

ADHS: Die medikamentöse Behandlung

10 Fragen und Antworten



MEDICE AUSTRIA

— a member of —



MEDICE
THE HEALTH FAMILY

IMPRESSUM

ADHS:

Die medikamentöse Behandlung
zweite, aktualisierte Auflage

Priv. Doz. Dr. päd. Dr. med. Jan Frölich.
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Kinderheilkunde – Psychotherapie
Büchsenstraße 15
70173 Stuttgart

Herausgegeben von:

MEDICE Arzneimittel GmbH
Dornbacher Straße 49/1 • 1170 Wien

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Wann sollte eine medikamentöse Behandlung bei einem Kind / Jugendlichen mit ADHS in Erwägung gezogen werden?	4
Muss eine medikamentöse Behandlung stets kombiniert werden mit anderen, ebenfalls effektiven Maßnahmen, wie einer Verhaltenstherapie?	6
Wann dürfen Psychostimulanzien nicht eingesetzt werden?	8
Wie wirken sich Psychostimulanzien auf die Symptomatik einer ADHS aus?	10
Wie erfolgt die Einnahme des Medikaments? Wie ist der Wirkungsverlauf über den Tag?	11
Wie funktioniert die Überprüfung der Wirksamkeit von Psychostimulanzien und deren Verträglichkeit?	12
Welche Nebenwirkungen können unter einer Psychostimulanzienbehandlung auftreten?	15
Wie erklärt man dem Kind / Jugendlichen die Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung und wie wichtig ist seine Mitarbeit für den Behandlungserfolg?	18
Wie lange sollte medikamentös behandelt werden? Sollte es Pausen geben? Muss man durchgehend behandeln?	20
Was ist zu bedenken, wenn ein jugendlicher Patient mit einer ADHS zur Einnahme missbräuchlicher Substanzen neigt und wie wirken sich Psychostimulanzien auf die Fahrsicherheit aus?	22

1. Wann sollte eine medikamentöse Behandlung bei einem Kind/Jugendlichen mit ADHS in Erwägung gezogen werden?

Zunächst setzt der Beginn einer medikamentösen Behandlung natürlich eine sorgfältige **Untersuchung bei einem Kinder- und Jugendarzt oder einem Facharzt für Kinder- und Jugend-Psychiatrie** voraus, da sich hinter manchen Symptomen einer ADHS ursächlich auch **andere psychische Störungen oder organische Erkrankungen** (z.B. schlafbezogene Atmungsstörungen oder Krampfanfälle) verbergen können.

Ist dies erfolgt, sollte geprüft werden, ob bereits **andere nicht-medikamentöse Maßnahmen** (v.a. die Verhaltenstherapie) durchgeführt wurden und **wie gut ihre Wirksamkeit war**.

Eine **Behandlung mit Medikamenten ist zu prüfen**, wenn verhaltenstherapeutische Maßnahmen über eine Dauer von mindestens 6, aber nicht mehr als 12 Monaten keine sichtbaren Verbesserungen bewirkt haben. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn nach wie vor ein **erheblicher Leidensdruck** bei dem Kind oder in seiner direkten Lebensumwelt, vor allem bei den Eltern, besteht. Weiterhin, wenn die **Schullaufbahn** des Kindes aufgrund der Symptomatik ernsthaft **gefährdet** ist, die **soziale Eingliederung** in die Gleichaltrigengruppe **unzufriedenstellend** ist oder wenn sich hieraus in der Folge **weitere psychische und soziale Probleme**, wie Schulangst, depressive Symptome oder aggressive Verhaltensweisen zu entwickeln drohen.

Eine **medikamentöse Behandlung** ist des Weiteren sogar noch **vor oder parallel mit der Einleitung verhaltensbezogener therapeutischer oder pädagogischer Maßnahmen** angezeigt, wenn die **Symptomatik** des Störungsbildes so **schwerwiegend** ist, dass deren Effekte nicht abgewartet werden können. Ansonsten steigt das **Risiko** erheblich, dass sich in der Zwischenzeit **weitere störungsbedingte Komplikationen** entwickelt haben, die die therapeutische Arbeit zusätzlich erschweren.

