den Müttern und den erkrankten Kindern.

Psychopathologie/Symptome

Um eine ADHS Diagnose stellen zu können, ist es unbedingt notwendig einen Eindruck darüber zu bekommen, wie es um die Hyperaktivität, die Aufmerksamkeit und die Impulsivität des Betroffenen bestellt ist. Die von der DSM-IV aufgestellten Kriterien zur Diagnostik sind hilfreich (Tabelle 1), doch muss genauestens darauf geachtet werden, dass diese Symptome schon vor dem 6. Lebensjahr vor-

handen waren, situationsübergreifend auftreten, über 6 Monate bestehen und eine überdurchschnittliche Ausprägung haben (Tabelle 2). Dies bedeutet für den Punkt der situationsübergreifenden Symptomatik, dass die Fremdbeurteilung durch einen Elternteil nicht ausreichend ist – es braucht ebenso eine Beurteilung aus anderen Lebensbereichen wie beispielsweise Kindergarten, Schule oder Nachmittagsbetreuung. Auch wird die Forderung, die die ICD-10 stellt, nämlich dass die Symptomatik schon vor dem 6. Lebensjahr bestanden haben muss, oft nicht ausreichend genug beachtet. Es ist demgemäß auch nicht möglich, jeman-

dem mit einem passageren Leistungseinbruch in der Schule oder einer Leistungsverweigerung, bei vorerst unauffälligem Schulbesuch und unauffälliger psychischer Entwicklung erst in der Adoleszenz die Diagnose ADHS zu geben.

Auch das Kriterium der überdurchschnittlichen Ausprägung ist wichtig und verlangt, genauestens nachzufragen welches Maß für Aufmerksamkeit, Konzentration und motorischer Ruhe an das kindliche Verhalten herangetragen wurde. So ist oft Lehrern und Eltern nicht bewusst, dass die Aufmerksamkeitsspanne eines Volksschulkindes deutlich unter der Länge einer 50-minütigen Schulstunde liegt. Deshalb mag Unaufmerksamkeit oder Unruhe mit einem monotonen Unterrichtsstil oft zusammenhängen.

Kinder mit ADHS entwickeln ihre Symptome sehr früh und imponieren als Säuglinge mit lang andauernden Schreiphasen und der Ablehnung von Körperkontakt. Aufgrund der eingangs beschriebenen Filterstörung ist für diese Kinder körperliche Berührung weniger eine Beruhigung als mehr ein Feuerwerk von Sinnesreizen. Im Kindergarten zeigen diese Kinder im Vergleich zu Gleichaltrigen eine geringere Ausdauer, es gelingt diesen Kindern auch nicht, Freundschaften zu schließen beziehungsweise werden sie von Gleichaltrigen oft abgelehnt. In der Schulzeit zeigt sich eine deutliche Ablenkbarkeit und Unaufmerksamkeit, in weiterer Folge gepaart mit einer geringen Regelakzeptanz und einer zunehmenden Impulsivität. Aufgrund die-

Im Beziehungsdreieck Schüler, Eltern, Lehrer ist es wichtig, dass die Lehrer zum Schüler ein Beziehungsangebot aufrechterhalten und die Eltern sich mit dem Lehrer regelmäßig über Fortschritte und Probleme ihres Kindes austauschen.

ser erhöhten Ablenkbarkeit zeigen die Kinder auch ein erhöhtes Unfallrisiko. Nach Ende der Volksschulzeit und bei frustriertem Schulverlauf entwickelt sich oft sekundär eine Leistungsverweigerung, aber auch eine depressive Stimmungslage und in der Pubertät eine erhöhte Neigung zu Drogenmissbrauch und/oder delinquentem Verhalten.

Diagnostisches Vorgehen

Die Diagnose einer ADHS ist eine umfangreiche Aufgabe, die von Fachleuten vorgenommen werden und mehrere Stunden in Anspruch nehmen sollte. Die Ana-

DSM IV Kriterien der Unaufmerksamkeit (sechs der folgenden neun Symptome beständig in den letzten sechs Monaten)

1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten
3. Scheint nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen
4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
6. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben)
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)
8. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken
9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich

DSM IV Kriterien der Hyperaktivität und Impulsivität (sechs der folgenden neun Symptome beständig in den letzten sechs Monaten)

1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
2. Steht häufig in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzen bleiben erwartet wird
3. Lläuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist
4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
5. Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“, oder zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist
6. Redet häufig übermäßig viel
7. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
8. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist bei Spielen oder in Gruppensituationen
9. Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein)

