

tisches Setting aufgenommen werden, das Psychoedukation, Unterstützung der Eltern, Zusammenarbeit mit den Lehrern und auch psychotherapeutische Maßnahmen des Kindes sowie eine Medikation umfasst.

Auch bei der Analyse der Autoren fällt auf, dass die Mädchen eher später auffällig werden möglicherweise erst im Zusammenhang mit Lernschwierigkeiten, wenn die von ihnen bisher eingesetzten kompensatorischen Strategien nicht mehr ausreichen. Hier ist es wichtig hinter den Lernschwierigkeiten nicht die zu Grunde liegende ADHS zu übersehen.

Die Analyse unterstützt das Vorgehen bei Vorliegen von Resilienzfaktoren wie guter Intelligenz, familiären Unterstützungsmöglichkeiten und ausgeglichenem Temperament eine positive Prognose des Krankheitsverlaufs zu vermitteln

Effects of methylphenidate on executive functioning in children and adolescents with ADHD after long-term use: a randomized, placebo-controlled discontinuation study.

Rosenau PT, Openneer TJC, Matthijssen AM, van de Loo-Neus GHH, Buitelaar JK, van den Hoofdakker BJ, Hoekstra PJ, Dietrich A.

J Child Psychol Psychiatry. 2021 Mar 28. doi: 10.1111/jcpp.13419

Hält die in Studien nachgewiesene Wirkung von Methylphenidat auch nach der üblichen Studienzeit von 4-8 Wochen an. Die Autoren stellen eine randomisierte, doppelt geblindete, Placebo-kontrollierte Studie vor. 94 Kinder im Alter von 8-18 Jahren, die über 2 Jahre hinweg Methylphenidat einnahmen, werden in 2 Gruppen aufgeteilt: Die erste Gruppe nimmt weiter ihre Medikation, die zweite reduziert über 3 Wochen schrittweise die Medikation und erhält dann noch 4 Wochen ein Placebo-Medikament. Beide Gruppen werden standardisierten Testungen unterzogen, die das Arbeitsgedächtnis, die Impulskontrolle, die visuomotorische Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie die Aufmerksamkeitsflexibilität umfassen.

Ergebnisse: Die Gruppe, in der die Medikation abgesetzt wurde macht mehr Fehler in Tests, die das Arbeitsgedächtnis erfordern. Hingegen zeigten sich keine Unterschiede mehr hinsichtlich der visuomotorischen Verarbeitungsgeschwindigkeit, der Aufmerksamkeitsflexibilität und der Impulskontrolle.

Die Autoren kommen zum Schluss, dass auch nach 2 Jahren die Medikation sich positiv auf das Arbeitsgedächtnis auswirkt. Sie weisen auf die Notwendigkeit hin, differenzierte Tests zu verwenden, die nach Absetzen einer Medikation das Arbeitsgedächtnis und nicht nur Verhaltensveränderungen erfassen.

Kommentar: Die Studie konnte zeigen, dass auch noch nach 2 Jahren die Medikation Defizite des Arbeitsgedächtnisses ausgleicht, was sich im Alltagsleben vor allem im Lernerfolg äußern kann. Das Arbeitstempo und auch die Impulskontrolle bleiben nach 2-jähriger medikamentöser Therapie – auch nach Absetzen – im Normbereich. Dies könnte dazu verleiten, eine Therapie für nicht mehr erforderlich zu halten. Im klinischen Alltag beobachten wir immer wieder, dass nach Absetzen zunächst aus der Schule und auch aus dem Familienleben positive Rückmeldungen kommen. Erst mehrere Monate nach Absetzen wird ein schulischer Leistungseinbruch beobachtet mit zunehmender Schwierigkeit, Informationen zu speichern und umzusetzen. Wird dies nicht beachtet, kann es zu einer Abnahme der Motivationsbereitschaft kommen, den Schulanforderungen nachzukommen und zu einer Zunahme von Verhaltensstörungen mit Gereiztheit, Flucht in visuelle Medien und psychosomatischen Beschwerden. Möglicherweise ist dies die Folge des immer noch nicht ausreichenden Arbeitsgedächtnisses. Eine engmaschige Kontrolle des Patienten auch nach anfänglichem „geglückten“ Absetzen der Medikation ist daher erforderlich.

AUTORIN | Dr. Kirsten Stollhoff

Kasuistik ADHS bei Frauen

Frau M., 32 Jahre alt, Hausfrau und Mutter, 2 Kinder, 1 Sohn – 4 Jahre – Kindergarten, 1 Sohn – 7 Jahre – Grundschule, zwei „sehr lebhafte Jungs“. Frau M. hat Abitur und ein Sprachenstudium kurz vor dem Abschluss ausgesetzt, wegen Geburt des 1. Sohns. Die Wiederaufnahme des Studiums ist zurzeit wegen Überforderung nicht möglich. Ehemann, 35 Jahre, ist Vollzeit berufstätig im IT-Bereich als Servicetechniker mit Rufbereitschaft und Arbeit von zuhause. Die Familie wohnt im eigenen Haus.

