

ATX und/oder MPH – welcher Patient mit welchem Medikament?

**Übersicht zu Leitlinienempfehlungen,
Veröffentlichungen und langjährigen,
eigenen Erfahrung**



Dr. Ulrich Kohns

Kinder- und Jugendarzt

Psychotherapie

Homöopathie



Sozialpädiatrische Praxis

Klarastr. 31

45130 Essen

Tel. 0201/774666

Fax 0201/7266013

dr.kohns@t-online.de

www.drkohns.de

**Mitglied im Vorstand der
Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder-
und Jugendärzte e. V.**

**Mitglied der INAQ Interdisziplinäres
Netzwerk ADHS Qualitätssicherung**

**Mitglied im advisory board Strattera®
Lilly**

Referent für Lilly, Medice, Shire

**Seminare für Ärzte, Therapeuten,
Erzieher, Lehrer und Eltern**



Methylphenidat - Behandlung der ADHS

1. Die *Methylphenidat - Behandlung* ist weltweit die am längsten, umfangreichsten und am besten untersuchte Behandlung der ADHS.
„Zu keinem anderen Gebiet in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es so zahlreiche wissenschaftliche Daten.“ (Trott 2006)
2. Die *Methylphenidat - Behandlung* hat durch weltweit mehrere hundertfache Zahl von Plazebo kontrollierten, randomisierten, doppelblind geführten Studien ihren unmittelbaren Nutzen in der Behandlung der ADHS bewiesen.
3. Die *Methylphenidat - Behandlung* ist weltweit der in Leitlinien zur Behandlung der ADHS eingeführte Standard einer medikamentösen Therapie.
4. Die *Methylphenidat - Behandlung* ist in der Mehrzahl der Fälle mit ADHS unverzichtbarer Bestandteil in der Behandlung.



Grenzen der Therapie mit Stimulanzien⁽¹⁾

- **Kontraindikationen:**
ausgeprägte Angst, Anspannung, Agitation,
motorische Tics
- **Fehlende oder nicht ausreichende Wirksamkeit**
- **Unverträglichkeiten:**
Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Reizbarkeit,
Kopfschmerzen
- **„Persönlichkeitsveränderung“**
aus Sicht der Eltern oder der Patienten



Grenzen der Therapie mit Stimulanzen ⁽²⁾

- **Diskontinuierliche Symptombesserung:**
 - kurze Wirkungsdauer
 - Vermeiden von Nebenwirkungen durch Absetzen der Medikamente am Abend, am Wochenende und in den Ferien
 - Verschlechterung der Symptomatik im Zuge eines Rebound-Effekts - besonders bei schlechter Compliance
- **„Betäubungsmittelgesetz“:**
 - Verurteile in veröffentlichter Meinung
 - Erschwerte Verordnungsbedingungen durch Bedenken der Eltern
 - Gefahr des Missbrauchs durch Dritte in Familie



„Für viele ADHS-Patienten ist ADHS nicht mit der Schule aus.“

Morgens/Familie

- Mühseliges Aufstehen und Anziehen
- Ständige Auseinandersetzungen
- Fortwährendes Hickhack bis zum Verlassen des Hauses
- Spannungen innerhalb der Familie

Vormittags/Schule

- Stören des Unterrichts
- Lernschwierigkeiten
- Probleme bei der Eingliederung in den Klassenverband
- Massive Schulprobleme

Nachmittags

- Probleme bei den Hausaufgaben
- Ablehnung durch geringe Leistung beim Mannschaftssport
- soziale Isolation
- keine Tagesroutine möglich

Abends/Familie

- Unruhe/Spannungen beim Abendessen
- Schwierigkeiten beim zu-Bett-Gehen
- Ein-/Durchschlafprobleme
- Emotionale und zeitliche Belastung der Familie



Beeinträchtigte Lebensqualität



European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade

E. Taylor et al. - Eur Child Adolesc Psychiatry 13:1/7–1/30 (2004)

2004:

„Where stimulant treatment is considered inappropriate non-stimulants may be considered. ...

*Where available, **atomoxetine** is likely to be **an attractive effective treatment option for this group.***

... clonidine, atomoxetine, and even risperidone may have their place; ...”