Tabelle 1

mnese macht ein ausführliches Gespräch mit den Eltern unabdingbar. Dabei ist es essentiell, neben der prä-, peri- und postnatalen Anamnese zu verstehen, wie sich die Entwicklung des Kindes im Kindergarten, der Schule und in der Interaktion mit Gleichaltrigen vollzogen hat. Speziell die gleichaltrigen Kinder erleben diese Kinder oft als irritierend und lehnen das Spiel und die Kommunikation mit ihnen ab. In den anamnestischen Erhebungen muss auch erfragt werden, ob es ADHS-Erkrankungen in der Ursprungsfamilie gibt.

Wichtig ist es aber auch im Erstgespräch nicht nur die aktuellen Probleme zu besprechen, sondern auch die Interessen und Stärken des Kindes in Erfahrung zu bringen, weil diese sich als wertvolle Ressourcen für die weiterführende Therapie darstellen. Im Rahmen der Untersuchung sollte ein neurologischer und somatischer Status durchgeführt werden, der auch eine Grobeinschätzung der Sehfähigkeit und des Gehörs beinhaltet. Oft imponieren fehlsichtige Kinder in der

Schule unkonzentriert und unruhig. Laboruntersuchungen und hier speziell die Durchführung einer Schilddrüsenhormonanalytik können bei Verdacht ebenfalls durchgeführt werden. Ebenso sind EEG-Untersuchungen bei Verdacht auf eine mögliche Anfallserkrankung durchzuführen, aber für die Routinediagnostik von ADHS nicht zwingend notwendig. Ein EKG vor einer medikamentösen Einstellung ist zu empfehlen.

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Exploration imponieren diese Patienten oft als unauffällig und es braucht eine längere Zeit der Verhaltensbeobachtung bis hyperaktive und unaufmerksame Symptome hervortreten. Oft leichter zu explorieren sind diese Symptome, wenn man Kinder schulische Aufgaben durchführen lässt beziehungsweise wenn man im Spiel mit ihnen Wettbewerbssituationen simuliert, die sie dann zumeist unruhig, ungeschickt und impulsiv werden lassen. In der Exploration ist es wichtig zu sehen, ob beim Kind und seinen Angehö-

rigen eine Einsicht in die bestehenden Probleme besteht.

Aus den Kriterien (Tabelle 1), die in der DSM IV niedergeschrieben sind, haben sich mehrere Fragebögen (FBB-HKS, Conner) entwickelt, die eine Fremdbeurteilung durch Eltern, Lehrer und Erzieher ermöglichen. Diese Fremdbeurteilungsfragebögen lassen eine Abschätzung darüber zu, in welchen Lebensbereichen Kinder eine Symptomatik zeigen. Als nicht valide, jedoch wichtige Form der Fremdbeurteilung können auch Schulzeugnisse und Schulberichte herangezogen werden. Das kindliche Verhalten in der Schule auf Video aufzunehmen wird immer mehr von Seiten der Eltern und Lehrer praktiziert, ist jedoch aufgrund dieses doch diskriminierenden Unterfangens nicht als diagnostisches Mittel zu empfehlen. Eher eignet sich ein Schulbesuch einer HeilstättenlehrerIn oder ReintegrationslehrerIn in der Klasse des betreffenden Schülers oder der Schülerin, um einen Eindruck darüber zu bekommen, wie sie sich in der Schule präsentieren und vom Umfeld angenommen werden.

Im Rahmen der klinisch-psychologischen Diagnostik ist es wesentlich abzuklären, ob eine Beeinträchtigung der Exekutivfunktionen vorliegt – wie es um das nonverbale Arbeitsgedächtnis bestellt ist, wie die Selbstregulation von Affekten funktioniert, welche Flexibilität im Denken besteht und ob der Patient die Fähigkeit besitzt sein Handeln zu entwickeln, zu planen und zu organisieren. Darüber hinaus sollte eine psychologische Testung der Aufmerksamkeit und Intelligenz vorgenommen werden um abschätzen zu können, ob eine Intelligenzminderung vorliegt, respektive Teilleistungsschwächen vorhanden sind, die lange unerkannt bei einem Kind auch ein Verhalten provozieren können, das an ADHS erinnert.

