



Workshop „Therapie von ADHS bei Erwachsenen“

**Dr. med. Johannes Kasper
Hirschengraben 13, 6003 Luzern
jokasper@bluewin.ch**

Klinik Littenheid, 18.10.2008



Fragen vor der Therapie

1. Liegt eine adulte ADHS vor? Diagnostik?
Differenzialdiagnosen?
2. Bestehen Behandlungswunsch und
Behandlungsnotwendigkeit?
3. Reichen Aufklärung und Psychohygiene aus?
4. Besteht eine Indikation für eine Medikation?
5. Liegen Komorbiditäten vor, die primär
behandlungsbedürftig sind?
6. Bestehen Kontraindikationen oder Risiken für
Stimulanzien?
7. Wurde umfassend aufgeklärt?



Diagnostik

- Vollständige psychiatrische Anamnese
- Psychiatrische Untersuchung
- ADHS-spezifische Inhalte des Interviews
- Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten
- Ausschluss organischer Störungen
- Internistische und neurologische Untersuchung
- Informationen von Partner/Eltern/Bezugspersonen (z.B. Interview, Fragebogen)
- Standardisierte Untersuchungsinstrumente
- Neuropsychologische Untersuchung (fakultativ)

Leitsymptome adulter ADHS nach P. Wender

1. Aufmerksamkeitsstörung
2. Motorische Hyperaktivität
3. Affektlabilität (zykloid)
4. Desorganisation in Verhalten und Aktivitäten
5. Mangelhafte Affektkontrolle (Wutausbrüche)
6. Impulsivität (Dazwischenreden)
7. Emotionale Überreaktionen


P. Wender, Oxford University Press, 1995

Differenzialdiagnosen / Komorbidität

- Hirnorganische und metabolische Störungen
- Drogen- und medikamentenbedingte Störungen
- Depression, bipolare affektive Störung
- Angst- und Zwangsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen (*Borderline, Narzisstisch, Histrionisch, Antisozial*)
- Schizophrenie
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Dissoziative Störungen
- Schlaf-Apnoe-Syndrom, RLS



Multimodale Therapie

- Pharmakotherapie
 - Psychoedukation
 - Psychotherapie
 - Coaching
- 



Pharmakotherapie



Pharmakotherapie (1)

Ziele:

Beeinflussung der Kernsymptome der ADHS

- Aufmerksamkeitsstörung
- Impulsivität
- Hyperaktivität

Behandlung der Komorbidität

Basismedikation für ADHS

- Psychostimulanzien



Pharmakotherapie (2)

- 1. Wahl: Methylphenidat
- 2. Wahl: Amphetaminsalze, d-Amphetamin
- 3. Wahl:
 - Noradrenerge Substanzen: Desipramin, Reboxetin, Atomoxetin
 - Serotonerge/noradrenerge Substanzen: Venlafaxin, Duloxetin
 - Dopaminerge Substanzen: Bupropion
 - Andere: Modafinil, Guanfacine, Clonidin

Stimulanzien: Kontraindikationen

absolut:

- Psychose
- Glaukom
- Unbehandelte Hypertension, Arrhythmien
- Hyperthyreose
- gleichzeitige Einnahme von MAO-Hemmern
- Schwangerschaft

relativ:

- Suchtproblematik
- schwere aggressive Impulsdurchbrüche

Nebenwirkungen Methylphenidat

Unerwünschtes Ereignis	MPH (durchschnittl. Dosis 1.1 mg/kg/Tag)	Placebo
Verminderter Appetit*	27%	7%
Schlafstörungen	24%	17%
Mundtrockenheit*	35%	0%
Kopfschmerzen	41%	40%
Stimmungslabil*	30%	5%
Gastrointestinale Störungen	7%	7%
Nausea	14%	7%
Verstopfung	2%	2%
Magenschmerzen	8%	7%
Durchfall	5%	5%