Zusammenfassung zur Wirksamkeit von Atomoxetin bei ADHS

Ergebnisse einer Vielzahl weltweiter Kinder- und Jugendstudien:

- Wirksamkeit auf alle ADHS-Kernsymptome
- Wirksamkeit vergleichbar mit Methylphenidat
- Symptomverbesserungen bis abends und zum nächsten Morgen
- Nachgewiesene Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und Eltern
- Lineare Dosis-Wirkungsbeziehung
- Signifikante Behandlungsresponse nach einer Woche trotz konservativer Dosisanpassung; weitere Symptomverbesserung über die ersten Behandlungswochen
- Wirksamkeit sowohl bei 1x täglicher Gabe und 2x täglicher Gabe nachgewiesen



Atomoxetine in the Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled, Dose-Response Study. D. Michelson et al.

PEDIATRICS Vol. 108 No. 5 November 2001, p. e83

297 Kinder und Jugendliche (8 – 18 Jahre) mit ADHD nach DSM IV
Randomisierte, Plazebo kontrollierte Studie mit Atomoxetin in Dosierung
0.5 mg/kg/d., 1.2 mg/kg/d. oder 1.8 mg/kg/d. über 8 Wochen
ADHD Symptome, affektive Symptome, soziale und familiäre Funktionen
überprüft

Signifikante Verbesserung der ADHD-Symptome und der sozialen und familiären Funktionen:

- verbesserte emotionale Befindlichkeit,***
- verbesserte Integration in das psychosoziale Umfeld und***
- verbesserte Annahme elterlichen Einflusses***



Sunbeam-Studie

”Study into Broader Efficacy of Atomoxetine”

*Suyash Prasad et al.**

Studie zur erweiterten Wirksamkeit von Atomoxetin im Vergleich zur gewöhnlichen Standardtherapie bei der ADHS-Behandlung.

SUNBEAM ist eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte, offene Studie mit ca. 200 Kindern und Jugendlichen mit ADHS in UK.

SUNBEAM untersucht die erweiterte Wirksamkeit und Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität unter der ADHS Behandlung.