Komorbiditäten der ADHS

Eine solide Diagnostik zeigt sehr oft, dass ADHS nicht alleine sondern komorbid mit anderen Störungen auftritt. Nur in 31 % der Fälle tritt ADHS alleine auf – sehr oft ist es verbunden mit einer oppositionellen Störung, einer Störung des Sozialverhaltens, einer Angststörung, einer affektiven Störung oder einer Tic-Störung.

Therapie

Laut den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie gelten die Verhaltenstherapie, die Pharmakotherapie, pädago-

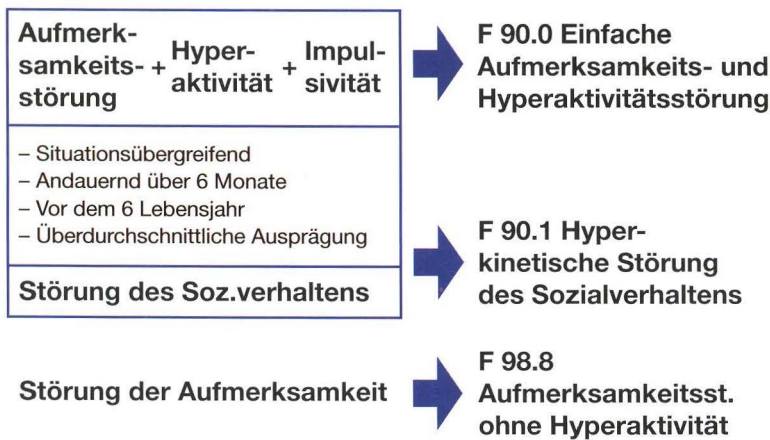


Tabelle 2

gische Therapieansätze und psychosoziale Therapien als wirksame Interventionen bei ADHS. Im klinischen Alltag zeigen andere Psychotherapiemethoden, die Ergotherapie und die Physiotherapie durchaus Wirkung im Rahmen eines mehrdimensionalen Therapieangebotes, auch wenn für diese zuletzt genannten Therapiemöglichkeiten noch kein empirischer Wirknachweis besteht.

In diesem Zusammenhang sei noch vor möglichen Behandlungsfehlern gewarnt. Der Größte ist mit Sicherheit die unzureichende Diagnostik, aber auch eine Bagatellisierung oder Fehlinterpretation der Genese. Ebenso als Behandlungsfehler kann eine rein medikamentöse Behandlung gesehen werden, ohne

Kinder mit ADHS erleben unterschiedliche Sinnesreize in der gleichen Intensität und können nicht zwischen wichtigen und unwichtigen Reizen unterscheiden.

Einbindung in ein multimodales Behandlungskonzept. Auch die generelle Ablehnung einer medikamentösen Behandlung kann als fatal angesehen werden, weil oft andere Therapien ohne eine medikamentöse Unterstützung nur wenig Aussicht auf Erfolg haben.

An erster Stelle einer multimodalen Behandlung steht die Aufklärung über das Erkrankungsbild. Es ist wesentlich, den betroffenen Kindern und ihren Angehörigen klar zu machen, dass es keine Schuldigen für diese Erkrankung gibt. Wichtig ist auch hervorzuheben, dass man mit dieser Erkrankung nicht alleine dasteht, sondern viele Kinder und Familien von ADHS be-

troffen sind. Es gilt auch klar zu machen, dass es sich um ein langfristiges Problem handelt, das nicht durch eine einzige Intervention und nicht von heute auf morgen zu lösen ist. Es gibt Behandlungsmöglichkeiten, wobei es mehr darum geht, ein Problem zu bewältigen als ein Symptom oder eine Erkrankung vollständig zum Verschwinden zu bringen.

Eine der wesentlichen Interventionen ist die Arbeit mit den Eltern. Sie sollen ermutigt werden, auf eine ständige Kontrolle zu verzichten. Dem Kind sollen einzelne, klare und machbare Anweisungen gegeben werden und wenn es diese erfüllt, soll gelobt werden wann immer es etwas zu loben gibt. Werden zu viele und zu unklare Anweisungen gegeben, machen die Kin-

der wieder Misserfolgserlebnisse und diese sollten unter allen Umständen vermieden werden. In der Elternberatung sollten die Eltern ermutigt werden, einen wohlwollenden, aber doch strengen Erziehungsstil ihrem unter ADHS leidendem Kind entgegenzubringen.