Viele Eltern schrecken vor einer medikamentösen Behandlung zurück, weil sie ihr Kind nicht dem Risiko von möglichen Spätfolgen des eingesetzten Medikaments aussetzen wollen, eine Suchtgefahr oder eine Persönlichkeitsveränderung befürchten.

Bei diesen Überlegungen ist es ratsam, zunächst einmal diese Befürchtungen mit dem behandelnden Arzt offen anzusprechen, um sich über Wirkungen und Nebenwirkungen einer möglichen Medikation zu informieren.



Es ist festzuhalten, dass eine **medikamentöse Behandlung mit sog. Psychostimulanzien** aufgrund einer Vielzahl von kontrollierten Studien und aufgrund langjähriger klinischer Erfahrung nach derzeitigem wissenschaftlichen Erkenntnisstand als eine **medizinisch sichere Behandlungssäule** mit großer Wichtigkeit im Gesamtbehandlungskonzept anzusehen ist.

Die Behandlung mit Medikamenten kann ganz erheblich dazu beitragen, weitere Folgestörungen oder -erkrankungen, die mit einer ADHS einhergehen, zu vermeiden. Bei den als Psychostimulanzien eingesetzten Arzneimitteln handelt es sich um **Methylphenidat** oder um **Amphetamin**.

2. Muss eine medikamentöse Behandlung stets kombiniert werden mit anderen, ebenfalls effektiven Maßnahmen, wie einer Verhaltenstherapie?

Dies hängt wesentlich davon ab, wie viele Begleitprobleme das Kind aufweist, z.B. gestörtes, aggressives Sozialverhalten, Schulängste o.ä.. **Wenn eins oder mehrere Begleitprobleme vorliegen**, und das ist bei mehr als 60% der von einer ADHS Betroffenen der Fall, **ist die Kombination mit anderen therapeutischen Maßnahmen umso wichtiger**. In diesem Fall besteht die vordringliche Aufgabe der medikamentösen Therapie darin, die Kernsymptome des Störungsbildes, also Aufmerksamkeitsdefizienz, Impulsivität und Hyperaktivität, zu verringern, während sich z.B. die verhaltenstherapeutischen Maßnahmen auf die Begleitsymptome konzentrieren. **Auf diese Weise ergänzen sich beide Therapiestränge gegenseitig** und können das Behandlungsergebnis verbessern.

Auf der anderen Seite gibt es natürlich auch Fälle, in denen **eine reine Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Begleitprobleme besteht**. Vor allem bei den Kindern und Jugendlichen, bei denen eine **sehr gute medikamentöse Wirkung** erzielt werden kann, kommt es in der Folge zu einer ausgesprochen starken Verminderung der ADHS bezogenen Symptome, so dass **durch weitere Maßnahmen keine weiteren Symptomvermindierungen zu erwarten sind**. Bei dieser Gruppe von Kindern und Jugendlichen führt zudem die posi-

tive Wirkung der Medikation zu erheblichen positiven Folgeeffekten, z.B. zu einer höheren Motivation bei zu tätigenen Aufgaben in der Schule und zuhause.

Eine ausschließliche medikamentöse Behandlung setzt zugleich aber zumindest zwei voraussetzende Grundbedingungen in der Lebenswelt des Kindes voraus:

Erstens sollte die **Medikation** von einem in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ADHS-erfahrenen Arzt **sorgfältig ausgetestet werden. Sie sollte immer wieder, z.B. alle drei Monate, sorgfältig kontrolliert werden**, um ggf. effektive Dosisanpassungen vornehmen zu können und mögliche Nebenwirkungen zu kontrollieren. Dabei ist auch immer wieder zu besprechen, ob sich in der Zwischenzeit andere, bislang nicht bekannte Probleme bei dem Kind entwickelt haben, so dass jederzeit eine nicht-medikamentöse Behandlungsmaßnahme geplant werden kann. Der behandelnde Arzt ist auf diese Weise der erste Ansprechpartner für die Probleme des Kindes und seiner Familie und sollte auf diese Weise zum Lotsen bzw. Fallmanager für zu planende weitergehende Maßnahmen werden.