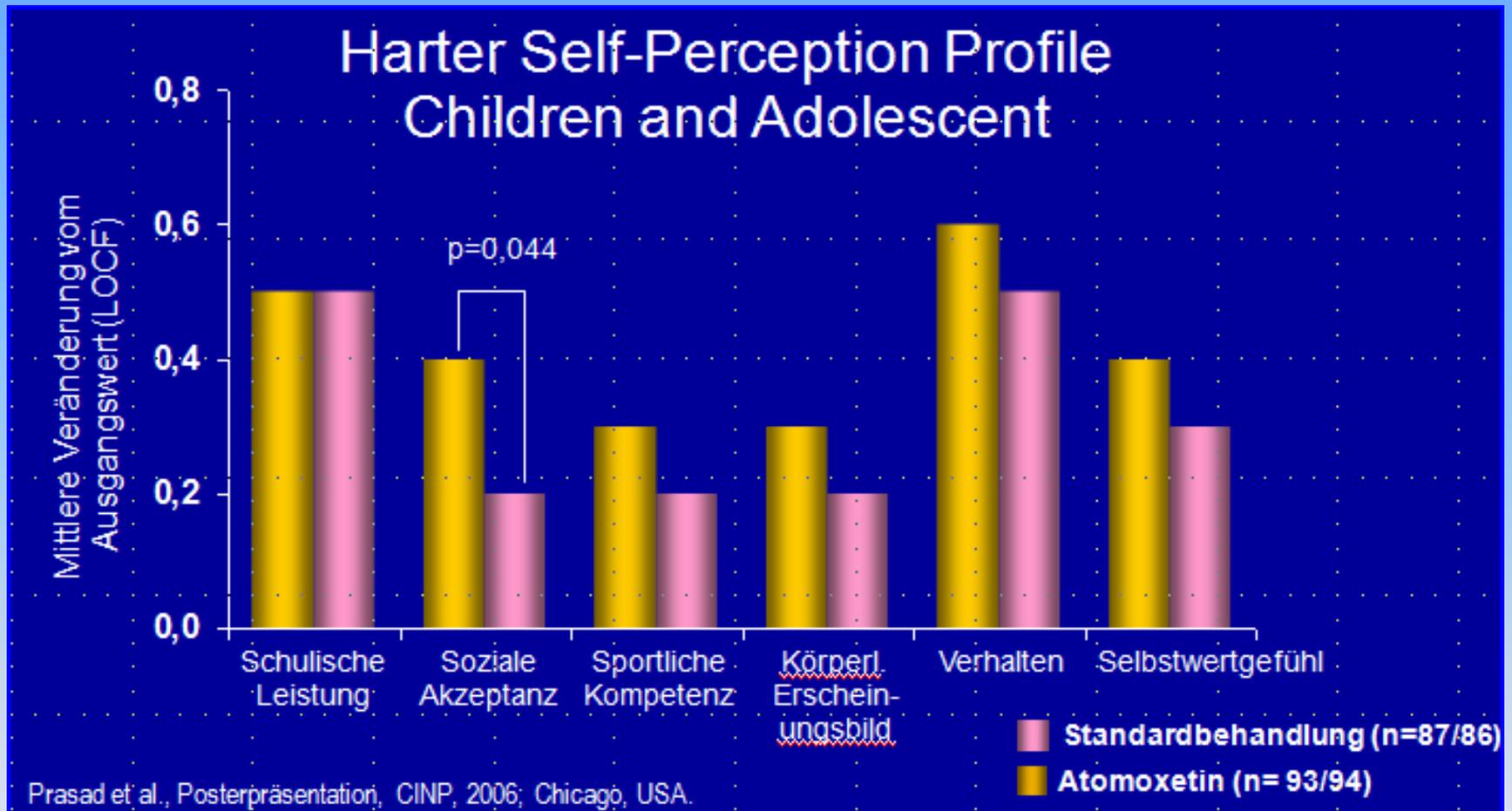
„erweiterte Wirksamkeit“

Untersuchung der Wirksamkeit eines Arzneimittels bzw. einer Behandlung über die Zeit und jenseits der Verbesserung von Kernsymptomen hinaus:
Verbesserung von Selbstachtung, Selbstwertgefühl, Zufriedenheit (sowohl körperlich als auch psychisch), Leistungen, soziale Akzeptanz und Auswirkungen auf die Familie sowie weitere ähnliche Kriterien



Sunbeam-Studie "Study into Broader Efficacy of Atomoxetine"

Suyash Prasad et al



©Lilly



© Kohns

„Sunbeam-Studie“ - Schlussfolgerungen

- Kinder mit ADHS sind in ihrer Lebensqualität deutlich beeinträchtigt.
- Die Beeinträchtigung erstreckt sich auf mehrere Bereiche und Situationen.
- **Gemessen am Gesamtscore des Child Health and Illness Profile (CHIP-CE) war die erweiterte Wirksamkeit von Atomoxetin der gewöhnlichen Standardtherapie überlegen.**
- **Die Verbesserungen im Sinne der erweiterten Wirksamkeit nahmen im Laufe der Studie zu.**

Das **Child Health and Illness Profile (CHIP-CE)** Instrument zur Beschreibung der Gesundheit, des Wohlbefindens und des Funktionsniveaus Beurteilung durch die Eltern durch Fragebogen mit 76 Items

5 Subskalen: Zufriedenheit, Wohlbefinden, Belastbarkeit, Risikovermeidung, Leistungsfähigkeit



BEST-Studie

”Broader Efficacy of Strattera Trial”

A Randomised, Double Blind, Placebo Controlled Study of the Broader Efficacy of Atomoxetine Hydrochloride in the Treatment of ADHD in Swedish Children and Adolescents

- Bezüglich des primären Zielparameters, der Verbesserung der Domäne „Leistungsfähigkeit“ (CHIP-CE), war die **Kombination Atomoxetin + Psychoedukation der Kombination Plazebo + Psychoedukation überlegen.**
- ...
- Für die Reduktion der Kernsymptomatik wurde eine große Effektstärke (ES) vs. Placebo berechnet (ES $d=1,28$).



NICE¹-Empfehlung zur ADHS-Behandlung

“ADHS betrifft Kinder und Jugendliche auf unterschiedliche Weise und in unterschiedlichem Ausmaß. Die Konsequenzen einer schweren ADHS kann schwerwiegend sein, sowohl für das betroffene Individuum als auch für die Familie und Betreuer. Kinder mit schwerer ADHS haben häufig ein niedriges Selbstbewusstsein, entwickeln emotionale und soziale Probleme und haben oft Leistungsprobleme in der Schule. Die Symptome der ADHS können bis ins Jugend- und Erwachsenenalter fortbestehen. Sie gehen oft mit anhaltenden emotionalen und sozialen Problemen, Substanzmissbrauch, Arbeitslosigkeit und Kriminalität einher.”²

1) National Institut of Clinical Excellence. 2) www.nice.org.uk, Abschnitt 2.4, März 2006.



