

**„Zappelphilipp“ wird ruhiger, Hans-Guck-in-die-Luft“ leidet vermehrt:**

**Behandlungsmöglichkeiten von ADHS-Betroffenen im Jugendalter.**



Tagung ELPOS BERN 31.10.2009

Dr.med. Meinrad H. Ryffel  
Kinder- und Jugendarzt FMH  
3053 Münchenbuchsee

Bis vor einigen Jahren galt:

- „POS“ verwächst sich mit der Pubertät, dh es ist eine typische Kinderkrankheit. Hyperaktivität als entscheidendes Symptom !
- Die Medikation mit Stimulanzien, dh Medikamenten wie Ritalin etc, muss spätestens in der Pubertät abgesetzt werden, da eine ausgesprochene Suchtgefahr bestehen soll.
- ADHS im Erwachsenenalter war unbekannt

Nachfolgend Darstellung mehrerer typischer Fälle aus meiner langjährigen Praxis, die die verschiedenen Fazetten von ADHS im Jugendalter aufzeigen sollen:

- Dankbare Patienten
- Schwierig zu führende Patienten
- Kaum therapierbare Patienten

## Anschliessend einige Bemerkungen zu

- Allgemeine Behandlungsrichtlinien
- Fragen zur Medikation
- Fragen zu Doping (im Sport !), „Hirndoping“
- Autofahren
- Militärdiensttauglichkeit
- Nach Möglichkeit Zeit für Ihre Fragen

## Dankbare (und selbst auch sehr zufriedene)

### Patienten:

Bereits diagnostizierte oder erst jetzt entdeckte Schüler/innen mit gutem bis sehr gutem Potential und ausgesprochener vorw. Aufmerksamkeitsstörung, resp. allg. gestörter Informationsverarbeitung.

Genaue mediz. **und** psychologische Untersuchung durch jemanden der Problem ADHS kennt, ist jedoch für Diagnosestellung unumgänglich.

- ▶ Diese Betroffenen sind nicht hyperaktiv oder stark verhaltensauffällig, eventuell aber bereits depressiv !

## Anton:

Diagnose in 4. Klasse, seit jeher „Zappelphilipp“, was dank gutem pädag. und fam. Umfeld vorerst keine Probleme machte, jetzt aber zunehmend Leistungsversagen, Schulverweigerung und depressive Entwicklung.

Abklärung zeigt typ. ADHS-Bild und va ein gutes Potential, das nicht gezeigt werden kann....

Gutes Ansprechen auf Stimulanzientherapie (AKOS-Brille !)

# Medikamentöse Behandlung als



**A** ufmerksamkeit  
**KO** nzentration  
**S** elbststeuerung  
**B R I L L E**

- \* **Individuelle Dosierung** („Anpassung wie beim Optiker/Augenarzt“)
- \* **Kurze Wirkungsdauer** (wirkt nur wenn eingenommen, resp. „Brille“

getragen wird....)

- \* **Verbessert Fähigkeiten und Kompetenzen** (verantwortlich bleibt aber Brillenträger)
- \* **Ziel: Aufbau eines normalen Selbstwertgefühls !**

Nach freiwilliger Repetition der 4. Klasse zunehmend gute Schulleistungen, kann begabungsgemäss Sek besuchen, später Gymnasium.

Stimulanzen über Jahre von guter Wirkung im Sinne eines „Prokonzentrativums“, Compliance gut, Absetzen erfolgt sehr individuell



▶ Man könnte die Stimulanzen also besser als

**„Prokonzentrativa“ oder**

**„Proattentiva“**

bezeichnen !

## Beat

Frühzeitig schwere Legasthenie festgestellt, ohne dass die entsprechende Therapie viel bringt. Die erfahrene Legatherapeutin vermutet zusätzlich eine ADHS-Problematik, was sich bei der Abklärung bestätigt. Auch hier bringt die Unterstützung mit Stimulanzien eine deutliche Verbesserung, die auch noch im Jugendalter anhält.

Nach 6,5 Jahren kann Medikation abgesetzt werden !

## Christine

Bruder hat eine ausgespr. ADHS. Christine zeigt in Sek. zunehmend Schulprobleme, vor allem die Konzentration und Motivation zum Lernen fallen schwer, auch „gut gelernter Prüfungsstoff“ kann einfach nicht abgerufen werden.

