

# Stimulanzientherapie bei ADHS: pro und kontra

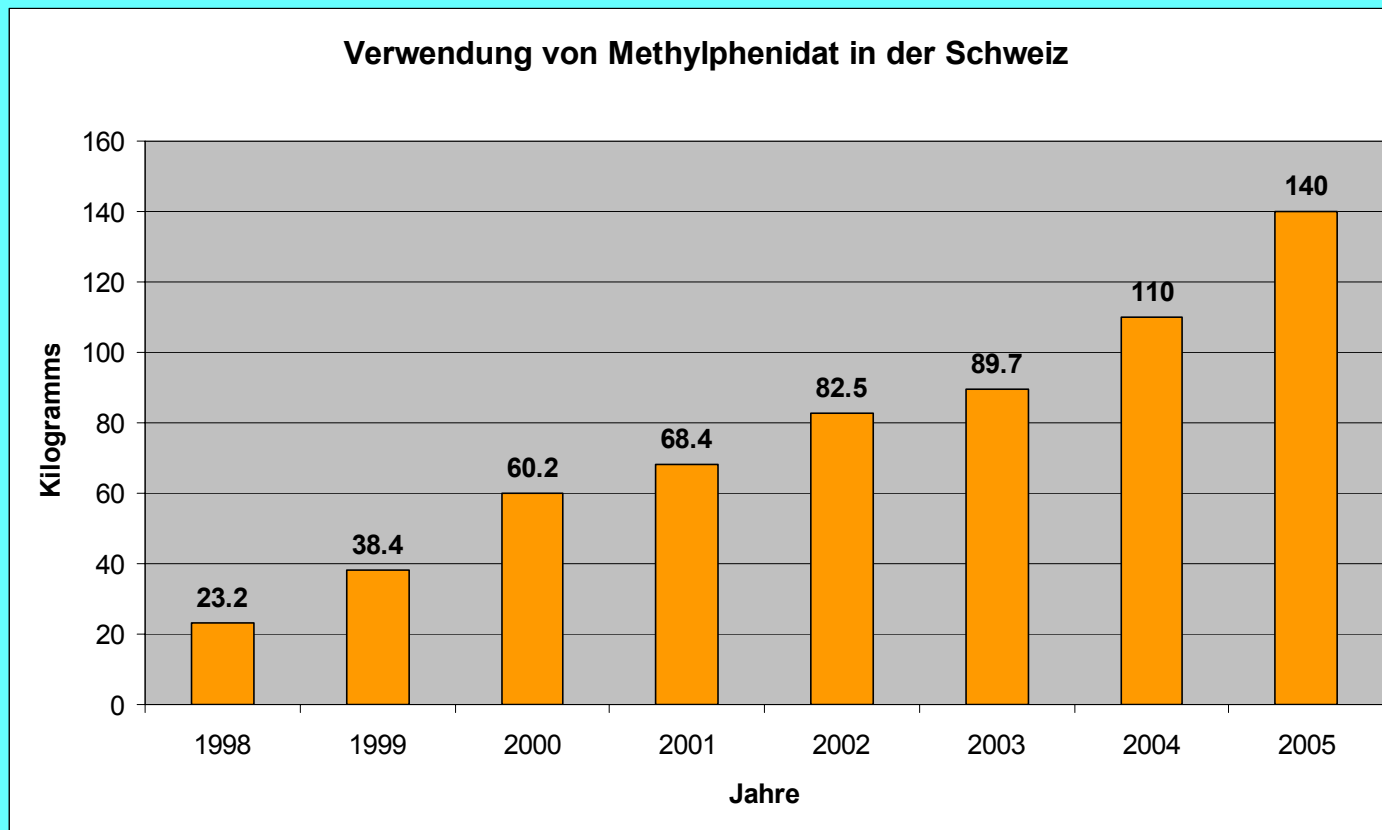
Dr. med. Markus Frey  
Dr. med. Meinrad Ryffel

Obwohl die Stimulanzientherapie der ADHS seit 70 Jahren bekannt ist und zu den bestuntersuchten Pharmakotherapien im Kindesalter gehört, ist sie weiterhin sowohl in den Medien wie auch bei Laien und Fachleuten stark umstritten!

Und dennoch:

Trotzdem Novartis seit Jahrzehnten Ritalin praktisch totschrweigt, gibt es eine (für viele Leute) „beängstigende“ Zunahme des Ritalinverbrauches !

Zunahme ist vor allem durch einen Nachholbedarf erklärbar !



# Langzeitbetreuung bei Thomas, geb 2.4.90

2. Wunschkind, SS und Geb. problemlos. Als Baby zufrieden. Mit 1 Jahr freies Gehen, immer sehr aktiv + „aufgestellt“. Mit 4 Jahren in Spielgruppe, liebt Rollenspiele und alles mit körperlicher Aktivität, verweigert Puzzles, Legospiele und Konzentrationsspiele. Sozial als Anführer gut akzeptiert.

Im Kindergarten zunehmend Mühe mit Überaktivität, kann nicht im „Kreisli“ sitzen, reagiert aggressiv und rastet zu Hause aus. Thomas: *„Ich muss immer sitzen, und kann es doch nicht“*.

1. Klasse: 1. Halbjahr mit erfahrener Lehrerin, konsequente klare Strukturen, Platz für nötige Bewegungsfreiheit: Thomas ist zufrieden, gute Leistungen, lernt autogenes Training.

2. Halbjahr: Junge dynamische temperamentvolle Lehrerin, Chemie stimmt zwar, dennoch zunehmend kürzere Konzentration und Ablenkbarkeit, zeitl. Aufwand für Hausaufgaben wird sehr gross.

2. Klasse: 2 (gute !) Lehrerinnen, Thomas ist so völlig **überfordert: Aggressionen, Unwohlsein, Schulverweigerung.**

Abklärung EB (Erziehungsberatung) Bern: reaktives Geschehen, ADHS ??

