

ADS – Aktuelles zur Therapie

Doppelvortrag im Oggersheimer Vitalzentrum

von Prof. Dr. König

und

Dr. Merkel

1. Teil: ADS und Epilepsie

Da ADS und Epilepsie oftmals gleichzeitig auftreten, ist es bedeutsam, eine richtige sogenannte Differential-Diagnose zu stellen, um, wie der Name sagt, bei unklarem Krankheitsbild zwischen den Symptomen beider Pole zu differenzieren und den Patienten richtig zu diagnostizieren. Denn z. B. kann eine **Absenz-Epilepsie** als ein **unaufmerksames ADS** fehldiagnostiziert und der Betroffene jahrelang (!) falsch behandelt werden, da sich die Symptome ziemlich ähneln: Der Betroffene erscheint plötzlich regungslos und erzeugt höchstens leichte Ticks, eine Aura (neuropsychische Veränderungen, die einem Anfall unmittelbar vorausgehen können) ist oft weder zu sehen noch mit EEG zu messen. Weitere wichtige Differentialdiagnosen sind eine **Schlafapnoe**, eine **Unter- oder Überforderung** in der Schule, eine **tiefgreifende Entwicklungsstörung** und eine **Seh- und Hörschwäche**. All dies verursacht ähnliche Symptome wie eine Absenz-Epilepsie oder ein unaufmerksames ADS.

ADS tritt in 31% der Fälle allein auf, bei 11% ist eine Tic-Störung dabei, bei 14% soziale Schwierigkeiten, bei 34% emotionale und Angststörungen und bei 40% Oppositionell-aggressives Verhalten. In bis zu 37% der Fälle tritt Epilepsie mit ADS zugleich auf, 11% fallen auf den Mischtyp, aber 24% auf den unaufmerksamen und nur 2% auf den hyperaktiven Typus.

Weiterhin ist zu sagen, dass Methylphenidat bei Epilepsie und ADS nicht nur unproblematisch ist, sondern dass vielmehr eine Unterversorgung folgende Gefahr darstellt. Denn tritt beides zugleich auf, dann haben ganze 75% der Betroffenen massive Schulprobleme (d. h. dass der Rest nicht keine Probleme hat, sondern nur weniger massiv), indes bei 82% die Vergabe von Methylphenidat hilft.

2. Therapie und Patientenführung

3-5% der Bevölkerung haben AD(H)S und sind somit von volkswirtschaftlicher Bedeutung, da es nicht nur zu Arbeitsausfällen, Bildungs- und Berufsabbrüchen kommt, sondern auch ganze Familien- und Gesellschaftszusammenhänge in Mitleidenschaft gezogen werden. Eine sinnvolle und Erfolg versprechende Therapie kann **nur multimodal** sein, d. h. viele Fachleute müssen interdisziplinär zusammen arbeiten. **Medikation allein macht zunächst nur therapiefähig. Diese muss nun umgehend genutzt werden.** (Denn nur 10% kommen allein mit Medikamenten aus.)

Dabei ist eine Diagnosestellung nicht einfach, vor allem, weil es der Abgrenzung zu anderen Störungsbildern bedarf, einer **Differential-Diagnose** (Depression, Entwicklungsstörung, Posttraumatische Störung, Autismus, Borderline, Psychose etc.), wobei es durchaus und häufig zu Überlappungen kommt, da 50% an **komorbiden Erkrankungen** leiden. Eine **Hintergrund-Anamnese** unabdingbar (**psychosoziale Kofaktoren** v. a. betreffs Familie; Unfälle, Vergiftungen usw.). All dies ist sehr aufwändig und kann nur in und von einer **spezialisierten Arztpraxis leitliniengerecht** durchgeführt werden.

Betont werden muss:

AD(H)S ist chronisch und bedarf kontinuierlicher Betreuung!!

Möglichkeiten der Therapie

→ Medikation:

Mittel der ersten Wahl ist hierbei **Methylphenidat** (®Ritalin, ®Medikinet, ®Equazym, ®Concerta, ®Methylpheni TAD; auch Präparate von ®Ratiopharm und ®Hexal); alternativ ®Strattera, ®Edronax/®Solvex, ®Nortrilen; selten Amphetaminpräparate (®Adderal), Buprobion (®Zyban) oder Phenethylin (®Captagon) Bei komorbiden Erkrankungen werden oft Antidepressiva, seltener Neuroleptika hinzu gegeben.

→ Begleittherapien:

Ergotherapie (Gestaltungstherapie), Verhaltenstherapie, Psychotherapie, Konzentrationstraining (z. B. „Marburger Konzentrationstraining“), „Coaching“ (Alltagsbewältigungstraining), bei Bedarf auch Logopädie (Sprechtraining) und Bewegungstherapie (Grob- und Feinmotorik).

→ KEINE THERAPIE UND IHRE VERHEERENDEN FOLGEN: Sucht, Straffälligkeit, berufliche Probleme („Job-Hopping“, „chronische Arbeitslosigkeit“), Unfälle, Probleme mit Partner und Familie (z. B. mehrmalige Scheidung), soziale Probleme; schlimmsten Falls Analphabetismus, ohne Schulabschluss, Obdachlosigkeit und Selbstmordgefährdung!

Methylphenidat

Etwa Drei-Viertel aller Betroffenen schlagen positiv darauf an (sog. „Responder“). Möglicherweise bedarf es einer Eingewöhnungszeit von bis zu zwei Wochen, in der Nebenwirkungen wie Bauch- und Kopfschmerzen auftreten können.

