

## Hyperkinetische Störungen

# Unterschiedliche Therapieziele bei unterschiedlichen Patientengruppen

ULRICH KOHNS

Jeder Patient mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) benötigt eine individuelle Therapie. Die Berücksichtigung der Komorbiditäten bei der Wahl des Medikaments ist Teil einer über die ADHS-Kernsymptome hinaus orientierten Behandlung.



© photos.com PLUS

**Die Vorstellungen der ADHS-Patienten und ihrer Familien müssen ebenso mit in die Therapie mit einfließen wie die Behandlung möglicher Komorbiditäten.**

Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification Version 2010“ (ICD-10) definiert hyperkinetische Störungen als Gruppe von Störungen charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen. Hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und über-

schießende Aktivität [1]. Die Patienten müssen diese Kriterien für die Diagnose erfüllen. Verschiedene Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Dazu gehören:

- Kinder, die an einer hyperkinetischen Störung leiden, sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen.
- Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt.

- Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein.
- Die Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor.
- Sekundäre Komplikationen sind dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl.

### Zuordnung in unterschiedliche Patientengruppen

Patienten mit hyperkinetischen Störungen unterscheiden sich durch verschiedene Auffälligkeiten und können unterschiedlichen Patientengruppen zugeordnet werden. Das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM IV) [2] unterscheidet Patienten mit ADHS in einen vorwiegend unaufmerksamen Typ (DSM IV 314.00), einen vorwiegend hyperaktiven Typ (DSM IV 314.01) und einen kombinierten Typ (DSM IV 314.00), zu dem die Mehrzahl der Patienten gehört.

Schweregrad der Symptome und Verlauf der Störung können ebenso wie die Generalisierung der Symptomatik in verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Kindergarten/Schule, Freizeitbereich) und die Situationsbezogenheit der Symptomatik verschieden sein. So hängt das Ausmaß der Symptome davon ab, ob es sich um fremdbestimmte Situationen, wie in der Schule, bei den Hausaufgaben und bei Verpflichtungen, handelt, oder eine selbstbestimmte Situation, wie im freien Spiel, vorliegt. Der Verlauf der Störung wird von Faktoren wie der intellektuellen Begabung des Patienten, dem Verhalten des sozialen Umfelds in Familie und Schule und dem Vorhandensein komorbider Störungen wesentlich mitbestimmt.

Tabelle 1

## ADHS-Subtypen und Komorbiditäten in verschiedenen Altersgruppen [nach 4]

	Kinder unter sechs Jahren	Kinder über sechs Jahren	Jugendliche	Erwachsene
ADHS-Subtyp	Kombinierter Typ > vorwiegend unaufmerksamer Typ	Kombinierter Typ > vorwiegend unaufmerksamer Typ	Kombinierter Typ = vorwiegend unaufmerksamer Typ	Kombinierter Typ < vorwiegend unaufmerksamer Typ
Oppositionelles Verhalten	+++	+++	++	+
Störung der Kommunikation	++	+	+	+
Verhaltensstörung	+	++	+++	antisozial
Angststörung	-/+	++	+++	+++
Depressive Störung	-	+	++	+++
Dysthymie	-	+	++	+++
Substanzmissbrauch	-	-	+	++