Keine AP für „POS“ (SS, Geb., no APGAR, mot. Entwicklung etc), HAWIK im Normbereich, allerdings rechn. Denken und ZNS deutlich schlechter, leichte Legasthenie. Empfehlung: Klasse wiederholen („Dummheit ist lernbar“ !....)

## Untersuchung bei mir im Dez. 1998:

FA: Vater sei ähnlich wie Thomas („gewesen...“)

**Störungsspezifische** Fragebogen für ADHS (Kinsbourne-Fragebogen und DSM IV – Fragebogen) für qualitative und quantitative Beurteilung der **typischen Kernsymptome**

von **Unaufmerksamkeit,**  
**Impulsivität und**  
**Hyperaktivität**

bei allen Bezugspersonen (!) hochauffällig

Bei meiner US ist Thomas aufgestellt, fast distanzlos, hat „kein Sitzleder“, neuromot. auffällig ( Dysdiadochokinese, FOT mit Mühe etc )

Deutliche akustische Wahrnehmungsstörung (Mottiertest !)  
Auffällige Aufmerksamkeitsteste ( d2 Test: 2. PR, Dortmund-  
deraufmerksamkeitstest **DAT**: 9 Fehler, computerisierte Tests  
= GDS hochauffällig )

**Beurteilung: ADHS**, gute fam. Ressourcen (Mutter = Kindergartenpädagogin), engagierte Lehrerschaft, bisherige Therapien (Kinderpsych. mit Autog. Training und Homöopathie) jedoch leider ohne wesentliche Verbesserung .

Familie ist deutlich überfordert, es besteht sowohl bei Thomas wie auch bei den Eltern ein **grosser Leidensdruck !**, dh ein **Handlungsbedarf !**

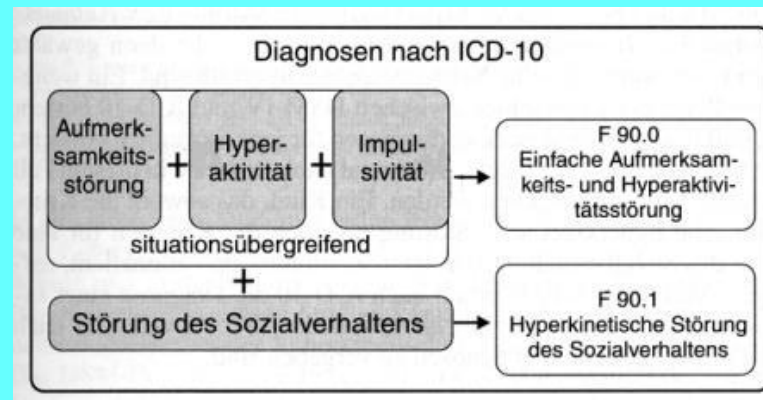
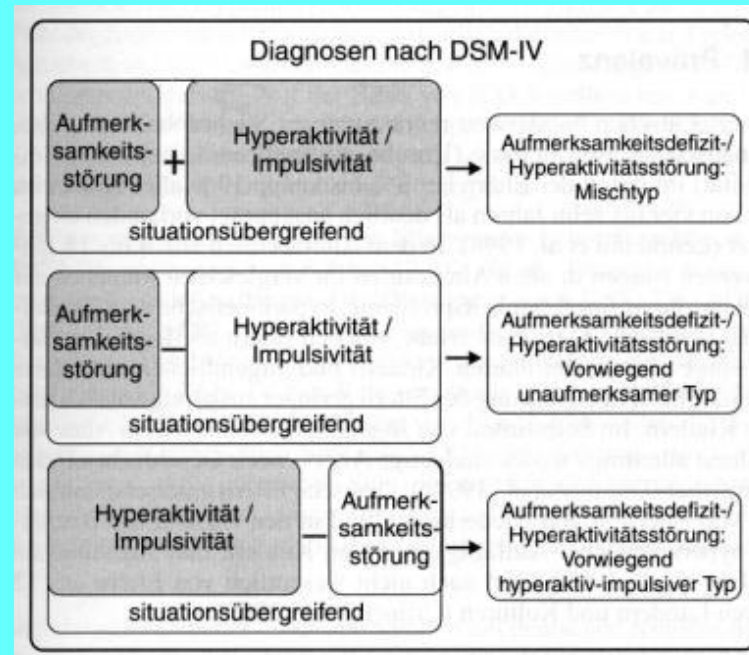


ADHS ist keine Krankheit:

- Diagnosestellung ist subjektiv
- keine beweisende Testuntersuchungen
- „Mode- und Verlegenheitsdiagnose“
- Diagnose wird von Pharmafirmen „gepusht“ (Ritalinboom)