Zweitens sollten die **Eltern und Lehrer** in der Lage dazu sein und sich darin auch fähig fühlen, dem Kind eine angemessene pädagogische Struktur zu geben, die den Besonderheiten des Störungsbildes Rechnung trägt. Dies setzt **gute Kenntnisse über das Störungsbild voraus und die Fähigkeit zu einem kompetenten, sehr strukturierten Umgang mit dem Kind.**

3. Wann dürfen Psychostimulanzien nicht eingesetzt werden?

Gegen eine Behandlung mit Psychostimulanzien (vor allem Methylphenidat, Amphetamin) gibt es nur einzelne absolute Gegenanzeigen.

Es bestehen eher so genannte relative Gegenanzeigen, also vorbestehende Bedingungen beim Patienten, unter denen eine Erstbehandlung mit einem Psychostimulanz unter besonderen medizinischen Vorsichtsmaßnahmen durchgeführt werden sollte.

- Bei einem vorbestehenden **Hirnkampfleiden (Epilepsie)** sollte mit den dafür zur Verfügung stehenden Medikamenten Anfallsfreiheit vorliegen. Eine Kombination mit einem Psychostimulanz ist dann durchführbar
- Bei Vorliegen eines **Herz-Kreislaufleidens** ist eine Psychostimulanzienmedikation in enger Absprache mit dem behandelnden Spezialisten möglich.
- Eine vorangehende oder bestehende sog. **Ticstörung**, oder Gilles-de la-Tourette-Syndrom, welche sich in unwillkürlichen Zuckungen der Muskulatur oder Lautäußerungen äußert, zwingt zu einer vorsichtigen Dosierung des gewählten Psychostimulanz. Es sollte aber auch

erwähnt werden, dass sich die Ticsymptome unter einer Behandlung mit einem Psychostimulanz sogar verbessern können.

Bei Verstärkung der Tics unter der Psychostimulanzienbehandlung muss gegebenenfalls die Dosierung verringert werden, die Behandlung abgebrochen oder, falls nötig, eine kombinierte medikamentöse Behandlung mit einer Tic vermindern Substanz begonnen werden.

- Bei Vorliegen eines **Drogenmissbrauchs** des Patienten oder in seinem direkten Umfeld sollte eine psychostimulanzienbehandlung wegen des Missbrauchspotentials auf nicht sachgemäße Einnahme durch den Patienten oder Dritte nicht oder nur durch die Vergabe missbrauchsgeschützter Darreichungsformen erfolgen. Im Zweifelsfall sollte in diesen Fällen eher auf Medikamente zweiter Wahl wie Atomoxetin zurückgegriffen werden.

- In wenigen Fällen kann eine Behandlung mit Psychostimulanzien eine **depressive Stimmung** sowie **Ängste** bei den Kindern oder Jugendlichen verstärken oder auslösen, so dass hier im konkreten Einzelfall über die Fortführung der medikamentösen Behandlung entschieden werden muss.

Bei gleichzeitigem Vorliegen von einer ADHS mit einem der beiden Störungsbilder wäre aber auch als individueller Heilversuch eine kombinierte Behandlung mit einem modernen Antidepressivum (sogenannte Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) möglich.

- Bei einer bestehenden **Magersucht** sollten Psychostimulanzien auf keinen Fall gegeben werden.

- Eine (vor-) bestehende **Psychose** kann sich unter einer Behandlung mit Psychostimulanzien verschlechtern. Deshalb dürfen sie in diesen Fällen nicht zum Einsatz kommen.

Weiterhin verbietet sich der Einsatz:

- Bei Überempfindlichkeit gegenüber Methylphenidat oder anderen Medikamenten, die das sympathische Nervensystem stimulieren.
- Bei mittelschwerem und schwerem Bluthochdruck.
- Bei Schilddrüsenüberfunktion.
- Bei erhöhtem Augeninnendruck.
- Bei Patientinnen während der Schwangerschaft.

4. Wie wirken sich Psychostimulanzen auf die Symptomatik einer ADHS aus?

Die **Psychostimulanzen bewirken** bei Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS **zunächst einmal vor allem eine positive Beeinflussung der typischen Zeichen des Störungsbildes**, d.h. eine Verminderung der Hyperaktivität, eine Verringerung der Impulsivität und eine Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit. Zusätzlich kommt es in der Regel zu einer Abnahme oppositioneller und aggressiver Verhaltensweisen. Daneben verbessert sich oftmals der Wachheitsgrad des Behandelten, das Schriftbild und auch die Motorik.