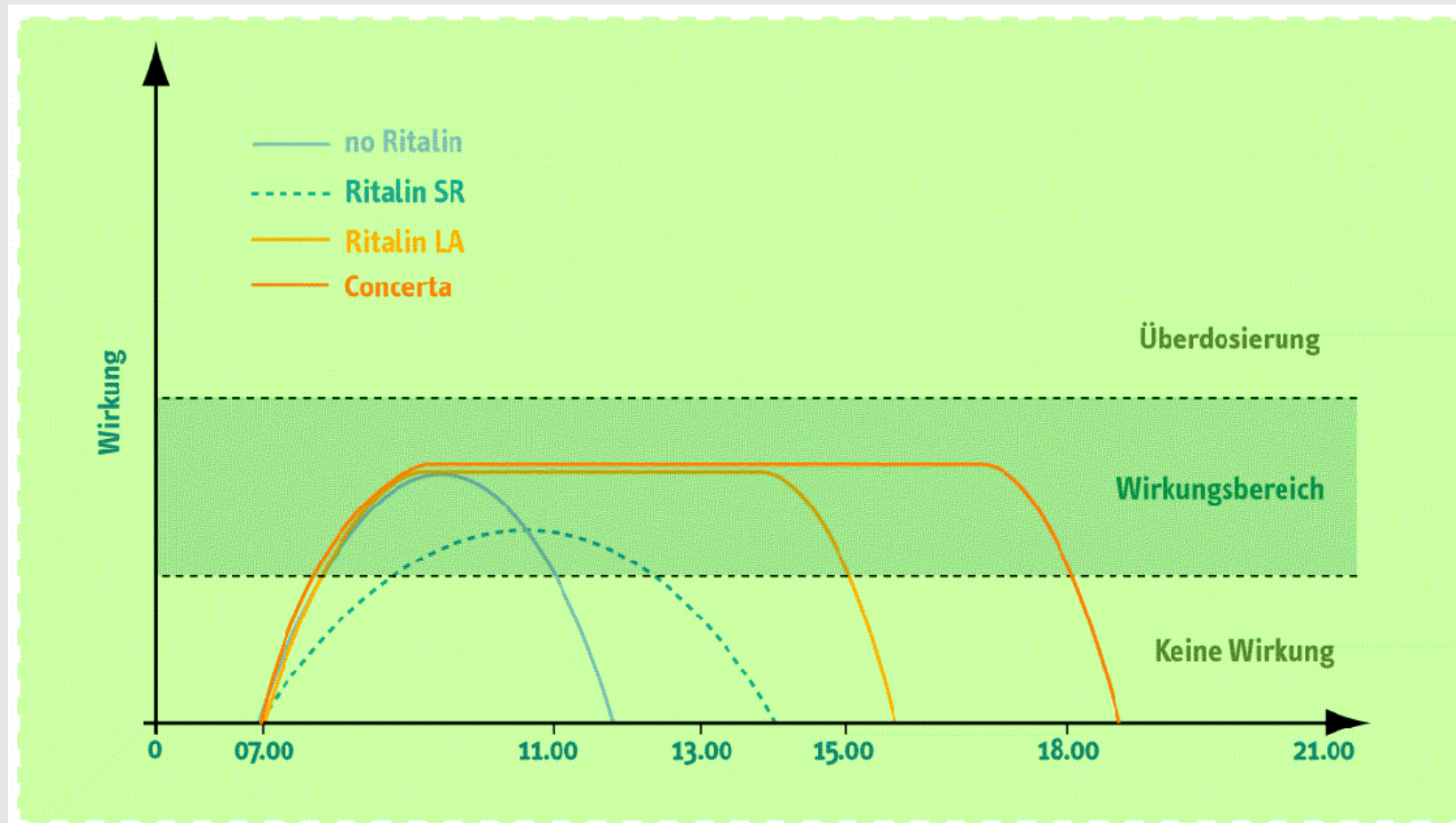
* signifikant

Spencer et al. A large, double-blind, randomized clinical trial of Methylphenidate in the treatment of adults with ADHD, 2005

Praktisches Vorgehen mit Stimulanzen

- Gesicherte Diagnose, Leidensdruck
- Ausführliche Information
- In der Regel Bedenkfrist
- Wahl des Stimulans und der Spezialität
- Problem Kostenerstattung beachten und aufklären

Wirkungsdauer der verschiedenen Methylphenidat-Formulierungen



Methylphenidat-Formulierungen

Generic-Name	Handelsname	Wirkdauer	In der Schweiz erhältlich
Methylphenidat	Concerta [®]	12 Stunden	Ja
Methylphenidat	Ritalin [®]	3–4 Stunden	Ja
Methylphenidat	Ritalin [®] LA	8 Stunden	Ja
Methylphenidat	Ritalin [®] SR	6–8 Stunden	Ja