Im Beziehungsdreieck Schüler, Eltern, Lehrer ist es wichtig, dass die Lehrer zum Schüler ein Beziehungsangebot aufrecht erhalten und die Eltern sich mit dem Lehrer regelmäßig über Fortschritte und Probleme ihres Kindes austauschen. Speziell für den Bereich Schule ist es oft unumgänglich die Vorteile einer medikamentösen Therapie zu nutzen. Auch die Lehrer

sind aufgefordert wenige, aber überschaubare Regeln dem Schüler gegenüber zu kommunizieren und aufrecht zu erhalten. Als konkrete Hilfen erleben die unter ADHS leidenden Schüler und Schülerinnen es, wenn der Unterricht abwechslungsreich gestaltet wird. Wichtig ist auch, dass der Schüler einen geeigneten Sitzplatz erhält, wo die Lehrkraft ständigen Blickkontakt herstellen kann. Schüler die vermehrt von Bewegungspausen profitieren, sollten diese auch erhalten. Bei Regelübertretungen sollten Machtkämpfe vermieden und dem betroffenen Kind die Kritik unter vier Augen gesagt werden. Das Wichtigste ist jedoch, dass die betroffenen Pädagogen dem Kind Verständnis für seine Problematik signalisieren und auch über das notwendige Durchhaltevermögen schwierigen Kindern gegenüber verfügen.

Eine Integration in Vereine (Mannschaftssport, Klettern, Pfadfinder usw.) ist für diese Kinder förderlich.

Nur bei komplexen Formen oder schwierigen Verläufen der ADHS kann die Notwendigkeit zu einer stationären Aufnahme bestehen, in der Regel kann ein Diagnostik und Therapie auch ambulant durchgeführt werden.

Medikamentöse Therapie

Zwei Substanzen sind in der Altersgruppe von 6 bis 18 Jahren zugelassen und zeigen wie zuletzt auch in der NICE Guideline des Royal College of Psychiatry vergleichbar gute Wirkung in der Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit und Verminderung der Hyperaktivität und Impulsivität.

Methylphenidat blockiert die Wiederaufnahme von Dopamin und Norepinephrin und erhöht dadurch Dopamin im synaptischen Spalt. Die empfohlene Dosierung ist 0,5–1 mg/kg Körpergewicht und Tag, der Wirkeintritt von nicht retardiertem Methylphenidat ist nach zirka 20 Minuten zu erwarten und die Wirkung hält 2–4 Stunden an. Dadurch muss in der Regel die Substanz 2–3 mal täglich gegeben werden, was beim retardierten Methylphenidat mit einer Wirkdauer von 8 Stunden nicht der Fall ist. Als Nebenwirkung von Methylphenidat gelten Appetitmangel, Gewichtsverlust, bei später Einnahme Einschlafstörungen, bei Patienten mit vorhandener Tic-Störung können diese eine Verschlechterung finden und es kann zu einem vorübergehenden Wachstumstopp beziehungsweise zu einer Wachstumsverlangsamung kommen. Dosisabhängig sind Puls- und Blutdruckerhöhung häufige Nebenwirkungen. Unspe-

zifische Symptome wie Kopfschmerz, Schwindel sowie Bauchschmerz und Übelkeit können ebenso auftreten.

Atomoxetin fällt nicht unter die Gruppe der Amphetamine und ist deshalb auch kein Suchtgift im Unterschied zu Methylphenidat. Eine Erhaltungsdosis liegt zwischen 1,2 und 1,8 mg/kg/Tag. Der Wirkeintritt in Hinblick Reduktion der Kernsymptomatik Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung ist nach 3–4 Wochen zu erwarten. Atomoxetin beeinflusst als selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer indirekt die Dopaminaktivität im präfrontalen Kortex, nicht aber im Striatum. Nach Georg Wiesegger et al. besteht die Indikation für Atomoxetin bei Nonrespondern auf Stimulantien und als First-Line-Behandlung auch bei ADHS mit komorbiden Angststörungen. Optional kann natürlich auch bei komorbiden Tic-Störungen, bei Nebenwirkungen von Stimulantien und bei Vorbehalten gegen Stimulantien vonseiten der Familie mit Atomoxetin begonnen werden. Rezente Studien

weisen darauf hin, dass 6–12 % der Patienten unter einer Atomoxetin Behandlung mit Blutdruck- und Herzfrequenzanstieg reagieren, weshalb Herzfrequenz und Blutdruck vor der Behandlung, bei Dosissteigerung und alle 6 Monate zu messen sind. Da bei Methylphenidat ähnliche haemodynamische Veränderungen beobachtet wurden, sollten Blutdruck und Puls regelmäßig auch bei dieser Substanz kontrolliert werden.