Von entscheidender Bedeutung ist, **dass sich durch die positive Beeinflussung der Kernprobleme sehr oft vielfache positive Folgeauswirkungen beim Behandelten als auch in seinem Umfeld ergeben**: Aufgrund der besseren Ausschöpfung der geistigen Fähigkeiten wird oft eine Verbesserung der Schulnoten erzielt, was natürlich die Leistungsmotivation entscheidend positiv beeinflusst. Störverhaltensweisen während des Unterrichts werden geringer.

Im Hausaufgabenbereich wird selbständiger, schneller und zielgerichteter gearbeitet. In der Folge verbessert sich ebenfalls die Beziehung des Kindes/des Jugendlichen zu seinen Eltern, den Lehrern oder zu Gleichaltrigen bedeutend.



5. Wie erfolgt die Einnahme des Medikaments? Wie ist der Wirkungsverlauf über den Tag?

In vielen Fällen erfolgt die Einnahme des Medikamentes zweimal am Tag zumeist zum Frühstück und beim Mittagessen. Es sollte auf eine ausreichende Nahrungsaufnahme geachtet werden, da nüchtern möglicherweise Magenbeschwerden zu erwarten sind oder z.B. bei verzögert wirksamen Methylphenidatpräparaten die Medikamentenwirkung wieder rascher abgebaut werden kann. Die **Wirkung setzt** zumeist **30-45 Minuten nach der Einnahme ein**, erreicht ihr **Maximum nach ca. 2 Stunden** und **lässt** dann bei verzögert freigesetztem Wirkstoff individuell unterschiedlich **nach 6-8 Stunden wieder nach**. Hierbei kann es **erhebliche individuelle Unterschiede** geben. Bei manchen Kindern setzt die Wirkung innerhalb von Minuten dramatisch ein, um nach einigen Stunden ebenso abrupt wieder zu Ende zu gehen. Bei vielen Kindern, vor allem wenn Verzögerungspräparate eingenommen werden, sind die Übergänge „weicher“ und die Wirkung des Medikaments ist je nach eingesetztem Präparat unterschiedlich lang bis in den Nachmittag oder in den Abend hinein festzustellen.



6. Wie funktioniert die Überprüfung der Wirksamkeit von Psychostimulanzien und deren Verträglichkeit?

Hierbei handelt es sich um eine individuelle Austestung, weil sowohl die Wirkungen als auch die Nebenwirkungen des eingesetzten Medikamentes beim einzelnen Kind oder Jugendlichen sehr unterschiedlich ausfallen und natürlich auch die Symptomatik des Störungsbildes sehr vielgestaltig ist.

Vor dem Beginn einer individuellen medikamentösen Austestung sowie in regelmäßigen Abständen während der Behandlung sollten bei dem Patienten einige körperliche Untersuchungen (wie z.B. Blutbild, Blutdruck, Puls, Körpergröße und -gewicht) durchgeführt werden, über deren Umfang und Notwendigkeit der behandelnde Arzt im Einzelfall entscheidet.

Als die drei wichtigsten **Zielsetzungen** einer **individuellen medikamentösen Austestung** können deswegen formuliert werden:

1. Auffinden der **niedrigst notwendigen Dosierung**, die optimale Therapieeffekte erbringt und
2. **zugleich** keine oder nur **geringe, tolerierbare Nebenwirkungen** zulässt.
3. **Auswahl einer Medikation**, die je nach Ausprägung der Problematik im Tagesverlauf entweder nur **kurz (Vormittag)**, **mittellang (bis zum Nachmittag)** oder **sehr lang (bis zum Abend)** anhält.

Es ist wichtig, die medikamentöse Austestung in möglichst standardisierter Form durchzuführen und auch so objektiv wie möglich zu gestalten.