# ADHS ist sowohl in der DSM IV - wie auch in der ICD 10 - Einteilung klar definiert !



# POS ?

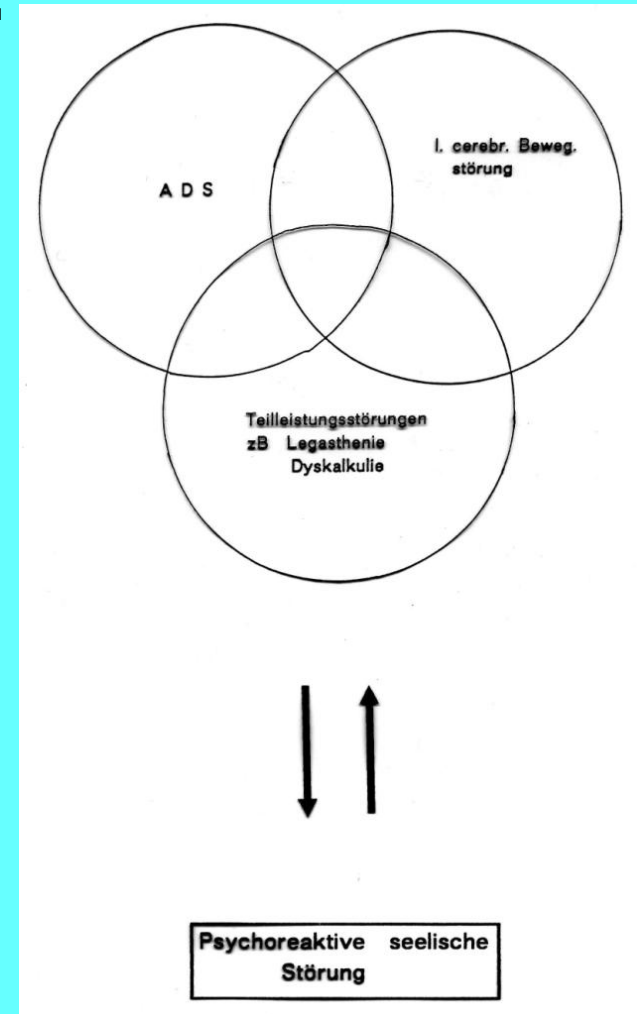
## IV GG 404

Kongenit. Hirnstörung mit vorwiegend psych. und kognitiven Symptomen bei no Intelligenz. Diagnosestellung und Behandlung vor vollend. 9. Lebensjahr

## L.Ruf et al:

Obligate Störungen der Motorik, Wahrnehmungsfunktionen und des Sozialverhaltens.

***Auffallende neuromotorische und neuropsychologische Untersuchungen sind obligat !***



ADHS ist vor allem eine klinisch zu stellende Diagnose

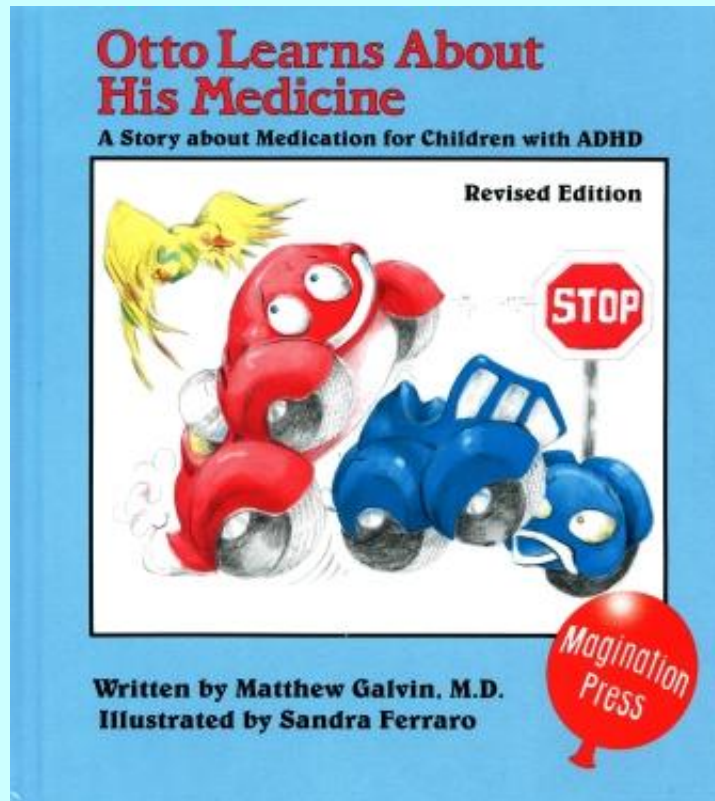


Bis zur Einführung von Concerta gab es praktisch keine Pharmawerbung zu Methylphenidatpräparaten, auch heute noch ist Novartis sehr zurückhaltend.

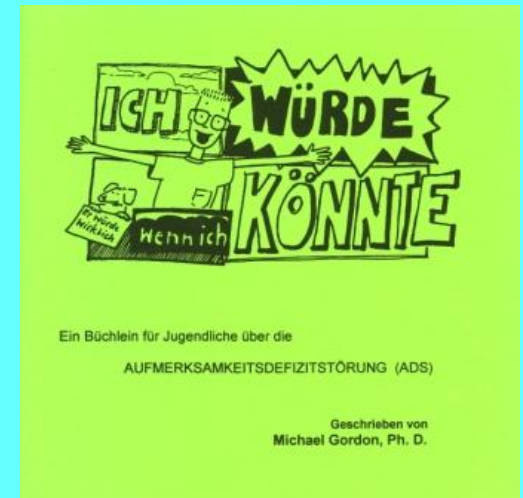


## Verlauf:

- 12.1.99 gemeinsame Besprechung, Medikationsversuch vorgeschlagen, Vater skeptisch !
- 19.1. K. Nach Bedenkzeit ist Medikationsversuch aber ok  
Info auch für Thomas wichtig ( „Otto“- Buch )



# „Bibliotherapie“ auch für Kinder sehr wichtig !





## Unnötige Medikalisierung von Kindern:

- Medikation wird viel zu früh eingesetzt (Zombie-Effekt)
- pädag. Massnahmen sind viel wichtiger (Alternativtherapien ohne schädliche Wirkung)
- Unzulässige Beeinflussung der Kinder und Eltern durch (zT. von Firmen gesponserte) Bücher

Sehr viele ADHS-betroffene Kinder durchlaufen **wahrhafte Therapieodysseen:**

Nicht evidenzbasierte Behandlungen (Trott 2007 Würzburg)

*Unwirksam:*

Bachblüten

Edu-Kinesiologie

Afa-Algen

Sensorische Integrationstherapie

MORA-Bioresonanztherapie

Ausgleich der Winkelfehlsichtigkeit

Horchtherapie

Psychoanalytische Therapie

Diätetische Massnahmen ???