Amphetamine

Generic-Name	Handelsname	Wirkdauer	In der Schweiz erhältlich
Amphetaminsalz	Adderall® Adderall® XR	4–6 Stunden 8–12 Stunden	Nein
D-Amphetamin	Dexamin®	4–5 Stunden	Bedingt (Fa. Streuli)
D-Amphetamin	Focalin® Focalin® XR	3–5 Stunden 12 Stunden	Nein



Vorgehen in der Praxis

- Beginn mit kleiner Dosierung (5 mg MPH) morgens, stufenweise Dosiserhöhung (3-Tage Rhythmus):
„Welche Dosis wirkt wie lange“?
- Wöchentliche Rückmeldung, möglichst Rücksprache mit Bezugspersonen
- Wenn Dosismenge und Wirkungsdauer bekannt, Zahl der täglich notwendigen Gaben bestimmen
- Kurz- oder langfristig wirksame Substanzen?

Wichtige Regeln bei Stimulanzien

- Individuelle Dosierung
- Beachtung der individuell unterschiedlichen Wirkungsdauer
- Beachtung der oft sehr schmalen therapeutischen Breite
- Kontinuierliches Monitoring (anfangs: engmaschig)
- Hausarzt 1x pro Jahr für Laborkontrolle (BB, Leber)

Positive Stimulanzieneffekte (1)

Kognitive Leistung

- Konzentration bzw. Aufmerksamkeit wird besser, v.a. bei relativ monotonen Arbeiten
- Ablenkbarkeit nimmt ab
- Kurzzeitgedächtnis verbessert sich
- Gedanken können besser formuliert und umgesetzt werden
- Arbeitspensum wird grösser
- Arbeit wird genauer d.h. weniger Flüchtigkeitsfehler

Positive Stimulanzieneffekte (2)

Impulsivität

- Verhalten wird ruhiger, der Situation angepasster
- Weniger aggressives Verhalten
- Verbesserung der sozialen Kompetenzen
- Frustrationstoleranz nimmt zu
- Im Strassenverkehr besonnen!
- Verbesserung der Selbstregulation: Umfeld reagiert positiv

Positive Stimulanzieneffekte (3)

Hyperaktivität

- Zum ersten Mal: innerlich ruhig (für viele ein “Aha“-Erlebnis)
- Motorisch ruhiger: bei Tisch bleiben können bis Mahlzeit zu Ende
- Hände und Füße können besser „in Schach“ gehalten werden
- Rastlosigkeit nimmt ab: Freizeit kann entspannt erlebt werden
- Rededrang nimmt ab, andere kommen auch zu Wort!



Positive Stimulanzieneffekte (4)

Emotionen und Affektregulierung

- Stimmungsschwankungen nehmen ab
- Emotionale Erregbarkeit wird geringer
- Hypersensibilität wird besser

Management von Nebenwirkungen

- Dysphorische Stimmungslage: beachte Komorbidität, evtl. kombinierte Pharmakotherapie nötig !
- Rebound: Stimulanzen möglichst überlappend einnehmen od. auf lang wirkende Präparate umstellen
- Tics: klaren Zusammenhang feststellen, andere Stimulanzen einsetzen oder andere Medikation
- Psychotische Symptome: Stimulanzen-Therapie sofort sistieren!

ADHS und Depression / Angststörungen

ADHS im Vordergrund:

Stimulanzen, dann SSRI wenn nötig

Depression im Vordergrund:

SSRI oder NSRI, dann Methylphenidat wenn nötig

Komorbide Panikstörung:

Erst SSRI oder NSRI, erst bei ausreichender Wirkung MPH



ADHS und BPS

- Bei diagnostizierter Comorbidität immer die ADHS zuerst behandeln, um das Fundament für die Behandlung der BPS zu schaffen.
- Methylphenidat ist fast mit allen Medikamenten kombinierbar (cave MAOI).
- Die Notwendigkeit anderer Medikamente und deren Dosis kann oft drastisch gesenkt werden.
- Häufige Kombinationen mit MPH: Quetiapine, Olanzapin, Valproat, Venlafaxin, Duloxetin, Reboxetin, Bupropion, Lorazepam, Trazodon.