Praktisch bedeutet dies, dass hierfür zum einen **Fragebögen/Checklisten** über Wirkung und Nebenwirkungen der Medikation verwendet werden sollten. Wie in einem Tagebuch sollten hier **wöchentlich Beobachtungen** durchgeführt werden. Es werden **wochenweise wechselnde Dosierungen eines zunächst nicht retardierten Psychostimulanz eingesetzt (niedrig-mittel-hoch)**, um die optimale Wirkdosis zu ermitteln. Es ist sinnvoll, die Austestung zunächst mit einer kurz wirksamen Substanz vorzunehmen, da hierdurch die optimale individuelle Dosierung am besten ermittelt werden kann und darüber hinaus auch festgestellt werden kann, wie lange die Wirkung anhält bei dieser Darreichungsform. Alternativ kann jedoch auch von Beginn der Behandlung an ein verzögert freisetzendes Psychostimulanz in niedriger Dosierung verwendet werden, wenn schon zu Beginn der Behandlung absehbar ist, dass die mehrmalige Einnahme eines sofort freisetzenden Medikamentes nicht durchführbar ist. Die **sachliche Beurteilung** der Austestung **steigt erheblich, wenn der Klassenlehrer mit in die Beobachtung einbezogen wird.**

Die Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass, gerade im Hinblick auf die Verbesserung der Kernsymptome der ADHS, der Lehrer die wichtigste Informationsquelle darstellt, die Eltern dagegen am besten die Verträglichkeit einschätzen können.



Mit Sicherheit kann gesagt werden, dass diese individuelle Form der medikamentösen Austestung die effektivste Form darstellt zu überprüfen, ob ein Kind oder Jugendlicher mit einer ADHS auf das Psychostimulanz anspricht. In der Regel ist die Beantwortung dieser Frage mit dieser Methode innerhalb von 4–6 Wochen klar möglich! **Bei bis zu 80% der Kinder oder Jugendlichen mit einer ADHS kann mit dieser Methode ein spürbarer Rückgang der Symptomatik erzielt werden.**

Nach der Phase der medikamentösen Einstellung empfehlen sich zunächst weitere Rücksprachen mit dem behandelnden Arzt alle 6–8 Wochen, da manchmal doch noch Dosisanpassungen vorgenommen werden müssen und vor allem die Frage zu beantworten ist, ob das Kind/der Jugendliche mit einer nicht retardierten Substanz, einem verzögert wirksamen sog. **Retardpräparat** mit mittellanger Wirkung oder sehr langer Wirkung behandelt werden sollte.

Dies hängt wesentlich davon ab, wie stark die Symptomatik im Tagesverlauf ausgeprägt ist, ob es erhebliche Symptomschwankungen mit und ohne medikamentöse Wirkung gibt und ob eine möglicherweise zwei- bis dreimalige Gabe am Tag gewährleistet werden kann und auch zumutbar ist.

Eine **Behandlung mit einer Retardsubstanz empfiehlt sich immer bei starken Symptomschwankungen, raschem Nachlassen der medikamentösen Wirkung und Problemen bei der regelmäßigen Tabletteneinnahme.**



7. Welche Nebenwirkungen können unter einer psychostimulanzienbehandlung auftreten?

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die **Psychostimulanzien gut verträglich** sind. Von allen auf das **zentrale Nervensystem wirksamen Arzneimitteln** ist diese Substanzgruppe im **Kindes- und Jugendalter am besten untersucht**. Im Regelfall treten, falls überhaupt, **Nebenwirkungen nur vorübergehend**, d.h. während der ersten Wochen der Einnahme, auf. Sie sind **dosisabhängig und in den meisten Fällen nicht schwerwiegend**. Des Weiteren gilt, dass **Nebenwirkungen** beim Absetzen der Behandlung rasch wieder nachlassen und auch oft durch **eine Verringerung der Dosierung oder eine Veränderung der Verabreichungszeiten deutlich verringert werden können**. Entgegen immer wieder vorgebrachter Kritik, Psychostimulanzien würden ein Suchtpotential beinhalten, muss diese Vorhaltung klar verneint bzw. differenziert werden.

Auf dem ärztlich vorgeschriebenen, mit der Nahrung erfolgten Verabreichungsweg über den Magen-Darm Trakt besteht keine Suchtgefahr für die Einnahme der

Psychostimulanzien. Eine gewisse Suchtgefahr sowie ein erhöhtes Risiko zur Auslösung psychotischer Zustände besteht dagegen, falls die Einnahme über die Nasenschleimhaut oder intravenös erfolgt.

Des Weiteren ist bei der Verschreibung von Methylphenidat Vorsicht geboten, wenn sich der Patient in einem sozialen Umfeld mit einem erhöhten Risiko für Arzneimittel- oder Drogenmissbrauch bewegt.