Die ausführliche Abklärung ergibt eine deutliche ADHS-Problematik. IQ weit überdurchschnittlich !

Stimulanzen ( hier ganz individuell normales MPH) mit subj. und obj. gutem Erfolg !

Christine erreicht die beste Maturnote.

In der Zwischenzeit lerne ich ihre Freundin und ihren Freund kennen, beide – wie von Christine bereits vermutet – mit einer deutlichen ADHS.....

## Daniela

Betreue ich kinderärztlich seit Geburt, meine Frau behandelt Daniela's Grossmutter bei einer (sehr) spät erkannten ADHS. Die Gm berichtet meiner Frau, dass ihre Enkelin sicher auch eine ADHS habe.....

Erst Jahre später, Daniela ist nun in der 9. Klasse !, wird die ADHS durch zunehmendes Schulversagen in der Sek. manifest und kann von mir diagnostiziert werden.

## **zT schwierig zu führende Patienten:**

Pubertierende unter Therapie, die Medikation zunehmend verweigern (zT äuss. Einflüsse !), zu frühes Absetzen bei Antritt einer Lehrstelle.

Erfahrungen mit Cannabis und Alkohol

Zu spät entdecktes ADHS bei Betroffenen ohne grosses Potential mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens.

Einzl. Jugendliche im Strafvollzug, der in gewissen Fällen eine optimale Betreuung vermittelt.

## Franz

In 3. Klasse Dg einer ADHS mit starker Störung des Sozialverhaltens (ein eigentlicher „Tu nicht gut“!). Potential an unterer Grenze. Eine langjährige psycholog. Begleitung und Medikation stabilisieren die Situation, Eskalation in Pubertät: Medikation wird zT verweigert, ungünstige Peer Group in Schulklasse, Probleme mit Nikotin, Cannabis und Alkohol. Ähnlich ist der Verlauf bei Gustav: kein gutes Begabungspotential, Trennung der Eltern in der Pub.

## Hans

ADHS und deutliche Störung des Sozialverhaltens, beide Eltern ebenfalls mit ADHS, wollen dies aber nicht wahrhaben und können therapeutische Massnahmen nicht umsetzen. Während Schulzeit ständige verhaltenstherap. Begleitung, nach und nach durch alle meine psycholog. Mitarbeiter....dies neben einer kontinuierlichen Pharmakotherapie über Jahre.

Nach Schulabschluss ohne Lehre, Tagesstrukturen fehlen nun völlig, Medikation und psych. Th. werden abgesetzt: Anschl. Drogenkarriere.....



## Jakob

Vor allem durch Medien verunsichert und vom Klassenlehrer unterstützt wird die bisher recht erfolgreiche Pharmakotherapie viel zu früh in 8. Klasse abgesetzt: tragischer Verlauf mit Drogenkarriere und frühzeitigem Kontakt mit Jugendgericht.

Dazu im Gegensatz der 1 Jahr ältere „Bruder“ (= 2 Adoptivkinder) der mit Stimulanzien erfolgreich seine Lehre abschliesst.

## Kevin

Äusserst problematische Schulzeit mit ständig drohendem Schulausschluss, Familie mit fester Führung als beste positive Ressource (Eltern stehen zu ihrem Sohn !!). Pharmakotherapie schwierig.

Lehre als Feinmechaniker, bemerkt nun plötzlich selbst die positive Wirkung an Werkbank und nimmt während ganzer Lehre nun konsequent seine Medikation, profitiert davon va beruflich aber auch sozial ! Nach gutem Lehrabschluss Absetzen der Medikation und RS ohne Probleme.

## Lars

Setzt Medikamente in Lehre zu früh ab, wird unzuverlässig etc. Gleichzeitig macht Sohn des Lehrmeisters im gl. Betrieb eine Schnupperlehre, Lars vermutet bei diesem eine (später bestätigte !) ADHS, teilt dies dem Lehrmeister und seine eigene ADHS-Geschichte mit und fährt wieder mit der Medikation weiter..... Sohn des Lehrmeisters wird abgeklärt und ebenfalls behandelt !