Bevor eine **Einstellung** auf das Medikament erfolgt, muss mittels einer **Vordiagnostik** die organische Befindlichkeit des Patienten eruiert werden (Blutwerte, Leberwerte, Blutdruck, Magenbeschwerden, Herz-Kreislaufbeschwerden, Allergien, sonstige Überempfindlichkeiten). Diese Untersuchung sollte im **Monats- oder längstens Quartalsabstand** immer wieder eingeholt werden.

Nachdem die eventuellen Nebenwirkungen abgeklungen sind, wird eine **Dosisaufsättigung** unternommen, d. h. beginnend bei 5mg wird die Menge um wiederum jeweils 5mg im (Mehr-)Wochenrhythmus auf bis zu 20mg Einzeldosis erhöht, bis sich die größtmögliche Besserung der Symptome zeigt. Gleichzeitig wird beobachtet, wie viele Einzeldosen benötigt werden (da eine Einzeldosis nur etwa 2-5h wirkt). Bedarf es mehr als einer Einzelvergabe, wird meist auf ein sog. **Retard-Präparat** umgestiegen.

Meist werden durch diese Medikation erst tiefer gehende Probleme ersichtlich (Ängste, Zwänge, Depressionen, Essstörungen; soziale Probleme). Dann braucht es oft zusätzlicher/alternativer Medikation und verstärkter Begleittherapien (s. o.)! Dabei ist zu sagen, dass für diese begleitenden Maßnahmen wegen des Aufwands und der Kostenintensität leider zu wenige Plätze mit zu langen Wartezeiten zur Verfügung stehen.

Arbeit mit dem Umfeld und sonstige Hilfestellungen

Ganz essentiell ist die **Miteinbeziehung des sozialen Umfeldes**, also Eltern/Erziehungsberechtigte, Lehrer, Erzieher, u. U. auch Ausbilder und Verwandte. Nach einer **gründlichen Aufklärung** über die Problematik und den Umgang damit bedarf es des **steten Kontaktes**. Hierbei müssen **klare Regeln** herrschen, die jedoch nicht als Fesseln empfunden werden dürfen. Berücksichtigt werden hierbei auch die verschiedenen Entwicklungsphasen des Kindes (z. B. Pubertät) als auch mögliche Besonderheiten in der familiären Konstellation (z. B. Patchwork-Familien; dies fällt unter psychosoziale Kofaktoren). Mitunter kommt man um stationäre Therapieaufenthalte (z. B. „Mutter-Kind-Kuren“) und **sozialpädagogische Hilfe** (z. B. Familienhelfer) nicht umhin.

Medizinischer Aufwand

Dieser ist leider enorm hoch, was viele Ärzte abschreckt, dieses Feld zu betreten. **ADS allein rechnet sich nicht**. Deshalb gibt es nur wenige Fachleute, die ADS als alleiniges Betätigungsfeld haben, und wenn, dann nur in Gemeinschaftspraxen. Zumeist sind es allgemeine Psychiater/Therapeuten/Kinderärzte mit nur einem Teil an ADS-Patienten, wobei vor allem bei erwachsenen Betroffenen die Versorgungslage noch ziemlich kritisch ist. Dies liegt darin begründet, dass das **gesamte Praxisteam geschult** oder zumindest gut informiert sein muss und der **logistische Aufwand enorm** ist (Räumlichkeiten + Durchführung aufwändiger Tests). All das kostet.

Fehlurteile

Erwähnt seien noch einmal die mannigfachen Fehlurteile, die verheerende Folgen haben können, behindern sie doch eine adäquate Therapie, da es oft schon allein der Bereitschaft ermangelt, eine solche zu beginnen:

→ **ADS ist keine Modediagnose!**

Früher wusste man nur nichts davon (und wollte nichts wissen), und entsprechend war der Leidensdruck.

→ **ADS kommt nicht von falscher oder schlechter Erziehung!**

Wohl gibt es psychosoziale Kofaktoren. Diese jedoch kommen daher, dass die leiblichen Eltern oft selber betroffen und mit der Erziehung überfordert sind. Nicht selten geben sie ihre Kinder zur Adoption – weshalb viele Pflegekinder ADS haben!

→ **„Wenn's interessant ist, klappt's doch auch!“**

Wenn es aber nicht interessant ist, kann ein Betroffener, im Gegensatz zum Nichtbetroffenen, keine gleich starke Aufmerksamkeit willentlich aufbringen. Er braucht längerfristiges Konzentrationstraining und/oder Medikamente - und wird trotzdem niemals wie ein Nichtbetroffener sein!

→ **Daher erübrigt sich auch der Satz** „Wenn du willst, dann kannst du auch!“, denn wenn es nicht interessant ist, dann kann ein Betroffener nicht wollen!

→ **Ritalin ist nicht gefährlicher als andere Psychopharmaka.** Viel gefährlicher ist das Ausbleiben einer Therapie!

→ **Ritalin wird nicht nur in der Schule benötigt, sondern auch bei Freizeit- und sozialen Aktivitäten, weil sich der Betroffene so besser steuern kann und auf weniger Misserfolge und Ablehnung stößt.**

→ **ADS wächst sich nicht aus!** Viele Unbehandelte lernen lediglich, die Symptome zu unterdrücken und entwickeln Zwänge oder Substanzabhängigkeiten (Selbstmedikation), so dass sie von außen nicht mehr so leicht wahrnehmbar sind.

von Christian Damian