Die häufigste Nebenwirkung kann **eine Verminderung des Appetits** darstellen, da Psychostimulanzien eine appetithemmende Wirkung entfalten können. Aus diesem Grund sollte zum einen die Medikamenteneinnahme zu oder direkt nach den Mahlzeiten erfolgen. Kommt es zu einer Appetitverminderung, ist z.B. eine Kalorienanreicherung der Nahrung zu überlegen. Auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr sollte auch geachtet werden. In seltenen Ausnahmefällen stellt eine ausgelöste deutliche Gewichtsabnahme einen Grund dar, die Behandlung z.B. in den Ferien auszusetzen.

Des Weiteren können Psychostimulanzien eine **Ein- oder auch Durchschlafstörung** nach sich ziehen. Deshalb sollte die Mittagsgabe zu meist nicht am späteren Nachmittag erfolgen.

In Einzelfällen kann eine ausgeprägte Schlafstörung, einhergehend mit einem anhaltenden Unausgeschlafensein des Kindes/des Jugendlichen zu einer Zunahme der Konzentrationsprobleme am Tage und einer vermehrten Impulsivität bzw. Reizbarkeit führen.

Dieses Phänomen kann v.a. bei Präparaten mit verlängerter Wirkzeit (Retardpräparate) beobachtet werden. Im Einzelfall ist hier die Nachmittagsdosis zu reduzieren. Es sollte aber auch erwähnt werden, dass vorbestehende Ein- und Durchschlafprobleme bei manchen Kindern/ Jugendlichen durch eine Medikamentengabe am späten Nachmittag sogar verringert werden können.

Relativ häufig können zu Beginn der Behandlung **leichte Kopf- oder Bauchschmerzen** auftreten sowie **Schwindelgefühl**. Diese Nebenwirkungen lassen aber in den meisten Fällen nach wenigen Tagen wieder nach.

Die vorübergehende Gabe eines Schmerzmittels (z.B. Paracetamol) wäre in Absprache mit dem behandelnden Arzt denkbar.

In seltenen Fällen ist auch ein **geringer Anstieg der Schlaghäufigkeit des Herzens** sowie des **Blutdrucks** möglich. Anzeichen hierfür können Kopfschmerzen oder ein unangenehmes Unruhegefühl im Brustbereich sein. Es empfiehlt sich dann eine regelmäßige Kontrolle der beiden Werte.

Manchmal können Psychostimulanzien einen **Verlust an Freude**, eine **traurige Verstimmung** oder eine **Antriebsminderung** bis hin zur **Teilnahmslosigkeit** zur Folge haben.

Auch eine **Zunahme von Weinerlichkeit und Ängstlichkeit** kann beobachtet werden. Umgekehrt können sehr selten auch eine **über die Maßen fröhliche Stimmungslage** sowie **Veränderungen des Denkens und der Wahrnehmung**, sog. **psychotische Symptome** beobachtet werden. Meist sind diese Zeichen Ausdruck einer zu hohen Dosierung. Wichtig ist natürlich, vor der Behandlung zu klären, ob das zu behandelnde Kind/der Jugendliche schon einmal unter den beschriebenen Auffälligkeiten litt oder diese neben der ADHS bestehen, da sie sich unter der Psychostimulanzienbehandlung verstärken können.

Eine **vorbestehende Ticstörung kann sich** durch eine Psychostimulanzienmedikation **verschlechtern**, sie kann aber **auch ausgelöst werden** und sogar in Einzelfällen nach der Beendigung der Behandlung fortbestehen. Andererseits gibt es aber sogar auch Fälle, in denen sich die Ticsymptomatik unter der Psychostimulanzienbehandlung **vermindert**.

In sehr seltenen Fällen können **Überempfindlichkeitsreaktionen** auftreten, z.B. Hautjucken oder -ausschlag, Bindehautentzündung, Nesselsucht, Haarausfall sowie Muskel- oder Gelenkschmerzen. Sehr selten sind ebenfalls Blutbildveränderungen oder eine Erhöhung der Leberwerte. Ein Absetzen der Behandlung ist dann zu erwägen.