## **Kaum oder nicht therapierbare Patienten**

Unmotivierter Jugendlicher wird von Eltern/  
Sozialarbeiter in die Sprechstunde geschleppt....  
Starker Suchtmittelabusus, chaotische Familien-  
verhältnisse, tiefes Potential, Selbstmedikation mit  
Alkohol, Cannabis und weiteren Drogen.  
Jugendlicher ist in gewissen nicht kooperations-  
fähigen Institutionen

## Markus

Sohn eines landesweit bekannten Politikers.  
Zuweisende Hausärztin und Eltern vermuten wegen schweren soz. Problemen in Schule und zu Hause eine ADHS.

Markus lehnt jede Abklärung oder Behandlung ab, er fühle sich gesund und brauche keine Hilfe

## Noel

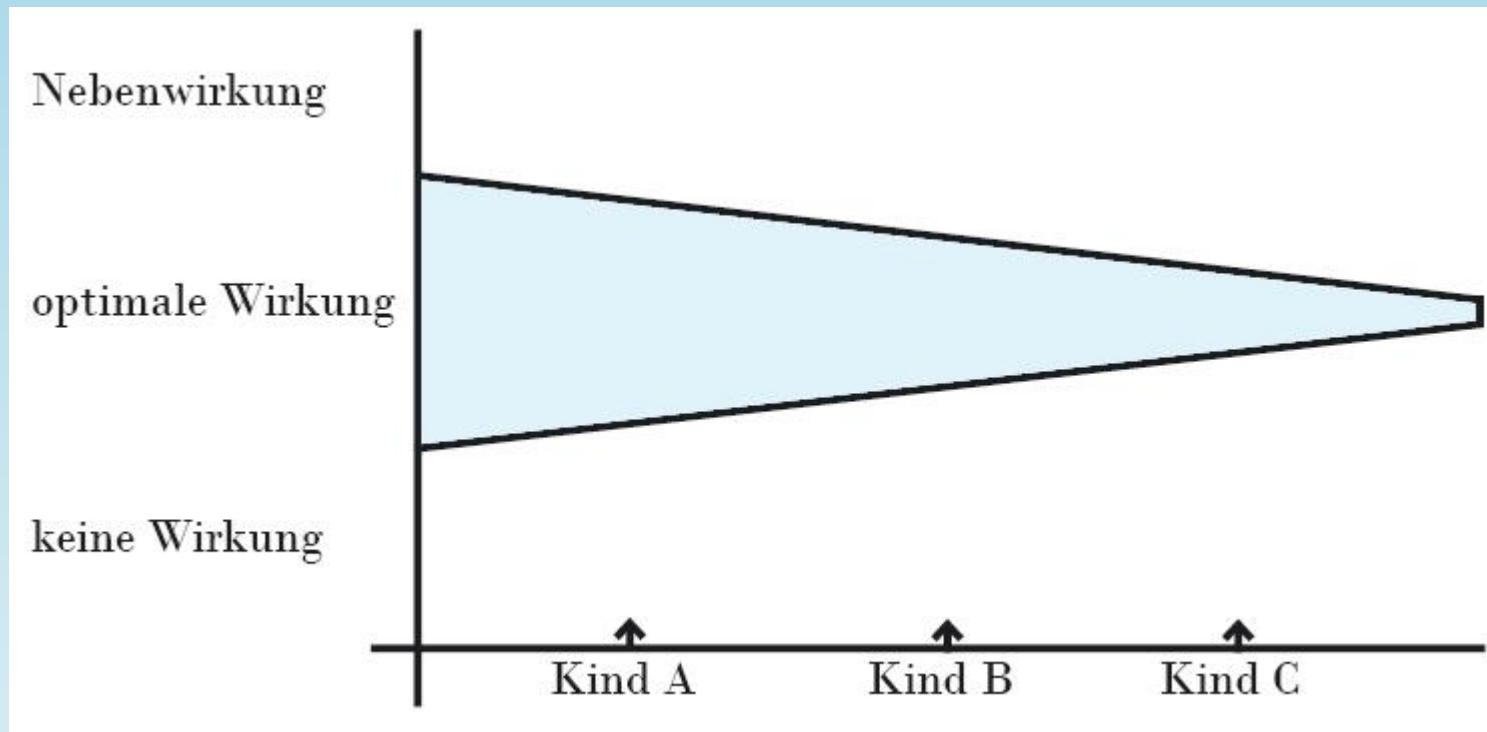
Seit Jahren durch ein grosses Helfernetz unterstützt,  
diagn. ADHS und katastrophale fam. Situation.