Auswahl ATX oder MPH nach Leitlinienempfehlungen



Strattera® 1. Wahl

gleich Methylphenidat bei Therapie der ADHS

- AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry): *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Patients With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Second Edition, by Magellan*
[<https://www.magellanprovider.com/MHS/MGL/providing.../ADHD.pdf>]
- CADDRA (Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance):
Canadian ADHD Practice Guidelines, Third Edition, 2011
[www.caddra.ca/cms4/pdfs/caddraGuidelines2011.pdf]
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence): *Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults, National Clinical Practice Guideline Number 72, 2008*
[<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12061/42059/42059.pdf>]



Strattera® 1. Wahl bei Therapie der ADHS unter bestimmten Indikationen

- Gefahr von Substanzmissbrauch
 - Tic-Störung
- Bevorzugung von Nicht-Stimulanzen
- Notwendigkeit einer 24-Stunden-Wirkung
 - Angststörung

- AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) ⁽¹⁾
- AG-ADHS (Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.) ⁽²⁾
- Australian Guidelines on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), 6/2009 ⁽³⁾
- CADDRA (Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance) ⁽⁴⁾
- DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie) ⁽⁵⁾
- European ADHD Treatment Guidelines Group ⁽⁶⁾
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) ⁽⁷⁾



Strattera® 2. Wahl bei Therapie der ADHS unter bestimmten Indikationen

- Kontraindikationen für Methylphenidat
- Fehlender oder unzureichender Effekt von Methylphenidat
- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei Methylphenidat

- AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) ⁽¹⁾
- AG-ADHS (Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.) ⁽²⁾
- Australian Guidelines on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), 6/2009 ⁽³⁾
- CADDRA (Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance) ⁽⁴⁾
- DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie) ⁽⁵⁾
- European ADHD Treatment Guidelines Group ⁽⁶⁾
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) ⁽⁷⁾





Welcher Patient mit welchem Medikament?

**Einfluss der Komorbidität auf die Auswahl des
Medikaments nach Leitlinien, Studien und
eigener Erfahrung**



ADHD COMPLEX – CHILDREN

Comorbidity in Childhood

Table 2. ADHD Subtypes, Comorbidities and Age[20]

| | < 6 years | Children | Adolescents | Adults |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| ADHD Subtype | ADHD-C > ADHD-I | ADHD-C > ADHD-I | ADHD-C = ADHD-I | ADHD-C < ADHD-I |
| Oppositional Defiant Disorder | +++ | +++ | ++ | + |
| Communication Disorder | ++ | + | + | + |
| Conduct Disorder | + | ++ | +++ | Anti-social |
| Anxiety Disorders | - / + | ++ | +++ | +++ |
| Major Depression | - | + | ++ | +++ |
| Dysthymic Disorder | - | + | ++ | +++ |
| Substance Abuse | - | - | + | ++ |

In this table ADHD-C means ADHD Combined Type, ADHD-I means ADHD Predominantly Inattentive Type

<http://www.caddra.ca/cms4/pdfs/caddraGuidelines2011.pdf>



Komorbidität - Auswahl des Medikaments

(nach eigenen Erfahrungen orientiert an internationalen und nationalen Leitlinien, Fachinfo oder Studien)

ADHS + Störungen des Sozialverhaltens F91.-

... ein sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens charakterisiert. Dieses Verhalten übersteigt mit seinen gröberen Verletzungen die altersentsprechenden sozialen Erwartungen. Es ist also schwerwiegender als gewöhnlicher kindischer Unfug oder jugendliche Aufmüpfigkeit.

Verhaltensweisen, welche diese Diagnose begründen:

... ein extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren, Grausamkeit gegenüber anderen Personen oder Tieren, erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum, Feuerlegen, Stehlen, häufiges Lügen, Schulschwänzen oder Weglaufen von zu Hause, ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche und Ungehorsam.



Komorbidität - Auswahl des Medikaments

(nach eigenen Erfahrungen orientiert an internationalen und nationalen Leitlinien, Fachinfo oder Studien)

ADHS + Störungen des Sozialverhaltens F91.-.

F91.0 Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverh.

F91.1 Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen

F91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen

F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

... gewöhnlich bei jüngeren Kindern ... in erster Linie durch deutlich aufsässiges, ungehorsames Verhalten charakterisiert, ohne delinquente Handlungen oder schwere Formen aggressiven oder dissozialen Verhaltens. Für diese Störung müssen die allgemeinen Kriterien ... erfüllt sein: deutlich übermütiges oder ungezogenes Verhalten allein reicht für die Diagnosestellung nicht aus.