Lateralitätstrainer



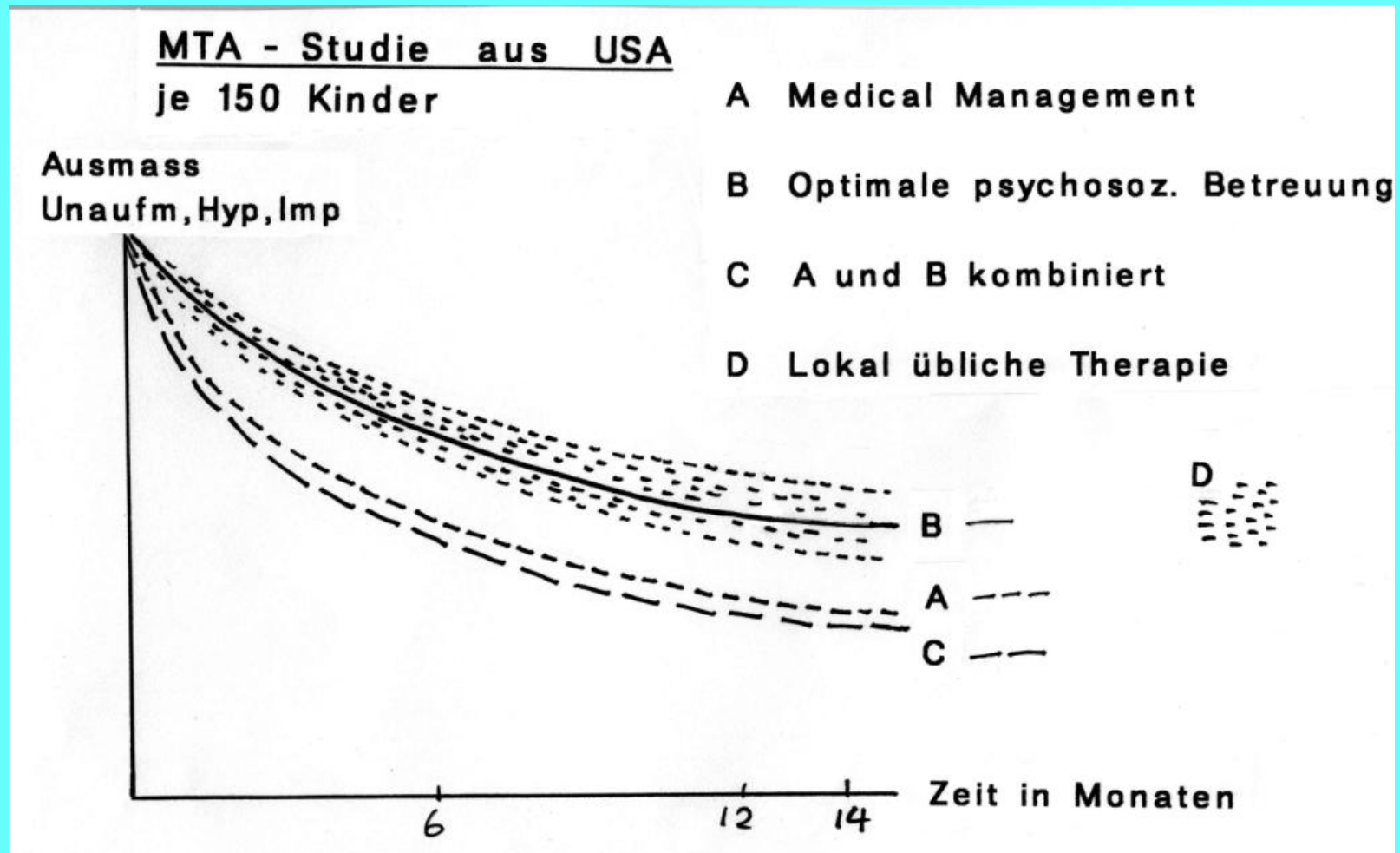
Orthomolekulare Therapie  
Familienaufstellung  
Iren – Farbfilter  
Kraniosakraltherapie  
KISS – Therapie  
Qui Gong      etc, etc

*In Wirksamkeit unbewiesen und idR verzichtbar*

Ergotherapie  
Tiefenpsycholog. fund. Psychotherapie  
Psychomotorik  
Entspannungsverfahren (zB Autog Training)

Homöopathie ???

Evidenzbasierte Therapie umfasst vor allem die **KOMBINATION** von **Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie**. Das optimale durchgeführte „Medical Management“ zeigt fast gleich gute Ergebnisse !



Die **genaue Einstellung (Titrierung !)** ist bei einem Medikationsversuch mit Stimulanzen ganz entscheidend !