Es wird noch einmal ein „Ritalinversuch“ unternommen, deshalb Zuweisung zu mir: Ganz erstaunliche Verbesserung mit niedrig dos. Medikation mit Ritalintropfen: 9 und 6. (vgl. „3. Goldene Regel“ !)

Trotz meinen Bedenken zieht sich sukzessive das ganze Helfernetz zurück, da es ja nun so „gut gehe“, Fam. Situation hat sich allerdings nicht verbessert und Noel landet bald auf der Gasse

### 3. Regel:

**zT sehr schmale therapeutische Breite**



## Otto

Hier wird die richtige Dg. bereits im Kleinkindesalter gestellt, die Eltern verweigern aber jegliche Medikation, weil sie Angst haben, Otto werde so drogenabhängig.

Bereits in 8. Klasse starker illeg. Drogenkonsum und über Jahre auf Gasse. Im Rahmen eines behördlich verordneten „Time outs“ auf einem Bauernhof schlägt der zuständige informierte Sozialarbeiter einen Medikationsversuch vor, so dass ich Otto kennen lerne.



Bei klarer Diagnose, momentaner Drogenabstinenz und gutem Umfeld Versuch mit Concerta mit vor allem subj und auch obj. gutem Erfolg. Zu Beginn wöchentliche Kontrollen inkl. Urinkontrollen  
Ohne mich zu informieren wird Otto nach ca 2 Monaten „geheilt“ nach Hause entlassen und landet rasch wieder auf der Gasse, wo er versucht sein Concerta zu verkaufen.....

Neben Otto leider wiederholt schlechte Erfahrungen mit verschiedensten Institutionen, die auch heute noch häufig ADHS und seine Konsequenzen nicht kennen ( lernen wollen ?) und vor allem wegen einer allfälligen Pharmakotherapie überhaupt nicht kooperieren ! Zusammenarbeit äusserst schwierig und zT unerwünscht.

## **Peter, KKA-Schüler ohne Lehre**

Hat wie seine ebenfalls von ADHS-betroffenen Eltern bereits mit 16 Jahren ein grosses Alkoholproblem. Zuhause fehlen jegliche Strukturen im überaus chaotischen Umfeld. Es besteht weder eine Krankheitseinsicht noch der Wunsch nach einer Veränderung.

Sozialarbeiter möchte nun aber eine „natürliche“ Therapie...

Methylphenidat (= Wirkstoff von Ritalin, Medikinet und Concerta) ist eine synthetische Weiterentwicklung der seit langem bekannten Heilpflanze



## **Ephedra vulgaris oder sinensis**

also eigentlich eine „ganz natürliche“ Unterstützung

# Behandlungsmöglichkeiten der ADHS im Jugendalter

- **Gutes Potential, keine starken soz. Probleme:**  
richtig durchgeführte Medikation meist ganz entscheidend, je nach Situation zusätzlich häufig Lerntherapie nötig
- **Vermindertes Potential, meist komb. mit Störung des Sozialverhaltens**  
Medikation häufig hilfreich (Compliance aber schwierig), verhaltenstherap. Unterstützung wünschenswert
- **Vermindertes Selbstwertgefühl:**  
psychotherapeutische Begleitung durch jemanden, der ADHS kennt (verstehet, „emotional mitschwingt“ ..), ev. Teilnahme in Gruppenprogramm, ev. Medikation

- **Manifeste Zweiterkrankungen („Komorbidität“)**  
je nach Situation individuelles Vorgehen, wichtig ist, dass zugrundeliegende ADHS erkannt und im Behandlungsprogramm entsprechend berücksichtigt wird.
- Spez. Problematik bei ADHS - Jugendlichen, die drogenkrank sind.

# Medikation im Jugendalter

Weiterhin in der Regel also sehr wichtig und Sinnvoll. Information über Pharmakotherapie unumgänglich (immer noch sehr bewährt: Broschüre „Felix“)

Wenn Medikation richtig durchgeführt wird auch bei Jugendlichen meist erstaunlich gute Compliance !





Richtig durchgeführt heisst eine ganz individuelle Medikation !

vgl zB das Generikum von Ritalin !