Unter der Behandlung können vor allem unter hohen Dosierungen Wachstumsverzögerungen auftreten, allerdings wird die Körpergröße nach heutigem Kenntnisstand langfristig nicht negativ beeinflusst.

8. Wie erklärt man dem Kind/ Jugendlichen die Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung und wie wichtig ist seine Mitarbeit für den Behandlungserfolg?

Auf jeden Fall sollte das Kind/der Jugendliche in altersgemäßer Form über die Zielsetzung und Wirkungen der medikamentösen Behandlung aufgeklärt werden. **Dem Kind sollte erklärt werden, dass das eingenommene Medikament dazu beitragen soll und kann, die Konzentration während des Schulunterrichts zu erhöhen.** Zugleich muss es/er aber darauf hingewiesen werden, dass es sich dabei lediglich um **eine „Starthilfe“** handelt und die Behandlung weder intelligenter macht, noch dass hierdurch von nun an die Unterrichtsbeteiligung oder die Erledigung der Hausaufgaben ohne Eigenanstrengung von statten geht.

Des Weiteren sollte das Kind/der Jugendliche darin versichert werden, dass die Einnahme von Tabletten nicht bedeutet, dass es/er krank ist. Dies würde nur ein unnötiges, weiteres negatives Empfinden auslösen.



Auffällig ist, dass viele der auch sehr erfolgreich behandelten Kinder/Jugendlichen nicht zuverlässig die Wirksamkeit der Behandlung feststellen können, wobei die Gründe hierfür unklar sind. **Insofern ist das Kind/der Jugendliche zwar eine wichtige Informationsquelle, vor allem für die Verträglichkeit, aber entscheidend ist die Beobachtung durch die Eltern und die Lehrer.**

Im Jugendlichenalter kommt der Information des Behandelten zunehmende Wichtigkeit zu. Hier sollte darauf hingewiesen werden, dass Jugendliche oftmals die Medikation absetzen möchten, weil sie „nicht anders sein möchten als andere Gleichaltrige“ oder weil sie sich „nicht echt“ fühlen, wenn sie das Medikament einnehmen. Es macht hier gar keinen Sinn, von der Seite der Eltern, auf der Medikamenteneinnahme zu bestehen, sondern es ist Aufgabe des behandelnden Arztes, den Jugendlichen im Einzelgespräch über den weiteren Nutzen der Behandlung zu informieren und ihn dazu zu gewinnen.

Manchmal ist es hier ratsam, Kompromisse mit dem Jugendlichen einzugehen (z.B. über den Zeitraum der Einnahme), um die Fortsetzung der Behandlung nicht zu gefährden.

9. Wie lange sollte medikamentös behandelt werden? Sollte es Pausen geben? Muss man durchgehend behandeln?

Nach der 4-6-wöchigen Austestphase der Medikation sollten sich die Eltern in aller Regel mit dem behandelnden Arzt zusammensetzen und mit ihm die Wirksamkeit der Behandlung, die aufgetretenen Nebenwirkungen und die optimal wirksame Dosis besprechen.

Bei guter Wirksamkeit und Verträglichkeit sollte nun gemeinsam entschieden werden, ob eine durchgehende medikamentöse Behandlung sinnvoll ist, d.h. auch am Wochenende oder in den Ferien, oder ob die Medikation nur während der Schulwoche eingenommen werden sollte. Hier gilt das **Grundprinzip „So wenig wie möglich, so viel wie nötig“!**

Praktisch bedeutet dies, dass **bei einem ausgeprägten, in verschiedenen Lebenssituationen auftretenden Schweregrad der Verhaltensauffälligkeiten des Kindes/Jugendlichen, immer eine zunächst durchgehende Behandlung zu empfehlen ist.**

In mehr als der Hälfte der Fälle sollte so vorgefahren werden, da auf diese Weise zunächst einmal eine gleichmäßige Entlastung in mehreren Lebensbereichen erzielt werden kann.

Beschränkt sich die Problematik dagegen im Wesentlichen auf schulische Lern- und Leistungsprobleme, kann eine Behandlung lediglich in der Schulwoche durchaus befürwortet werden, es sei denn, beim Neubeginn der Medikamentengabe treten jeweils wieder Nebenwirkungen, z.B. Kopfschmerzen oder Unwohlsein, auf. Eine Behandlungspause, vor allem in den längeren Ferien, empfiehlt sich ausserdem, wenn das Kind im Einzelfall stark an Gewicht abgenommen haben sollte. Die Ferien sollten hier dazu genutzt werden, wieder an Gewicht zuzunehmen. Ausdrücklich sei jedoch darauf hingewiesen, dass eine Behandlungspause entgegen früheren Annahmen wegen eines angeblich verlangsamten Körperwachstums nicht notwendig ist.