Vorsicht beim Stellen dieser Diagnose ist vor allem bei älteren Kindern geboten, ... meist mit dissozialem oder aggressivem Verhalten, ... das über Aufsässigkeit, Ungehorsam oder Trotz hinausgeht.



Komorbidität - Auswahl des Medikaments

(nach eigenen Erfahrungen orientiert an internationalen und nationalen Leitlinien, Fachinfo oder Studien)

ADHS + F91. Störung des Sozialverhaltens

F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

- 1. *Atomoxetin (+)(3)(4), Methylphenidat (3)(7)***
- 2. *Methylphenidat + Atomoxetin (1)(4)***
- 3. *Methylphenidat + Risperidon (3)(5)***

Grazia Dell'Agnello, European Neuropsychopharmacology (2009) 19, 822–834 (+)

AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) (1)

Australian Guidelines on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), 6/2009 (3)

CADDRA (Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance) (4)

DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie) (5)

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (7)



Komorbidität - Auswahl des Medikaments

(nach eigenen Erfahrungen orientiert an internationalen und nationalen Leitlinien, Fachinfo oder Studien)

ADHS + F92.- Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

... **Kombination von anhaltendem aggressiven, dissozialen oder aufsässigen Verhalten** charakterisiert mit offensichtlichen und eindeutigen Symptomen von Depression, **Angst** oder anderen **emotionalen Störungen**.

- F92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
- F92.8 Sonstige komb. Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

1. Atomoxetin (1)-(7)(+)

2. Methylphenidat+Atomoxetin (1)(3)(0)

AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) ⁽¹⁾

AG-ADHS (Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.) ⁽²⁾

Australian Guidelines on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), 6/2009 ⁽³⁾

CADDRA (Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance) ⁽⁴⁾

DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie) ⁽⁵⁾

European ADHD Treatment Guidelines Group ⁽⁶⁾

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) ⁽⁷⁾

⁺D. Michelson et al. PEDIATRICS Vol. 108 No. 5 November 2001, p. E83

^oG.A. Carlson et al. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2007; 1: 10.



ADHS + affektive Dysregulation

affektive Dysregulation vermutlich ein **Verhaltensphänotyp**,
der ein Muster beobachtbaren Verhaltens beschreibt

Im europäischen Kontext wird dieses Mischbild aus ADHS und affektiver Dysregulation häufig als „**komplizierte ADHS**“ bezeichnet oder als **kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen**, depressive Störung oder emotional-instabile Persönlichkeitsstörung klassifiziert.

(Holtmann, ADHS-Report 40)

Etwa 15 – 20 % der Kinder mit ADHS weisen eine solche erschwerende Symptomatik auf und zeigen darüber hinaus ein reduziertes Schlafbedürfnis, sexuell enthemmtes Verhalten und suizidale Krisen

(Holtmann et al., 2008).



ADHS + affektive Dysregulation

Auch mit dem Fragebogen zu Stärken und Schwächen (**Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ**) kann die Störung der Affektregulation erfasst werden. Die neu entwickelte SDQ-Skala Dysregulation umfasst:

| Item | nicht zutreffend | teilweise zutreffend | eindeutig zutreffend |
|--|------------------|----------------------|----------------------|
| 2: Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen | 0 | 1 | 2 |
| 8: Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt | 0 | 1 | 2 |
| 12: Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie | 0 | 1 | 2 |
| 13: Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig | 0 | 1 | 2 |
| 22: Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo | 0 | 1 | 2 |

Tabelle 3: Skala Dysregulation des Fragebogens zu Stärken und Schwächen (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ; nach Holtmann, Becker et al., im Druck)

©Medice

Werte von ≥ 5 auf dieser Skala deuten hin auf **ein klinisch relevantes Ausmaß** von Dysregulation von Affekt und Verhalten



Komorbidität - Auswahl des Medikaments

(nach eigenen Erfahrungen orientiert an internationalen und nationalen Leitlinien, Fachinfo oder Studien)

ADHS + F93.- Emotionale Störungen des Kindesalters

- **F93.0 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters**

... Störung mit Trennungsangst, wenn die Furcht vor Trennung den Kern der Angst darstellt und wenn eine solche Angst erstmals während der frühen Kindheit auftrat.

... unterscheidet sich von normaler Trennungsangst durch eine unübliche Ausprägung, eine abnorme Dauer über die typische Altersstufe hinaus und durch deutliche Probleme in sozialen Funktionen.