Psychotherapie



Psychologische Therapie: Warum?

Trotz generell guter Wirksamkeit von Stimulanzen

- Responseraten schwanken 25 – 80%
- Nicht immer Vollremission

Vielfältige Beeinträchtigungen durch sekundäre psychische Entwicklungen

- Arbeit
- Beziehungen
- Selbstwert

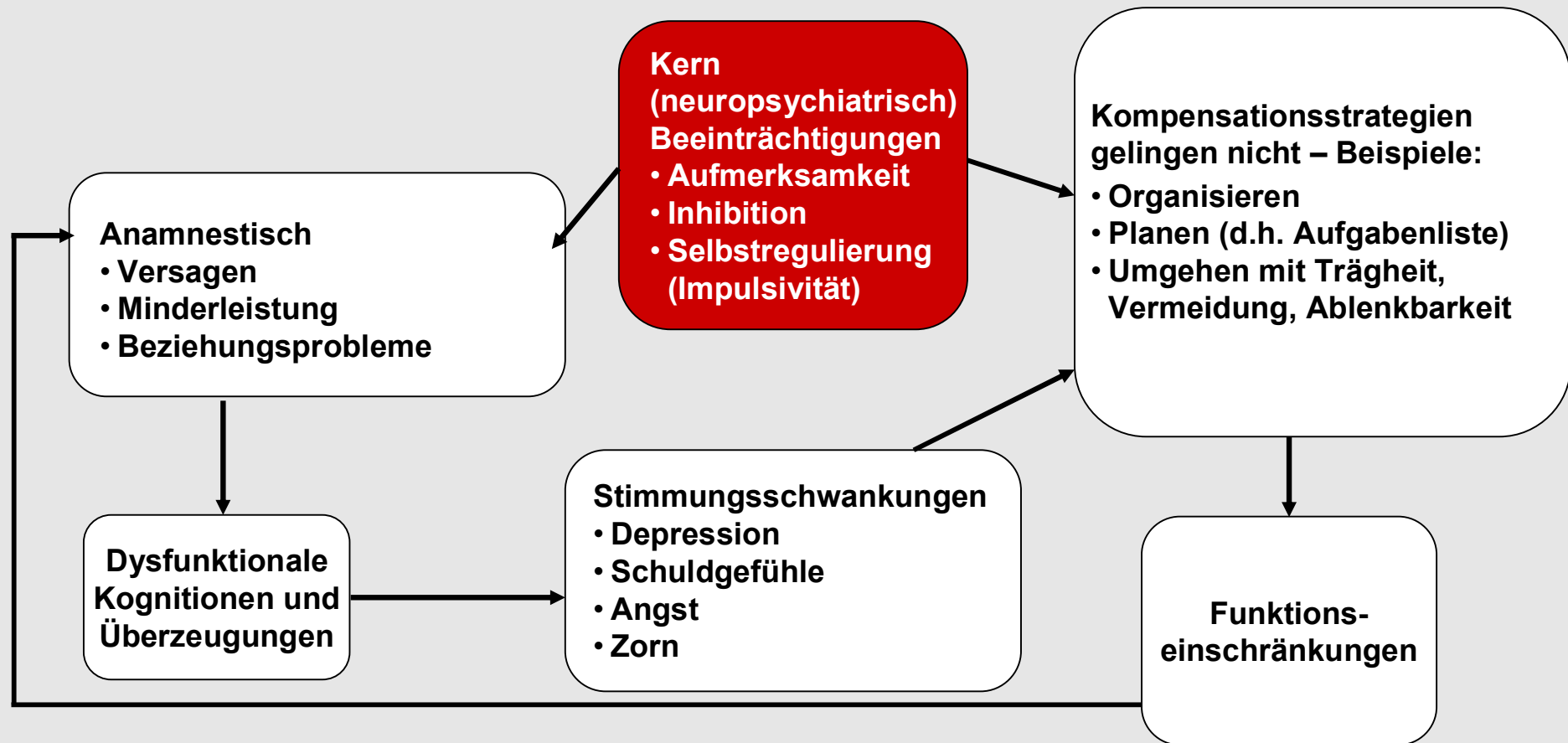


Psychologische Therapie

Datenlage eher unbefriedigend

- Referenz: Einzelfallberichte, Reviews, Expertenmeinungen, Konsensuskonferenzen und 1 Randomized Controlled Trial (Safren et al., 2005)
- Settingfaktoren
 - Einzeltherapie
 - Gruppen
 - Paar- und Familien