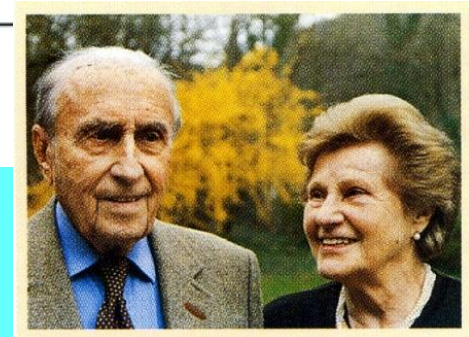
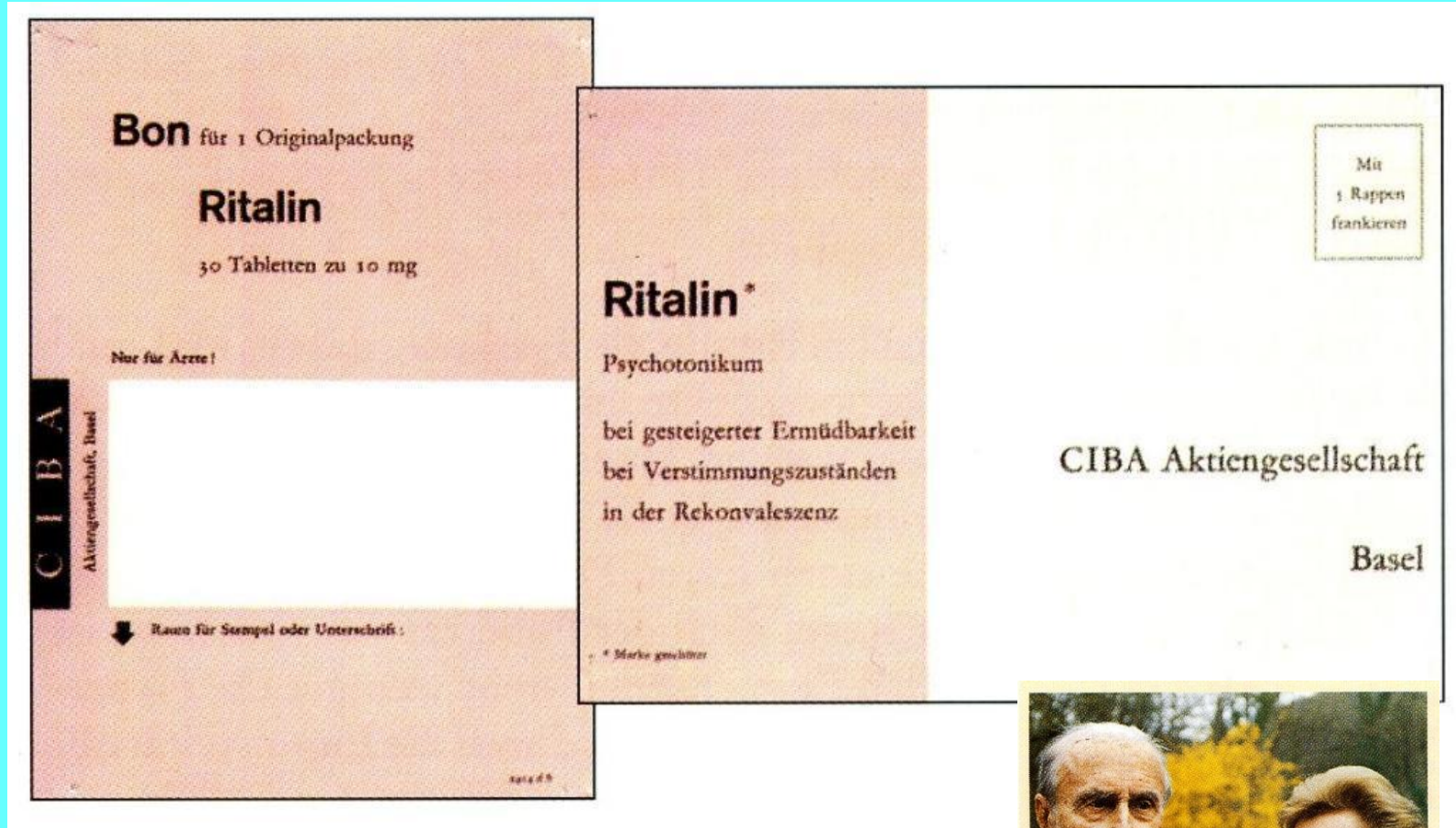
- 26.1. Tel bereits mit  $\frac{1}{4}$  fragl. und mit  $\frac{1}{2}$  Tbl. Ritalin aufmerksamer in Schule, Thomas fühle sich „wohler“, Wirkung bis gegen Mittag, keine NW
- 4.2. T Gehe mit  $\frac{1}{2}$  /  $\frac{1}{4}$  -  $\frac{1}{2}$  recht gut
- 18.2. T weiterhin mit 2 x  $\frac{1}{2}$  für alle Beteiligten deutlich besser
- 17.3. K Mutter: Sie habe nun ihren „richtigen Thomas“, weiter 2 x  $\frac{1}{2}$  , keine NW, gegen Abend zT I. Rebound, ev. 3. Dosis ?, 2 h **Stützunterricht** zusätzlich.
- 6.4. T Wirkung morgens ca 3,5 h Erhöhung auf  $\frac{3}{4}$  mit etwas längerer Wirkung, 1 Tbl. zuviel
- 29.6. K Geht mit  $\frac{3}{4}$  /  $\frac{1}{2}$  weiterhin gut, komme nun zu gutem Lehrer



Wahrscheinlich Placeboeffekt:

- Jedermann profitiert doch von Ritalin („Life-Style-Droge“)

Placeboeffekt bei Stimulanzien typischerweise relativ gering (vgl Auslassversuch !), dies im Gegensatz zu Antidepressiva !)



- 17.8. K Guter Schulstart, hat  $\frac{3}{4}$  /  $\frac{1}{2}$  /  $\frac{1}{2}$  , etwas „Berg- und Talbahn, Versuch mit Rit. SR ?
- 30.8. T Gehe mit 1 / 1 no Rit. gut, Versuch mit Rit. SR nun indiziert
- 13.9. T Gehe mit Rit. SR bis gegen 1700 gut, Thomas bevorzuge dies, gibt zT noch  $\frac{1}{4}$  no Rit. gegen Abend
- 13.1.00 K geht mit 1 Rit.SR morgens und  $\frac{1}{2}$  no R. gegen Abend gut, will noch keinen Auslassversuch machen.
- 11.7. K Geht weiterhin gut mit 1 Rit. SR morgens
- 16.8. T Auslassversuch in Ferien: Sowohl subj. wie auch obj. sofort bemerkt, gab dann in Ferien 2 x  $\frac{1}{2}$  ,da mit 1 Rit. SR fast zu ruhig, mit Schulbeginn wieder 1 Rit. SR mit guter Wirkung.



Auslassversuch zu spät:

- hätte schon viel früher gemacht werden sollen
- wenn überhaupt Medikamente, dann nur ganz kurz einsetzen und an Wochenenden und in den Ferien immer weglassen

Auslassversuch in der Regel nach Einstellphase, hier wollte Thomas selbst lange Zeit keinen AV machen, da er von der Medikation so gut profitiere !

Vor allem in den ersten Jahren ist eine kontinuierliche Pharmakotherapie zu empfehlen. (kein „Auf und Ab“, soziale Probleme, „man lernt immer“ !)  
Auch verringern sich so gewisse Nebenwirkungen (zB die Appetitverminderung !)