Da ADHS sehr oft komorbid mit einer Störung des Sozialverhaltens auftritt, ist eine Co-Medikation in diesem Fall mit Risperidon, Quetiapin oder auch Valproinsäure durchaus anzudenken. Wenn indiziert, können SSRI's bei komorbider Depression zusätzlich zu Methylphenidat unter speziellen Anwendungsbedingungen verabreicht werden. Für Omega 3 Fettsäuren gibt es bis jetzt keinen ausreichenden Wirknachweis. Auch für homöopathische Arzneimittelspezialitäten, Bachblütentherapie und Schüssler-Salze gibt es keinen Wirknachweis.

Verlauf

Der Verlauf ist stark abhängig davon, ob konstruktive Therapieangebote umgesetzt werden können. Wichtig ist jedoch, davon auszugehen, dass ADHS keine Erkrankung ist, die naturgemäß in der Pubertät zum Stillstand kommt. Es ist bekannt, dass ADHS eine starke Persistenz ins Erwachsenenalter mit bis zu 75 % zeigt. Oft ändert die Erkrankung ihr Erscheinungsbild in Richtung einer komorbiden affektiven Störung, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit beziehungsweise Persönlichkeitsstörung. ■

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenz

OA Dr. Christian Kienbacher, Dr. Heidi E. Zesch
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der
Med. Univ. Wien
Währinger Gürtel 18–20
1090 Wien
Tel.: 01/40400-3012
E-Mail: pkj@meduniwien.ac.at

Psychoedukation bei ADHS

Psychoedukation bessert die ADHS-Symptome, sodass Eltern und Kinder zufriedener sind und Konfliktsituationen seltener werden.

Rezente Studie zeigen, dass Psychoedukation bei Kindern mit ADHS zu Verbesserungen des Verhaltens, der Interaktion mit Eltern und Lehrern sowie der Compliance zu medikamentösen Therapien führt.

In einer multimodalen Therapie bei ADHS wird Psychoedukation als erster Schritt empfohlen. In einer systematischen Übersicht der zwischen Januar 1980 und Juli 2010 veröffentlichten Studien haben spanische Forscher die Effektivität bestätigt. Psychoedukation ist eine professionelle Therapie mit psychotherapeutischen und pädagogischen Elementen: Dazu gehören Information von Eltern, Patienten und Erziehern über das Störungsbild und die Kompensationsmöglichkeiten.

Sieben Studien zu diesem Thema mit 2.034 Studienteilnehmern haben die Au-

toren in ihre Bewertung aufgenommen¹. Die Studien unterschieden sich darin, ob die psychoedukativen Ansätze an Eltern von ADHS-Kindern, den Kindern selbst und deren Familien oder bei deren Lehrern zur Anwendung kamen. Obwohl die Datenlage eingeschränkt und die Interpretation daher schwierig ist, kamen alle Studien zu dem Schluss, dass Psychoedukation die ADHS-Symptome bessert, dass Eltern und Kinder zufriedener sind und Konfliktsituationen seltener werden.

In einer schwedischen Studie wurde der Effekt einer Kombination von Psychoedukation plus medikamentösen Behandlung mit Atomoxetin geprüft². Insgesamt 99 pädiatrische ADHS-Patienten erhielten zusätzlich zu psychoedukativen Maßnahmen Atomoxetin oder Placebo. Die Auswertung der Daten ergab einen signifikanten Vorteil im Sinne einer Reduktion auf

der ADHS-RS (ADHS Rating-Scale) für die Atomoxetin-Gruppe im Vergleich zum Placebo-Arm (-19,0 vs. -6,3 Effektgröße (ES)=1,3). Die Höhe der Effekt-Größe erklären die Studienautoren einerseits damit, dass es sich bei den Studienteilnehmern um bis dato Stimulantien-naive Patienten gehandelt hat. Andererseits könnte das Ergebnis auf eine positive Interaktion zwischen Psychoedukation und Atomoxetin-Behandlung hinweisen, die möglicherweise zu einer Verbesserung der Compliance führt. ■

- 1 Montoya et al.:** Eur Psychiatry 2011;26:166–75.
2 Svanborg et al.: Eur Child Adolesc Psychiatry 2009;18:240–9.