- **F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters**

... Störung besteht ein Misstrauen gegenüber Fremden und soziale Besorgnis oder Angst, in neuen, fremden oder sozial bedrohlichen Situationen. Vermeidende Störung in der Kindheit und Jugend



ADHS + F93.- Emotionale Störungen des Kindesalters

...

- **F93.3 Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität**

... nur dann diagnostiziert ..., wenn sowohl das Ausmaß als auch die Dauer der Störung übermäßig ausgeprägt sind und mit Störungen der sozialen Interaktionen einhergehen.

- **F93.8 Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters**

... Identitätsstörung, Störung mit Überängstlichkeit

1. Atomoxetin (1) - (7) (+) (++) (+++)

2. Methylphenidat+Atomoxetin (1)(3)

AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) ⁽¹⁾

AG-ADHS (Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.) ⁽²⁾

Australian Guidelines on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), 6/2009 ⁽³⁾

CADDRA (Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance) ⁽⁴⁾

DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie) ⁽⁵⁾

European ADHD Treatment Guidelines Group ⁽⁶⁾

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) ⁽⁷⁾

⁽⁺⁾ D. Michelson et al., PEDIATRICS Vol. 108 No. 5 November 2001, p. E83

⁽⁺⁺⁾ Prasad et al., Posterpräsentation, CINP, 2006; Chicago, USA – SUNBEAM-Studie

⁽⁺⁺⁺⁾ Svanborg et. al., Posterpräsentation, ESCAP, 2007; Florenz, Italien – BEST-Studie



Komorbidität - Auswahl des Medikaments

(nach eigenen Erfahrungen orientiert an internationalen und nationalen Leitlinien, Fachinfo oder Studien)

ADHS + Affektive Störungen:

- **F92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung**
... Kombination einer Störung des Sozialverhaltens (F91.-) mit andauernder und deutlich depressiver Verstimmung (F32.-), die sich in auffälligem Leiden, Interessenverlust, mangelndem Vergnügen an alltäglichen Aktivitäten, Schuldgefühlen und Hoffnungslosigkeit zeigt.
... Schlafstörungen und Appetitlosigkeit können gleichfalls vorhanden sein.

1. Atomoxetin⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

2. Atomoxetin+Methylphenidat⁽¹⁾⁽³⁾

3. Methylphenidat+Antidepressivum⁽³⁾



Komorbidität - Auswahl des Medikaments

(nach eigenen Erfahrungen orientiert an internationalen und nationalen Leitlinien, Fachinfo oder Studien)

ADHS + F94.- Störungen soz. Funktionen mit Beginn in Kindheit/Jugend

- ... heterogene Gruppe mit Abweichungen in der sozialen Funktionsfähigkeit und Beginn in der Entwicklungszeit.*
- ... jedoch nicht primär durch eine offensichtliche konstitutionelle soziale Beeinträchtigung oder Defizite in allen Bereichen sozialer Funktionen charakterisiert.*
- ... In vielen Fällen spielen schwerwiegende Milieuschäden oder Deprivationen eine vermutlich entscheidende Rolle in der Ätiologie.*

F94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters

F94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung

1. Atomoxetin ?

2. Methylphenidat+Atomoxetin ?



Komorbidität - Auswahl des Medikaments

(nach eigenen Erfahrungen orientiert an internationalen und nationalen Leitlinien, Fachinfo oder Studien)

ADHS + F94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters

- ... anhaltende Auffälligkeiten im sozialen Beziehungsmuster*
- ... von einer emotionalen Störung begleitet und reagieren auf Wechsel in den Milieuverhältnissen.*
- ... Symptome ... aus Furchtsamkeit und Übervorsichtigkeit, eingeschränkten sozialen Interaktionen mit Gleichaltrigen, gegen sich selbst oder andere gerichteten Aggressionen,*
- ...*
- ... wahrscheinlich als direkte Folge schwerer elterlicher Vernachlässigung, Missbrauch oder schwerer Misshandlung ...*



Komorbidität - Auswahl des Medikaments

(nach eigenen Erfahrungen orientiert an internationalen und nationalen Leitlinien, Fachinfo oder Studien)

ADHS + F94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung

...spezifisches abnormes soziales Funktionsmuster, ... trotz deutlicher Änderungen in den Milieubedingungen zu persistieren.

... z.B. in diffusem, nichtselektivem Bindungsverhalten ..., in aufmerksamkeitsuchendem und wahllos freundlichem Verhalten und kaum modulierten Interaktionen mit Gleichaltrigen; je nach Umständen kommen auch emotionale und Verhaltensstörungen vor.