Tabelle 2

## Empfehlungen zur Medikamentenwahl bei ADHS unter Berücksichtigung der Komorbiditäten

ADHS + Störungen des Sozialverhaltens F91.- F91.0 Auf de familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens 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	ADHS + kombinierte Störung des Sozialverhaltens un der Emotionen F92.- F92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung F92.8 Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	ADHS + emotionale Störungen des Kindesalters F93.- F93.0 Emotionale Störung mit Trennungsangst F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit F93.3 Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität F93.8 Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters (Identitätsstörung, Störung mit Überängstlichkeit)	ADHS + Störungen der sozialen Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend F94.- F94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters F94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	ADHS + Tic-Störungen F95.- F95.0 Vorübergehende Ticstörung F95.1 Chronische motorische oder vokale Ticstörung F95.2 Kombinierte vokale und multiple motorische Tics	ADHS + tief greifende Entwicklungsstörung F84.- F84.0 Frühkindlicher Autismus F84.0 Atypischer Autismus
1. Atomoxetin [3, 4, 7], Methylphenidat [3, 8] 2. Methylphenidat und Atomoxetin [1, 4] 3. Methylphenidat und Risperidon [3, 5]	1. Atomoxetin [1, 3, 4] 2. Atomoxetin und Methylphenidat [1, 3] 3. Methylphenidat und Antidepressivum [3]	1. Atomoxetin [3-7, 11-13] 2. Methylphenidat und Atomoxetin [3, 4, 11]	1. Atomoxetin ? 2. Methylphenidat ? 3. Methylphenidat und Atomoxetin ?	1. Atomoxetin [3-7] 2. Methylphenidat [6] 3. Methylphenidat (?) und Tiaprid [6] oder Risperidon [6]	1. Atomoxetin [4, 7] 2. Methylphenidat [4] ? 3. Methylphenidat und Atomoxetin ?
Die Kombination mit Risperidon eignet sich besonders, um Zustände plötzlicher, nicht kontrollierter, affektiver Überflutung mit nicht beherrschbarer Impulsivität und Aggressivität wie bei „komplizierter“ ADHS mit affektiver Dysregulation zu reduzieren und beeinflussbarer zu machen.	Angst und Unsicherheit sind nicht selten Hintergründe für Sozialverhaltensstörungen und Ausdruck von Störungen der Emotionen und sozialer Ängstlichkeit. Ängstliches, besonders sozial unsicheres Verhalten wird durch Atomoxetin gebessert und erhöht Selbstsicherheit, Selbstvertrauen und soziale Interaktionsfähigkeit. Bei gleichzeitig nicht ausreichendem Effekt auf die Aufmerksamkeit sollte die Kombination mit Methylphenidat erwogen werden.		ADHS liegt bei diesen Störungen nicht selten gleichzeitig vor. Für die medikamentöse Behandlung der ADHS mit diesen Komorbiditäten gibt es Einzelfallerfahrungen und durchaus erfolgreiche Behandlungsversuche mit Atomoxetin, Methylphenidat oder der Kombination beider.	Die Anwendung von Tiaprid bei Tic-Störungen ist ein Off-label-Use, da es keine Zulassung für Ticstörungen gibt. Risperidon ist nach Leitlinie der Kinder- und Jugendpsychiatrie alternativ möglich.	Bei Störungen des autistischen Formenspektrums wird bei bis zu 58% gleichzeitig eine ADHS diagnostiziert; Behandlungsversuche der ADHS waren in einem hohen Prozentsatz erfolgreich [4]. Bei eigenen Patienten war die Kombination Methylphenidat und Atomoxetin sehr effektiv

### Fazit für die Praxis

- Unterschiedliche Patienten mit ADHS benötigen unterschiedliche Therapien
- Die Medikamentenauswahl muss die individuellen Behandlungsanforderung und die Vorstellungen des Patienten oder seiner Familie über die Behandlung ebenso berücksichtigen wie die vorhandene(n) Komorbidität(en).
- Monotherapien mit Methylphenidat oder Atomoxetin sind wie die Kombination von Methylphenidat mit Atomoxetin Behandlungsoptionen, die an Leitlinien und Fachinformationen orientiert im Interesse des Patienten genutzt werden müssen.

70–80% der von ADHS betroffenen Patienten leiden an wenigstens einer komorbiden Störung [3, 4]. Zu den häufigsten Störungen zählen oppositionelles Verhalten, umschriebene Entwicklungsstörungen der Sensomotorik, des Lesens und der Rechtschreibung sowie eine Sozialverhaltensstörung. Die Art der komorbiden Störung hängt vom Alter des Kindes ab [4]. Wie in **Tabelle 1** erkennbar, nehmen mit zunehmendem Alter affektive Störungen wie Angststörungen und Depressionen zu. Während beim kombinierten Subtyp alle Formen komorbider Störungen auftreten können, werden beim hyperaktiv-impulsiven Subtyp häufiger oppositionelles Verhalten und aggressive Störungen und beim unaufmerksamen Subtyp häufiger Ängste, Depressionen und Lernstörungen beobachtet [4]. Die verschiedenen Komorbiditäten müssen diagnostisch abgeklärt und bei der Therapieauswahl berücksichtigt werden.