Die Dauer der Behandlung sollte zunächst auf ca. ein Schuljahr begrenzt werden. Nachfolgend empfiehlt sich ein **kontrollierter Absetzversuch unter normalen Belastungsbedingungen**, also in der Regel nicht in den Schulferien, **um zu prüfen, ob die Medikation noch notwendig ist**, z.B. wenn zugleich eine Verhaltenstherapie durchgeführt wurde.

Aller Erfahrung nach ist die Behandlung aber zumeist **über mehrere Jahre hinweg notwendig**, weil es sich um ein oftmals bis in das junge Erwachsenenalter hinziehendes Störungsbild handelt. Andererseits sollte auch darauf hingewiesen werden, dass eine Psychostimulanzienbehandlung nicht als lebenslang notwendige Maßnahme angesehen werden sollte analog etwa einer Insulinbehandlung bei Diabetes.

Der Jugendliche und junge Erwachsene hat erstens gute Chancen, dass sich die Symptomatik in der Entwicklung von selbst vermindert, zum anderen kann der Betroffene aber durchaus auch lernen, mit den sich aus einer ADHS ergebenden Problemen ohne medikamentöse Hilfe angemessen umzugehen.

10. Was ist zu bedenken, wenn ein jugendlicher Patient mit einer ADHS zur Einnahme missbräuchlicher Substanzen neigt und wie wirken sich Psychostimulanzien auf die Fahrsicherheit aus?

Ohne Frage stellt die Psychostimulanzienbehandlung eines Jugendlichen, der regelmäßig Alkohol oder Drogen einnimmt oder bei dem gar eine Abhängigkeit besteht, eine Gegenanzeige dar!

Dieser Leitsatz gilt aber nur für eine mögliche gleichzeitige Einnahme von Drogen und Psychostimulanzien. Bei erzielter Drogenabstinenz können Psychostimulanzien sogar dazu beitragen, Rückfälle in den Substanzmissbrauch zu verhindern.

Das Behandlungskonzept sollte nach neueren Erkenntnissen zunächst das Sucht-/Missbrauchsproblem zum ersten Ziel erklären und danach die ADHS.

Dies schließt nicht aus, dass bereits in der auf den Substanzmissbrauch angelegten Behandlungsphase andere Medikamente, vor allem Antidepressiva oder Atomoxetin, zum Einsatz kommen können.

Zur **Fahrsicherheit** kann festgestellt werden, dass die **ordnungsgemäße Einnahme von Psychostimulanzien die Fahrsicherheit nachweislich erhöht**, da sich die Fähigkeit zu einer konzentrierten und reflektierten Teil-

nahme am Straßenverkehr eindeutig erhöht. **Dennoch können besonders bei erstmaliger Einnahme oder Dosisänderungen unerwünschte Nebenwirkungen, wie z.B. Schläfrigkeit oder Schwindel auftreten, die das Reaktionsvermögen beeinträchtigen.**

Problematisch kann auch sein, wenn individuell ein schneller Wirkverlust der Medikation eintritt. **Denkbar ist auch eine Selbstüberschätzung und gesteigerte Risikobereitschaft.** Grundsätzlich gilt deswegen, dass der zu Behandelnde gut dazu in der Lage sein sollte, bei sich selbst die Art der medikamentösen Wirkung, also z.B. Dauer und Wirkprofil, einschätzen zu können und seine Fahrgewohnheiten entsprechend anzupassen. Dass sich eine Teilnahme am Straßenverkehr unter kombinierter Einnahme von Psychostimulanzien mit Alkohol oder anderen Missbrauchssubstanzen verbietet, sollte eine Selbstverständlichkeit sein!



MEDICE AUSTRIA

— a member of —



MEDICE
THE HEALTH FAMILY

MEDICE Arzneimittel GmbH

Dornbacher Straße 49/1 • 1170 Wien

89100038315