1. Atomoxetin ?

2. Methylphenidat ?

3. Methylphenidat + Atomoxetin ?



Komorbidität - Auswahl des Medikaments

(nach eigenen Erfahrungen orientiert an internationalen und nationalen Leitlinien, Fachinfo oder Studien)

ADHS + F95.- Tics-Störungen

▪ F95.0 Vorübergehende Ticstörung

Sie erfüllt die allgemeinen Kriterien für eine Ticstörung, jedoch halten die Tics nicht länger als 12 Monate an. Die Tics sind häufig Blinzeln, Grimassieren oder Kopfschütteln.

▪ F95.1 Chronische motorische oder vokale Ticstörung

Sie erfüllt die allgemeinen Kriterien für eine Ticstörung, wobei motorische oder vokale Tics, jedoch nicht beide zugleich, einzeln, meist jedoch multipel, auftreten und länger als ein Jahr andauern.

▪ F95.2 Kombinierte vokale und multiple motorische Tics

1. Atomoxetin ⁽¹⁾⁻⁽⁷⁾

2. Methylphenidat ⁽⁵⁾

3. Methylphenidat + (?)Tiaprid⁽⁵⁾, (?)Risperidon⁽⁵⁾

AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) ⁽¹⁾

AG-ADHS (Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.) ⁽²⁾

Australian Guidelines on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), 6/2009 ⁽³⁾

CADDRA (Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance) ⁽⁴⁾

DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie) ⁽⁵⁾

European ADHD Treatment Guidelines Group ⁽⁶⁾

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) ⁽⁷⁾



Komorbidität - Auswahl des Medikaments

(nach eigenen Erfahrungen orientiert an internationalen und nationalen Leitlinien, Fachinfo oder Studien)

ADHS + F84.- Tief greifende Entwicklungsstörungen

- **F84.0 Frühkindlicher Autismus**

... Entwicklungsstörung durch eine abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung definiert, ... vor dem dritten Lebensjahr

... außerdem gekennzeichnet durch ... ein charakteristisches Muster abnormer Funktionen in den folgenden psychopathologischen Bereichen: in der sozialen Interaktion, der Kommunikation und im eingeschränkten stereotyp repetitiven Verhalten.

- **F84.1 Atypischer Autismus (bis 58% mit ADHS⁽⁴⁾)**

...immer dann ..., wenn die abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung erst nach dem dritten Lebensjahr manifest wird und wenn nicht in allen für die Diagnose Autismus geforderten psychopathologischen Bereichen Auffälligkeiten nachweisbar sind, ...

1. Atomoxetin⁽⁺⁾⁽⁴⁾

2. Methylphenidat⁽⁴⁾?

3. Methylphenidat + Atomoxetin ?



⁽⁺⁾Response to atomoxetine in boys with high-functioning Autism Spectrum Disorders and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Pål Zeiner et al., Acc. Art. Acta Paediatrica, 2011
CADDRA (Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance) ⁽⁴⁾

Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance^(*)

EB MEDICATION COMPARISONS

+ CB Health Canada Indications (I) and CAP-Guideline Committee Recommendations (R)

First Line Agents

| | First Line Agents | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | Adderall XR® | Biphentin® | Concerta® | Strattera® |
| ADHD 6-12 y.o. | I/R | I/R | I/R | I/R |
| ADHD Adolescents | I/R | I/R | I/R | I/R |
| ADHD Adults | | I/R | R | I/R |
| ADHD + anxiety | R ¹ | R ¹ | R ¹ | R |
| ADHD + depression | R | R | R | R |
| ADHD + tics | R ² | R ² | R ² | R |
| ADHD + ODD | R | R | R | R |
| ADHD + aggression | R | R | R | Unlikely benefit ³⁴ |
| ADHD + sleep problems ⁴ | Unlikely benefit ³⁴ | Unlikely benefit ³⁴ | Unlikely benefit ³⁴ | R |
| ADHD + substance abuse | R ⁵ | R ⁵ | R ⁵ | R |