### Individuelle Therapie

Für alle Patienten ist die Verminderung oder Beseitigung der Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität das gemeinsame Therapieziel. Die Komorbiditäten bestimmen die Ausprägung der Symptome über die Kernsymptome hinaus und den Verlauf der Störung mit. Deshalb müssen sie genauso wie die individuellen Bedürfnisse des Patienten an die Therapie Einfluss auf die

Auswahl des Medikaments und anderer Begleittherapien haben. Nationale und internationale Leitlinien berücksichtigen dies bei der Wahl der nicht-medikamentösen und medikamentösen Therapie.

Die Leitlinien der AG-ADHS der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands und der Kinder- und Jugendpsychiatrie Deutschlands empfehlen, nach der im Einzelfall notwendigen Wirkdauer und möglichen Anzahl der Einzeldosen entsprechend den Zielvorstellungen der Patienten ein Medikament zu wählen [5, 6]. Frühere Erfahrungen mit einem Präparat und die Gefahr des Medikamentenmissbrauchs von Seiten des Patienten oder in seinem Umfeld sind dabei zu berücksichtigen.

Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) fordert in seiner NICE Clinical Guideline 72 im Jahr 2008, dass die Entscheidung über die Wahl des Medikaments auf der Berücksichtigung komorbider Störungen, verschiedener Nebenwirkungsprofile, Compliance bei der Behandlung, Missbrauchspotenzial und Bevorzugung eines Medikaments durch Patienten oder Eltern basieren sollte [7].

Das Review [9] und die europäische Behandlungsleitlinie ADHS [8] empfehlen bei Gefahr von Substanzmissbrauch, Ablehnung von Methylphenidat, Notwendigkeit einer 24-Stunden-Wirkung, Angststörung und Tic-Störung Atomoxetin (Strattera®) als Mittel der ersten Wahl. Atomoxetin wird auch bei Nebenwirkungen oder unzureichender Wirkung von Methylphenidat und bei Anwendung über das 18. Lebensjahr hinaus bei vorher begonnener Behandlung empfohlen.

Die kanadische ADHS Ressource Alliance hat eine beachtenswerte, an den Komorbiditäten orientierte Medikamentenauswahl zusammengestellt [4].

Die Berücksichtigung der Komorbiditäten bei der Wahl des Medikaments ist Teil einer über die ADHS-Kernsymptome hinaus orientierten Behandlung, die sowohl die komorbide Symptome beeinflusst wie auch die Entwicklung des Patienten fördert. Eine zur Verfügung stehende psychotherapeutische Behandlung der Komorbidität ist dabei nicht ausgeschlossen und kann die medikamentöse Behandlung ersetzen.

### Literatur

1. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2010 (ICD 10); [www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010)
2. DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; [www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV](http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV)
3. Australian Guidelines on Attention Deficit Hyperactivity Disorder; [www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/ch36](http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/ch36)
4. Canadian ADHD Practice Guidelines (CAP-Guidelines); [www.caddra.ca/cms4/pdfs/caddra-Guidelines2011.pdf](http://www.caddra.ca/cms4/pdfs/caddra-Guidelines2011.pdf)
5. AG-ADHS (Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.); [www.ag-adhs.de/uploads/Leitlinie2009.pdf](http://www.ag-adhs.de/uploads/Leitlinie2009.pdf)
6. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Leitlinie Hyperkinetische Störungen; [www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-019.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-019.html)
7. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults, 2009; <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG072NiceGuideline4.pdf>
8. Taylor E et al. Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998; 7: 184–200
9. Taylor E et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13 (Suppl 1): I7–30
10. Michelson D et al. Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics* 2001;108
11. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007; 46: 7; [http://www.aacap.org/galleries/PracticeParameters/JAACAP\\_ADHD\\_2007.pdf](http://www.aacap.org/galleries/PracticeParameters/JAACAP_ADHD_2007.pdf)
12. Prasad et al. Posterpräsentation, CINP, 2006; Chicago, USA – SUNBEAM-Studie
13. Svanborg et al. Posterpräsentation, ESCAP, 2007; Florenz, Italien – BEST-Studie
14. Zeiner P et al. Response to atomoxetine in boys with high-functioning autism spectrum disorders and attention deficit/hyperactivity disorder. *Acta Paediatr.* 2011 Sep;100: 1258–61

### Dr. med. Ulrich Kohns

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Psychotherapie  
Klarastraße 31  
45130 Essen

### Erklärung zu Interessenkonflikten

Der Autor erklärt, dass bei der Erstellung des Beitrags kein Interessenkonflikt vorlag.