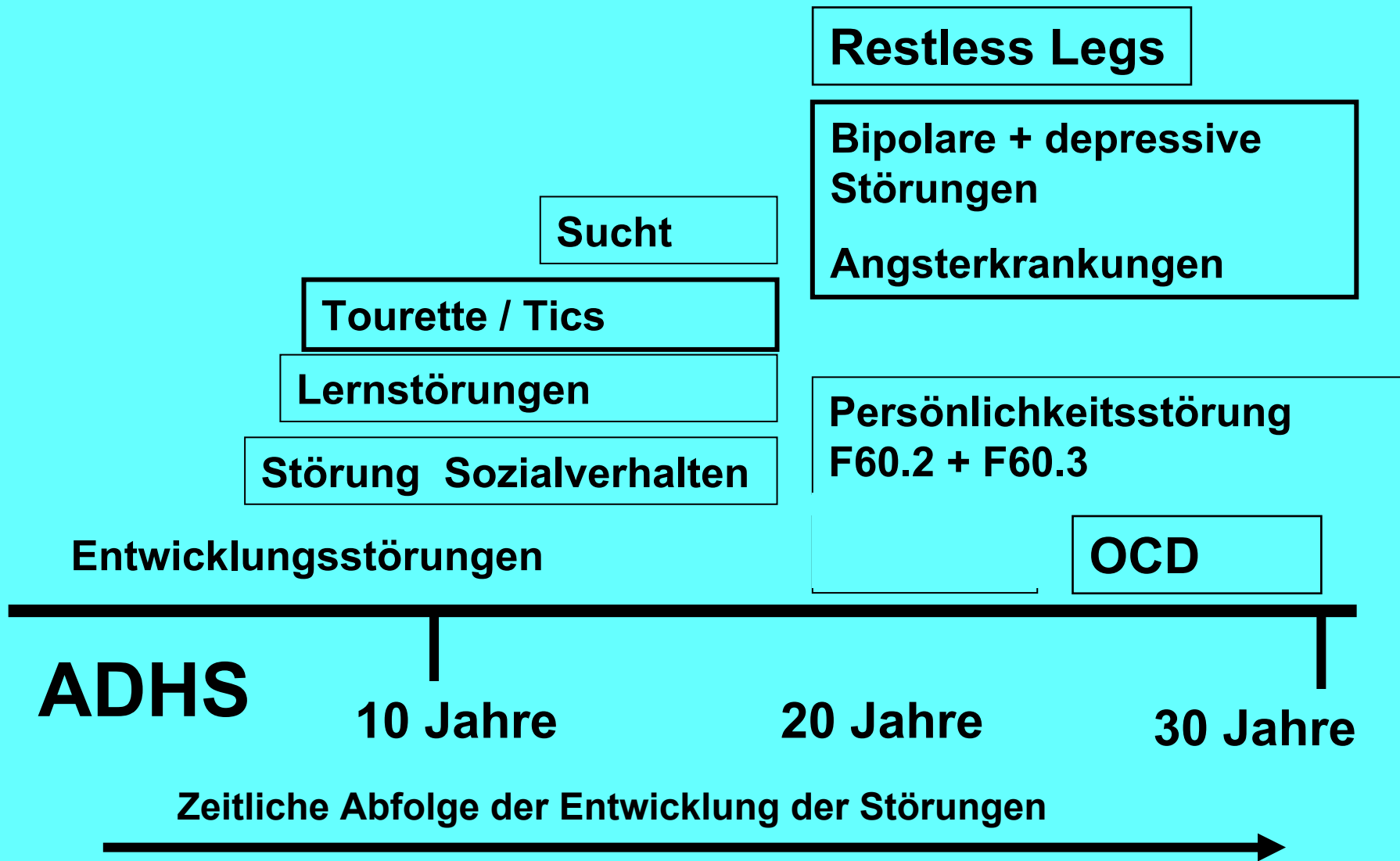
- 12.1.01 T 1 Rit. SR sei fast zu stark ( zu ruhig, subj. „unwohl“ )  
Versuch mit  $\frac{3}{4}$  Rit. SR
- 15.1. T Gehe so gut
- 29.3. K Hat nun  $\frac{3}{4}$  Rit. SR und nachmittags zT  $\frac{1}{2}$  no Rit, in Sportferien nicht mehr eingenommen.
- 14.8. T In Frühlingsferien deshalb wieder abgesetzt: Thomas sei so für Mutter schlechend „fremder“ geworden: Sozialverhalten problematischer, Mühe bei Gesprächen, in der allg. Wahrnehmung und va in der Einschätzung versch. Situationen, nach 3 Wochen wieder Ritalin mit deutl. Verbesserung, jetzt morgens  $\frac{1}{2}$  Rit SR und  $\frac{1}{2}$  no Rit und mittags  $\frac{1}{2}$  Rit SR, gehe so „sehr gut“, in Sommerferien wurde Medik. nun nicht mehr abgesetzt.



Alleinige Pharmakotherapie ist ein Kunstfehler:

- Verlauf zeigt, dass schon lange eine zusätzliche Psychotherapie nötig gewesen wäre

**ADHS zeigt häufig komorbide Krankheiten, wo eine Psychotherapie in der Regel natürlich indiziert ist !**



- 15.4.02 K in 5. Klasse geht es bei tollem Lehrer gut, 2 x  $\frac{1}{2}$  SR +  $\frac{1}{2}$  no Rit, Ferienjob mit Zäune-Bauen für EXPO 02, gehe gut, kein Auslassversuch mehr
- 27.8. T In Sommerferien dann ohne Ritalin gut gegangen
- 24.6.03 K Leider in Zwischenzeit Lehrerwechsel und viel äuss. Unruhe, profitiert weiterhin von Rit. Für Schulzeit, jetzt  $\frac{3}{4}$  SR +  $\frac{1}{2}$  no Rit morgens, mittags  $\frac{1}{2}$  SR +  $\frac{1}{2}$  no Rit., in Freizeit weiterhin in Zimmerei, wolle Zimmermann werden. Kommt in Realschule, Sek. wäre knapp möglich gewesen.
- 10.5.04 K Geht in Oberstufe sehr gut, nimmt in Schulzeit je nach Stundenplan 1 – 2 Rit SR, sonst ist Verhalten und soz. Kompetenz auch ohne Medik. gut. In Freizeit neu in Scootertrophy engagiert, 11. Rang in Schweiz. Meisterschaft. In Ferien fällt auf, dass er ohne Ritalin beim Lesen grosse Konzentrations-schwierigkeiten hat



Betäubungsmittel in der Schule (Schul-Doping):

- es ist fahrlässig, wenn Thomas nach eigenem Ermessen ein Betäubungsmittel einsetzt

Schwerwiegende Nebenwirkungen von Methylphenidat:

- Parkinson, Krebs und plötzlicher Herztod
- Gefahr von Langzeitschäden

Gut instruierte und begleitete Familien oder Jugendliche können für die Medikation selbst Verantwortung übernehmen !