Wichtig zu wissen:

- ▶ zT Toleranzerscheinungen bei Concerta !
- ▶ Eventuell schleichende Überdosierung, va bei Langzeitpräparaten !
- ▶ zT punktueller Medikamenteneinsatz sinnvoll

**Bedeutung von Strattera** für Jugendliche noch ungewiss, wahrscheinlich zT gewisse Vorteile.



▶ Wahrscheinlich ist – gemäss meinen eigenen nun jahrzehntelangen Erfahrungen – ein optimales

**“Medical Management”**

über Jahre, wenn nötig kombiniert mit einer Verhaltenstherapie, weiterhin die erfolgversprechendste Massnahme

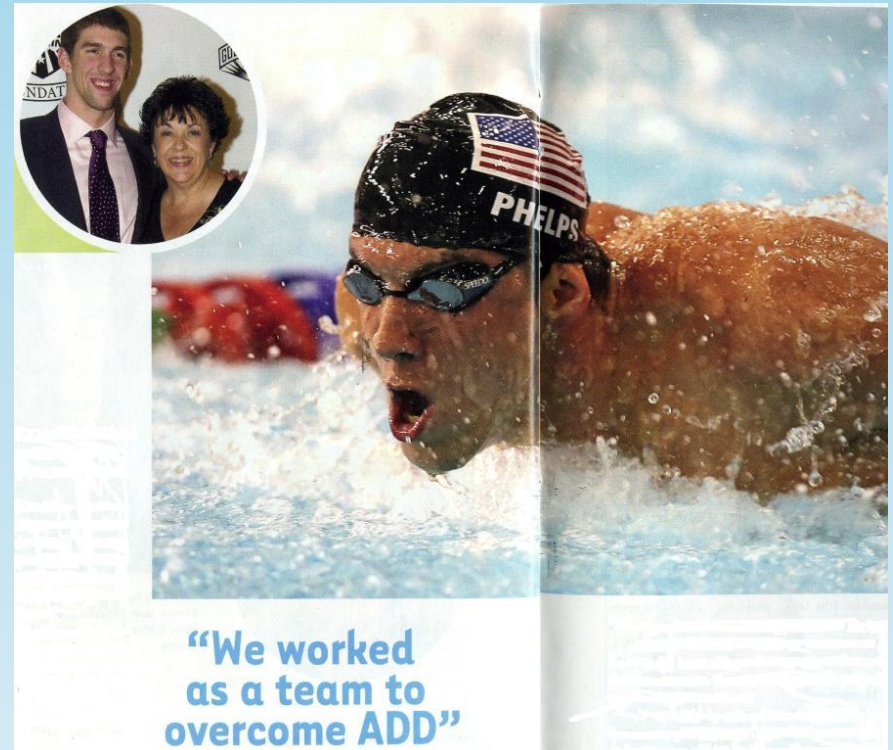
Bedenke ▶ **„Unfortunately teenagers with ADHD are not easy to treat“.....**

# Doping ?

Sportliche Betätigung als äusserst wichtige Ressource, Beispiel Michael Phelps !

Bestimmungen wechseln häufig

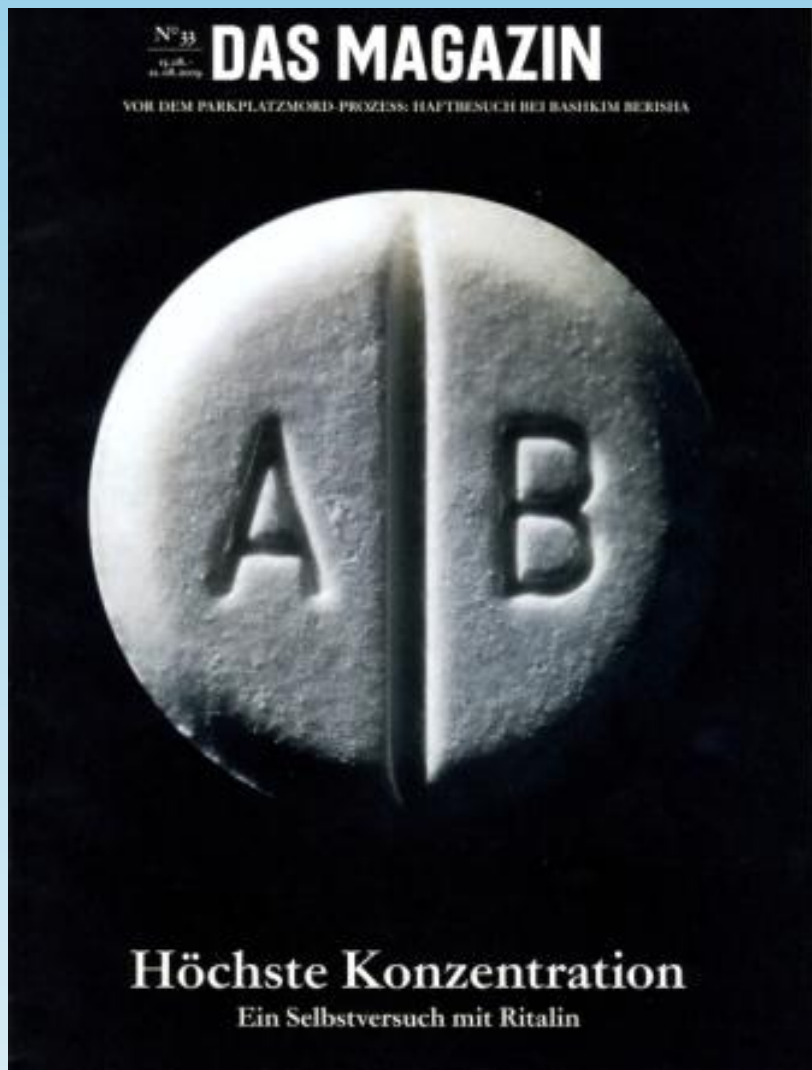
[www.antidoping.ch](http://www.antidoping.ch)