Frau M. stellt sich beim Hausarzt mit den typischen Symptomen eines „Burnout“ und einem ausgeprägten Partnerschaftskonflikt vor.

Frau M. schildert unter Tränen, sie könne nicht mehr, sei völlig erschöpft und sie habe Angst, dass ihr Mann sich scheiden lasse. Sie „könne ihn ja verstehen“, sie sei keine gute Hausfrau und Mutter und auch keine attraktive Partnerin mehr für ihn. So gehe es nicht mehr weiter.

Sie schildert einen typischen Tagesablauf: Wecker geht morgens um 6:00 Uhr, sie steht auf und macht die Kinder fertig und richtet das Frühstück. Der Mann verlässt gegen 7:00 Uhr das Haus. Sie möchte zunächst noch schnell den Frühstückstisch abräumen, kümmert sich gleichzeitig aber auch um die Kinder, macht zwischendurch weiter in der Küche. Beim Wegräumen der Lebensmittel in den Kühlschrank fällt ihr auf, dass zum Beispiel die Milch alle ist, bevor sie dann alles weggeräumt hat, sucht sie Papier und Bleistift, um einen Einkaufszettel zu schreiben. Während sie beides sucht, muss sie sich um die Söhne kümmern, die sich streiten und das Badezimmer „verwüstet“ haben, den Einkaufszettel vergisst sie. Dann fährt sie den Großen zur Schule und den Kleinen in den Kindergarten. Dort gibt es ein Drama, der Kleine wirft sich auf den Boden, will nicht, dass die Mutter geht. Mit schlechtem Gewissen fährt sie nach Hause. Erst dort bemerkt sie, dass der Große den Turnbeutel im Auto vergessen hat. Sie fährt wieder in die Schule und dann zum Supermarkt, allerdings ohne den halb fertigen – Einkaufszettel, den sie zuhause vergessen hat. Natürlich kauft sie nur die Hälfte der notwendigen Dinge ein. Viel zu spät kommt sie nach Hause zurück und bereitet dort hektisch das Mittagessen für die Söhne vor, die bald schon wieder zu Hause sind. So geht es den ganzen Tag weiter, bis abends der Mann nachhause kommt. In der Wohnung sieht es aus, als ob eine Bombe eingeschlagen hat, die Krümel vom Frühstück liegen noch auf dem Tisch. Der Mann wird böse, schreit sie an und beschimpft sie. Die Kinder bekommen den Streit mit und weinen. Sie verteidigt sich, sie habe doch den ganzen Tag gearbeitet und noch keine fünf Minuten gegessen. Sie macht sich innerlich allerdings selbst Vorwürfe und fühlt sich als komplette Versagerin. Als sie anfängt zu weinen, nimmt der Mann sie in den Arm und tröstet sie. Der Streit ist vorläufig beendet. Am nächsten Tag beginnt alles von vorne.

Das Problem, sich nicht gut strukturieren zu können, kennt sie seit der Schulzeit. Mit Hilfe der Mutter und einer Tante, die in der Nähe wohnte und sich um sie kümmerte, gelang ihr aber ein gutes Abitur. Im Studium wurden die Probleme mit dem Selbstmanagement größer, aber sie ist sehr kommunikativ und interaktiv und hatte immer ein Netzwerk von Kommiliton*innen, die sie unterstützt haben.

Seitdem sie aber wegen der Kinder zu Hause ist und Haushalt, Kindererziehung etc. überwiegend alleine managen soll, kommt sie zunehmend in die Überforderung. Vor der Mutter und der Schwiegermutter schämt sie sich, um Hilfe zu bitten, an eine Beendigung des Studiums ist

nicht zu denken, sie schafft es ja „so schon nicht“ und der Mann kann seine Erwerbsarbeit nicht reduzieren, da sie eine hohe Rate für den Hauskredit abzahlen müssen und auf sein Einkommen angewiesen sind. Der Hausarzt stellt die Verdachtsdiagnose eines ADHS und überweist die Patientin zum Facharzt, der die Diagnose verifiziert.