Kognitiv-behaviorales Modell





Psychoedukation bei ADHS

- Neurobiologische Hintergründe erklären - exzessiver, weitgehend ungenützter Neurotransmitterumsatz. Für den psychologischen Zugang zum Patienten ist ein gutes Verständnis des neurobiologischen Handicaps unumgänglich.
- Wirkungsweise der Medikation erklären - Drosselung des Umsatzes, gezielte Vermehrung bei Bedarf
- Wirkungsweise der Psychotherapie erklären – Gewohnheiten im Verhalten und Denken verändern.
- Psychohygiene



Psychohygiene

günstig

- Regelmässigkeit und Ausgewogenheit der Ernährung: Supplemente: Omega-3-Fettsäuren, Mg, Zn (?)
- Sport: Abbau von Spannung, Steigerung von Aufmerksamkeit und Ausdauer
- Schlafzeiten einhalten
- Arbeit: Struktur, Pausen
- Kontakte pflegen, Selbsthilfegruppe
- Hilfsmittel (Agenda, PDA, Wecker)

ungünstig


- Exzessive oder einseitige Nahrungszufuhr.
- Konsum von Suchtstoffen
- Riskante Sportarten, exzessives Sensation Seeking
- Tag-Nachtumkehr
- Arbeit: Monotonie, Ablenkung
- Sozialer Rückzug



Gruppentherapie

Hesslinger et al. (2003), keine Kontrollgruppe

- Gruppentherapie, 10 Sitzungen
- Bausteine aus der Dialektisch- Behavioralen Therapie für Borderlinepat. (Achtsamkeit, Umgang mit Impulsivität...)



Module des verhaltenstherapeutischen Gruppenkonzepts für Erwachsene mit ADHS (nach Hesslinger et al., 2003)

1. Vorstellung, Vereinbarungen, Ziele
2. Neurobiologie ADHS, Achtsamkeitstraining (I)
3. Achtsamkeitstraining (II)
4. Chaos und Kontrolle, Tagesstrukturierung, Handlungsanleitung
5. Problemverhalten/Verhaltensanalyse (I)
6. Verhaltensanalyse (II)
7. Gefühle, Emotionsmanagement, Kontrolle von Wut und Ärger
8. Psychoedukation, Depression, Medikamente
9. Impulskontrolle, Handlungsplanung
10. Stress, Sport
11. Sucht
12. Beziehungen mit ADHS, Selbstachtung
13. Rückblick, Ausblick, Abschied

Einzeltherapie

Safren et al. (2005)

Design

- RCT
- Einzeltherapie + Pharmakotherapie (N=16) vs Pharmakotherapie (N=15)
- 10 bis 14 Sitzungen

Ergebnisse:

- Signifikante Reduktion von ADHS-Symptomen (Selbst- und Fremdbeurteilung)
- Signifikante Unterschiede Responsequote (56% vs 13%)
- Ebenso Angst und Depression, jedoch weniger deutlich



Coaching (1)

Definition:

„Coaching is a supportive, pragmatic, and collaborative process in which the coach and adult with ADHD work together usually via daily 10- to 15-minute telephon conversation to identify goals and strategies to meet the goals“ (Murphy, 1998)

Aufgaben des Coach:

Unterstützung bei Sache bleiben, Ermutigung, Strukturierung, Verantwortlichkeit, sanfte Konfrontation



Coaching (2)

- Kein Standardvorgehen (u.U. auch per Mail)
- Praktische Coping-Strategien wie z.B. Kalender, Erstellung Listen, Alarmglocke am Handy
- Problem: bisher keine Effektivitätsnachweise durch kontrollierte Studien



Beispiele “nicht evidenz-basierter” Therapien

- Homöopathie
- Nährstofftherapie
- Irlen-Methode (individuell eingefärbte Brillengläser)
- Neurofeedback