(*) <http://www.caddra.ca/cms4/pdfs/caddraGuidelines2011.pdf>



Umgang mit Strattera®



Umgang mit Strattera®

- primärer Behandlungsbeginn *

- Patienten ohne Vorliegen einer „Symptomatik mit krisenhafter Zuspitzung“
- Patienten, deren Eltern oder die sich selbst gegen eine Behandlung mit MPH entscheiden
- Patienten mit Kontraindikation für die MPH-Behandlung
- Patienten mit schwerer, Behandlung bedürftiger komorbide Störungen wie Angst, ausgeprägte Sozialverhaltensstörung und oppositionelle Verhaltensstörung, Tics
- Patienten, bei denen eine mehr als einmal tägliche Medikamenteneinnahme nicht sicher gewährleistet ist
- Patienten mit am Morgen und Abend sehr stark ausgeprägter ADHS-Symptomatik
- Patienten mit affektiver Labilität - „überflutenden Emotionen“*
- Patienten mit sozial unsicher, vermeidender Konstitution



Strattera® - Empfehlung zur Erstbehandlung*

Erklären Sie die Unterschiede von MPH und Atomoxetin in der empfundenen Wirksamkeit und Pharmakokinetik!

- *Beginnen Sie Strattera® mit ca. 0,3 mg/kg KG/d. (!)*
- *Steigern Sie nach 7 Tage jeweils um ca. 0,3 mg/kg KG/d unter Berücksichtigung der konfektionierten Packungsangebote auf Zieldosis 1,2-1,4 mg/kg KG/d. (!)*
- *Bei frühzeitiger Effektivität auf Zielsymptome keine Dosissteigerung - evtl. bei **0,8mg/kg KG/d**.*
- *Erst nach ca. 4 Wochen mit ATMX in Zieldosis (max. 1,2 - 1,4 mg/kg KG/d) ist eine endgültige Beurteilung der Effektivität der Therapie erlaubt.*
 - *Überprüfen Sie die Notwendigkeit einer zusätzlichen Gabe von MPH am Morgen.*

Haben Sie Geduld!



Umgang mit Strattera® - Umstellung von MPH*

- Patienten mit Notwendigkeit einer Verbesserung der abendlichen und/oder morgendlichen Situation
- Patienten mit beeinträchtigenden Nebenwirkungen von MPH
- Patienten mit störender Befindlichkeit durch stark schwankende Therapieeffekte unter MPH-Therapie
- Patienten mit Behandlung bedürftigen komorbide Störungen unter der MPH-Behandlung
- Patienten mit Fortbestehen von ausgeprägtem oppositionellem Verhalten, Sozialverhaltensstörungen und Tic-Störungen unter der MPH-Behandlung
- Patienten mit schlechter Compliance durch Auslassen notwendiger, mehrmaliger Einnahmen von MPH am Tag



Strattera® - Empfehlung Umstellung von MPH*

- Belassen Sie zunächst MPH beim Aufdosieren mit ATMX
- *Beginnen Sie die Aufdosierung mit einer abendlichen Dosis wie bei Ersteinstellung*
 - Bei einer Wirkung ähnlich oder besser einer MPH-Dosis am Nachmittag, Abend oder Morgen reduzieren Sie Methylphenidat - meist bei ca. **0,8 mg/kg KG/d** oder früher
 - *Setzen Sie MPH behutsam ab und geben Sie Atomoxetin am Morgen.*
- Überprüfen Sie die Notwendigkeit einer zusätzlichen Gabe von MPH.

Haben Sie Geduld!



Strattera® und Suizidalität?



J. Acad. Child Adolesc. Psych. 47:2, Pages 209-218 (February 2008)

Meta-Analysis of Suicide-Related Behavior Events in Patients Treated With Atomoxetine

MARK E. BANGS et al.

- *Patients with ADHD appear to be at higher risk for suicide-related behavior than the general population.*
- *No completed suicides have been reported in any pediatric antidepressant or atomoxetine trials...*

Results:

- *No patient in atomoxetine attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) trials committed suicide.*
- *The frequency of suicidal ideation was 0.37% (5/1357) in pediatric patients taking atomoxetine versus 0% (0/851) for the placebo group.*
- *Frequencies of suicide-related events in pediatric patients with ADHD did not differ between methylphenidate and atomoxetine treatments.*





***Atomoxetin und Methylphenidat
sind Behandlungsoptionen, abhängig von
individueller Notwendigkeit und Komorbidität.***

***Unterschiedliche Patienten
benötigen unterschiedliche Therapie!***



***Die Kombination von Methylphenidat und
Atomoxetin ist eine weitere, nach Leitlinien
mögliche Behandlungsoption.***





**Dank für
Ihr Interesse
und
Ihre Aufmerksamkeit**

Die Kunst des Ausruhens
ist ein Teil der Kunst des Arbeitens.