Schon im therapeutischen Erstgespräch wird deutlich, dass es hier mit der Verordnung eines Medikamentes alleine nicht getan ist. Neben der Diagnose „F90.0 ADHS im Erwachsenenalter“ wird noch die Diagnose „F43.2 längere, depressive Reaktion – Anpassungsstörung“ gestellt. Neben den klassischen ADHS-Selbst- und -Fremdbewertungsbögen, gebe ich Frau M. noch die „107 Fragen – Checkliste für ADHS/ADS-Frauen“ (www.neurodivers-bremen.de). Der Fragebogen regt die Patientinnen zum Nachdenken an und kann aufzeigen, welche Symptome oder Eigenschaften auf das Vorliegen eines AD(H)S hinweisen könnten. Zunächst wird Frau M. und im Folgenden auf ihren Wunsch hin auch der Ehemann über das Thema „ADHS“ aufgeklärt. Beide erhalten Informationsmaterial mit. Frau M. entscheidet sich zu einer medikamentösen Therapie, die nach der erforderlichen Diagnostik (inkl. Routine-EKG und Labor-Untersuchung) eingeleitet und stufenweise angepasst wird. Ich bitte sie, drei bis fünf Ziele zu definieren, die sich unter der Therapie bessern sollen und gebe einen Therapieverlaufsbogen mit.

Als nächstes verordne ich „psycho-funktionelle Ergotherapie“, damit die Patientin gemeinsam mit der Ergotherapeutin ihren Tag und die Aufgaben plant und strukturiert. Dies gelingt in Kombination mit der Pharmakotherapie sehr gut.

Wir besprechen die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe. Frau M. sieht dies zunächst kritisch: „Ich gehe doch nicht in so einer Jammergruppe“. Ich ermutige sie, es zumindest mal zu probieren, sie geht ja kein Risiko ein. In der ersten Therapiesitzung nach der Teilnahme an einer Gruppensitzung ist sie total begeistert. Sie habe ja gar nicht gewusst, dass es auch andere Menschen gäbe, die „so sind wie ich“. Es habe so gutgetan, dass die anderen sie verstanden hätten und sie sich auch nicht schämen muss, so zu sein, wie sie ist.

Im weiteren Verlauf der Therapie besprechen wir noch das Thema „Sport und Bewegung“. Früher, in der Schulzeit, sei sie sportlich sehr aktiv gewesen und der Sport habe ihr gutgetan, aber später habe sie dafür nie mehr Zeit gehabt.

Durch die bislang sehr erfolgreiche Therapie ist ihr Tagesablauf besser strukturiert und sie hätte nun auch Zeitfenster für sportliche Betätigungen. Also vereinbarten wir ihre Teilnahme an einem Lauffreff. In Gemeinschaft machte es mehr Spaß und durch die Verabredung wird die Verbindlichkeit erhöht, was wiederum die Wahrscheinlichkeit erhöht, auch wirklich laufen zu gehen.

Nachdem wir in der Verhaltenstherapie zunächst fast ausschließlich „Kriseninterventionen“ durchführen mussten und jeweils die „Katastrophen der letzten Woche“ besprochen haben, kommen wir im Laufe der Zeit zu den Themen: Weiblichkeit, Mutterrolle, Ansprüche an den Partner, Selbstbild, Zukunftswünsche u. v. a. m.

Die Therapie nimmt insgesamt einen guten Verlauf, wobei es natürlich immer wieder Rückschläge und Rückschritte gibt, die sich aber dank der guten Therapiemotivation und der Introspektionsfähigkeit von Frau M. gut bearbeiten lassen.

Die depressive Verstimmung, die sich reaktiv unter der o. g. ADHS-Symptomatik entwickelt hat, ist unter der Besserung der ADHS-Symptome deutlich rückläufig. Die Paarsituation hat sich deutlich gebessert und die beiden nutzen die von mir ausgehändigte Broschüre „ADHS und Partnerschaft“. Auch die Broschüre „Achtsamkeitsübungen für ADHS“ nutzen die beiden zusammen und führen die Übungen teilweise gemeinsam durch. Nachdem der Mann die Diagnose ADHS bei seiner Frau akzeptiert hat, werden auch die beiden gemeinsamen Söhne auf das Vorliegen der ADHS hin diagnostiziert. Bei beiden wird eine spezifische Therapie begonnen und es erfolgen Gespräche mit den Erzieherinnen bzw. Lehrerinnen.

Insgesamt hat sich gesamte Situation der Familie entspannt.

AUTOR | Dr. med. Frank Matthias Rudolph

Facharzt für Psychosomatische Medizin
Rehabilitationswesen/Diabetologie
Chefarzt der Abteilung für Psychosomatik
Ärztlicher Direktor der Mittelrhein-Klinik

ALLGEMEINES

Die Wirkung diverser Suchtstoffe oder Substanzen ist bei ADHS-Betroffenen oft paradox

	Normale Wirkungen	Wirkungen bei ADHS-Betroffenen
Nikotin	stimulierend aktivierend wachmachend	beruhigend sofort sedierend
Kokain/ Amphetamine	antriebssteigernd wachmachend euphorisierend	beruhigend sedierend ausgleichend
Cannabis	Minderung von Konzentration und Aufmerksamkeit	Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit
Alkohol	konzentrations-mindernd sedierend	konzentrations-steigernd aktivierend

Quelle: Medice „Suchtmittelmissbrauch & ADHS“ / Autorenteam: Dr. phil Jean Hermanns und Andreas Steimann