Schulhofdroge ??      ► „Vitamin R“ „

Schuldoping und Doping durch Gymnasiasten oder Studenten ?

**Schwerwiegende Nebenwirkungen** trotz „Horror-Stories“ eigentlich unbekannt !

Auslösung      von M.Parkinson ?  
                         von Krebs ?  
                         von Herztodesfällen ?

Die „ **5 Rattenstudie** “ von G. Hüther aus Göttingen wurde 2002 in den Medien unverantwortlich hochgespielt !



„Krebsverdacht“ bei Untersuchungen mit w. Blutkörperchen in texanischem Labor. Unbestätigt !

Plötzlicher Herzstillstand, kein Zusammenhang mit Stimulanzen !





24.5.05 K Jetzt in 8. Klasse schulisch bei den Besten, hat bereits Lehrstelle als Töffli-Mechaniker, weiterhin Töffrennen, mehrmals bereits 2. Rang ! Nimmt in Schulzeit 2 und teilweise mittags 1 no Rit., kann es so gut steuern, will (und braucht kein !) Langzeitpräparat !

Mit Medikation konzentrierter, kann vor allem besser lesen (und das Gelesene auch verstehen) .Kein Alkohol, Cannabis oder Nikotin (bisher!)





Gefahr von Abhängigkeit und  
Suchtentwicklung:

- Einstiegsdroge: spätestens in der Pubertät muss MPH endlich abgesetzt werden
- Thomas benützt Ritalin jetzt als Dopingmittel bei seinen Rennen

- **Abhängigkeit und Suchtentwicklung:** Immer wieder wird auch heute noch **fälschlicherweise** - vor allem in den Medien, aber auch von sogenannten Suchtexperten - vor der Gefahr von Suchtentwicklung mit Stimulanzien gewarnt.

▶ Auf Grund der heutigen Kenntnisse der neurobiologischen Ursache der ADHS und der millionenfachen Anwendung vor allem in den USA kann dies ausgeschlossen werden.

Prospektive Studien zeigen im Gegenteil, dass behandelte ADHS-Patienten kein grösseres Abhängigkeitspotential entwickeln als normale Jugendliche, dies im Gegensatz zu unbehandelten ADHS-Patienten, die ein deutlich höheres Risiko für Drogenmissbrauch aufweisen !

Die **medikamentöse Unterstützung** hat das Ziel, die bei der ADHS unteraktivierten Neurotransmittersysteme zu aktivieren, stimulieren, respektive zu **normalisieren**.

Deshalb bezeichnet man solche Medikamente entsprechend als

## **Stimulanzien**

Chemisch: **Methylphenidat** (Ritalin, Concerta)

**d-und l-Amphetaminpräparate** (Dexamin, Ad-derall etc)

vgl auch Kaffee, Nikotin, Cannabis, Kokain

- ▶ Ein mehrheitlich unteraktiviertes System wird normalisiert, es besteht **keine Suchtgefahr** ! vgl Doping, Einsatz in Stresssituationen, als Speed mit Überstimulation eines normal aktiven Systems **mit grosser Suchtgefahr** !

## Einsatz als Dopingmittel ?

Thomas ist mit MPH wahrscheinlich kompetenter, konzentrierter und aufmerksamer, vgl dazu die deutlich vermehrte Unfallgefährdung nicht behandelter ADHS-Betroffener im Verkehr ! (T. nimmt jedoch bei Rennen nie MPH ein !)

Methylphenidat auf Dopingliste, kann für Wettkampf meist am betreffenden Tag abgesetzt werden.

Vgl [www.dopinginfo.ch](http://www.dopinginfo.ch) (ATZ =

Ausnahmebewilligung für therap. Zwecke)

20.6.06 K Weiterhin in Schule 2 und 1 no Ritalin, ist aufgestellt und freut sich auf die Lehre, fährt jetzt Rennen in der 250 cc-Klasse  
Weiterhin kein Alkohol, Cannabis oder Nikotin

4.5.07 T Tel. mit Vater: Geht in Lehre gut, nimmt Ritalin nur an Tagen mit Berufsschule, dort gewisse Probleme in Math. Da momentan Lehre im Vordergrund „Rennfahrerkarriere“ etwas aufgeschoben.  
▶ bei gewissen feinmotorischen Arbeiten bemerke Thomas selbst, dass er mit Ritalin viel geschickter sei, nimmt es deshalb auch zT bei der Arbeit !



„POS“ wächst sich spätestens in der Pubertät aus:

- Verlauf wäre auch ohne diese (viel zu lange) Pharmakotherapie gut herausgekommen

# Langzeitverlauf mit und ohne Therapie

Hoffnung des Kinderarztes, dass durch eine frühe Erfassung und Therapie der Langzeitverlauf positiver ausfällt (eigene Praxiserfahrungen scheinen dies zu bestätigen).!

vgl dazu Barkley (USA) in der **Internat Konsensus Erklärung:**

## ► **ADHS ist keine gutartige Störung !**

Vorzeitiger Schulabschluss	32 – 40 %
Collegeabschluss viel seltener	5 - 10%
Keine stabile Freundschaften	50 – 70 %,
Kein begabungentsprechender Beruf)	70 – 80%
Ausführung asozialer Handlungen	40 – 50 %
Rauchen und/oder illegale Drogen	viel häufiger



Ver mehrt Fr üh schwangerschaften 40 %

Ver mehrt sexuell übertragene Krankheiten

Gehäuft „Speeding“ und mehr Autounfälle.