ATZ = Ausnahmegewilligung für therapeutische Zwecke, meist auch nachgängig möglich.

# **„Hirndoping“ als neues Schlagwort in den Medien !**

Die Verbesserung, dh Normalisierung des Informationsverarbeitung, wird fälschlicherweise kritisiert, dies wie früher die Behandlung der Hyperaktivität als **„Ruhigstellung der Kinder“** dargestellt wurde.



Viel Aufsehen durch einen journalistisch gut gemachten Artikel („10 mg Arbeitswut“....)

Jedoch :

- Fast sicher selbstbetroffen
- zu hohe Dosierung
- Aussage, dass jedermann von Ritalin profitiere, ist schlichtweg falsch !

Objektiv, Problematik gut recherchiert und ethische  
Folgerungen besprochen im eben erschienenen  
Memorandum 7 deutscher Hirnforscher :



- ▶ es gibt keine einzige Studie (oder Erfahrungen), die zeigen würden, dass „Otto Jedermann“ von Ritalin profitieren kann

Jedoch : Grössere „Grauzone“ zwischen eindeutiger ADHS und eindeutiger „Normalität“  
vgl dazu auch die kommenden neuen diagnostischen Kriterien, vor allem für Jugendliche und Erwachsene



- 1) Lässt sich durch äussere Reize sehr leicht ablenken.
- 2) Trifft Entscheidungen in der Regel sehr impulsiv.
- 3) Hat oft Schwierigkeiten das Verhalten zu ändern, wenn dies angebracht wäre.
- 4) Beginnt oft Projekte oder Aufgaben, ohne dazu Anleitungen zu lesen oder auf Ratschläge zu hören.
- 5) Hat häufig Mühe, Versprechen oder Verpflichtungen gegenüber anderen einzuhalten.
- 6) Hat häufig Mühe, Aufgaben in der richtigen Reihenfolge oder im richtigem Ablauf durchzuführen.
- 7) Überschreitet beim Autofahren viel häufiger die vorgeschriebene Geschwindigkeit als der Durchschnitt („excessive speeding“ !)
- 8) Hat häufig Schwierigkeiten bei Aufgaben oder beim Spiel über längere Zeit die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten.
- 9) Hat grosse Schwierigkeiten Aufgaben und Tätigkeiten zu organisieren.

## **Autofahren**

In USA wird bereits die „Zwangsmedikation“  
für Auto fahrende ADHS - Jugendliche diskutiert

## **Militärdiensttauglichkeit**

Unter Stimulanzen im Prinzip untauglich,  
seit Sommer 2008 sind jedoch Ausnahmen  
möglich (und für viele Betroffene auch sinnvoll !)

## Weitere Infos

[www.hansguckindieluft.ch](http://www.hansguckindieluft.ch)

Benutzername      adhs

Kennwort            ryffel

[www.sfg-adhs.ch](http://www.sfg-adhs.ch)

mit Newslettter    ADHS-AKTUELL, der für alle  
Interessenten offen steht !