ADHS – Erwachsene zeigen häufiger Depressionen

(20 – 30 %) und Persönlichkeitsstörungen (18 – 25 %) und

erleiden tagtäglich Hunderte von kleinen Missgeschicken oder Gefährdungen. Scheidungsrate deutlich erhöht !

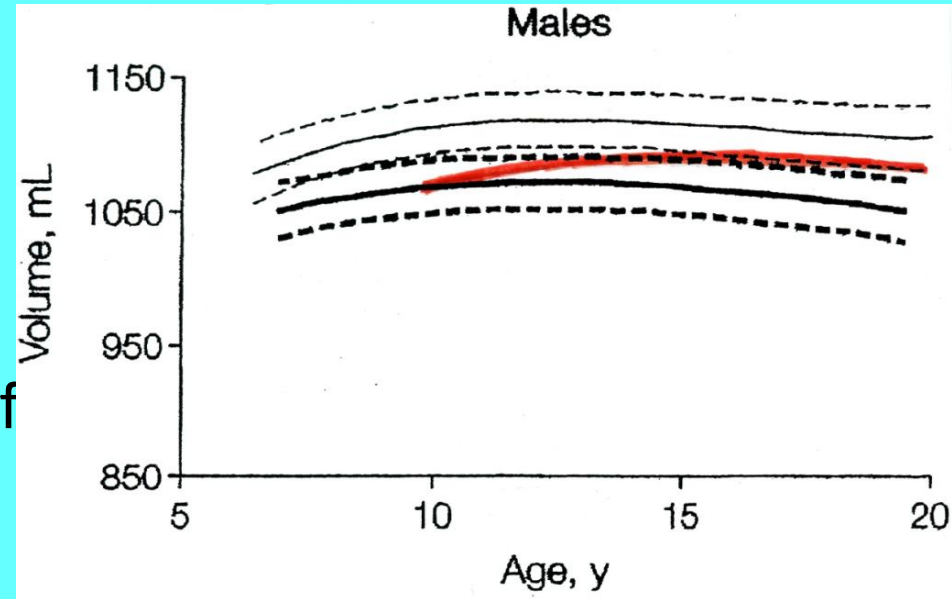
▶ **Pittsburg-Study:** Vor allem die anhaltende Aufmerksamkeitsproblematik ist deutlich mit späterem Drogenkonsum verbunden !

▶ **Gutes Buch zur Thematik:** K.Stollhoff: **Hochrisiko ADHS**  
Plädoyer für eine frühe Therapie (Schmidt-Römhild Verlag 2002)

- Je länger eine ADHS nicht erkannt oder nicht regelrecht behandelt wird, desto schwieriger und umfassender wird die Behandlung ausfallen. Gewisse Patienten/Familien können häufig allerdings „nur“ begleitet werden.....
- Eine eigentliche Ausheilung der ADHS ist nicht möglich, die Symptomatik kann aber deutlich verringert werden, der betroffene Patient „lernt damit umzugehen“. Zudem gibt es **zunehmend Hinweise auf eine gewisse „neurobiologisch nachweisbare“ Normalisierung der heute bekannten Veränderungen.** Dazu gehört auch die Erfahrung, dass die Medikation in der Regel nach einigen Jahren abgesetzt werden kann !

# Einfluss der Stimulanzientherapie

Langzeitbeobachtung von ADHS-Kindern **mit** und ohne Stimulanzientherapie in bezug auf Volumen, widerlegt Vorwurf des „shrinking brain“



Vgl. auch M.Ashtari, North Shore-Long Island Jewish Health System New Hyde Park, N.Y., präsentiert am Annual Meeting 2004, RSNA in Chicago, DTI-Untersuchung (= Diffusion Tensor Imaging = neue MRI-Untersuchungsmethode “)

ADHS-Kinder unter Stimulanzien zeigen weniger Abnormalitäten in der weissen Substanz als nicht behandelte !



Die Schweizer Armee hat richtig entschieden:

- Jedermann, der Stimulanzen einnimmt, ist dienstuntauglich, resp. muss beweisen, dass er mindestens 6, resp. jetzt sogar 12 Monate „drogenfrei“ geblieben ist

Medizinisch ist diese Bestimmung (dienstuntauglich, solange nicht mindestens 12 Monate ohne Stimulanzien) unsinnig ! Eine differenzierte Tauglichkeit wäre ohne weiteres möglich. Meist sind Stimulanzien für die (strukturierte ") RS nicht nötig !



„Off Label Use“ von Stimulanzien:

- BAG und gewisse Krankenkassen erkennen die Gefahr und lehnen die Kostenübernahme bei erwachsenen ADHS-Patienten zunehmend ab

Seit 1 – 2 Jahren zunehmende Bürokratie und Anwendung der „Off-Label“- Bestimmungen gemäss Spezialitätenliste durch einzl. KK.

Methylphenidat effektiv ohne Zulassung für erwachsene ADHS-Patienten, obwohl dies in allen Leitlinien „evidenzbasiert“ so empfohlen wird.....

**SFG-ADHS** (= Schweiz. Fachgesellschaft ADHS für Ärzte und Psychologen) [www.sfg-adhs.ch](http://www.sfg-adhs.ch) wird versuchen, Lösungen zu erarbeiten.

# Quintessenz

Eine **richtig indizierte** und vor allem **richtig durchgeführte Stimulanzientherapie** bei **ADHS-Betroffenen jeglichen Alters** ist ein wichtiger und mE unverzichtbarer Baustein im langjährigen Behandlungskonzept.

Diese ist sowohl durch viele klinische Studien wie auch durch jahrzehntelange praktische Erfahrungen aus der ganzen Welt belegt !



Weitergehende Informationen für ADHS-Betroffene und interessierte Fachpersonen:



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

Benutzername: adhs

Kennwort: ryffel