

## FACHBEITRÄGE

## Wenn die Behandlung der ADHS bei Kindern und Jugendlichen nicht erfolgreich ist ...

... dann kann es sein, dass Machtkämpfe Verhaltensänderungen blockieren und oder die medikamentöse Einstellung nicht stimmt.

In den Leitlinien und Ratgebern gibt es viele Hinweise, wie ADHS mit Medikamenten behandelt werden kann. Die medikamentöse Behandlung ist sehr häufig nötig und ermöglicht bei genau passender Dosis dem Patienten einen ungestörten Zugriff auf seine Fähigkeiten, sich zu konzentrieren, andere Menschen richtig wahrzunehmen und sein eigenes Verhalten zu kontrollieren.

Auf dem Weg zu einer optimalen Dosierung werden Eltern und Lehrer aber häufig allein gelassen, und selbst Ärzte sind oft eher hilflos. Das ist besonders schade, denn gerade diejenigen Kinder- und Jugendärzte bzw. Kinder- und Jugendpsychiater, die sich neu dieser Störung widmen, sollten nicht enttäuscht werden wegen mangelnder Wirksamkeit der Medikamente und/oder ausbleibenden Verbesserungen.

Seit 1998 haben wir in meiner Praxis die Anregung von Dr. Fritz Jansen aufgegriffen, mit Videoaufnahmen genauer zu beobachten, ob und worin Kinder und Jugendliche sich in ihrer Motorik und im Gesichtsausdruck von nicht betroffenen unterscheiden und ob und wie die Unterschiede unter Wirkung von Stimulanzen verschwinden.

Ich war zunächst erstaunt, dass es unter den damals schon vielen veröffentlichten wissenschaftlichen Untersuchungen keine Studie gab, die Einzelheiten der Unterschiede beschrieb, die über die 18 Merkmale für Aufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität hinausgingen.

Mit meinen Mitarbeiterinnen Petra Rautzenberg, Kinderkrankenschwester und Heilpädagogin und Dipl. Psych. Kerstin Andes, Verhaltenstherapeutin, haben wir Kinder und Jugendliche für wenige Minuten beim Kartenspiel mit einem Elternteil (meistens „Uno“) aufgezeichnet oder beim Lösen von Kopfrechenaufgaben; für Kinder, die damit noch Schwierigkeiten hatten, haben wir andere Spiele und Aufgaben benutzt.

Wir haben uns dann die ersten zwei Minuten der Spielsituation und der Anforderungssituation wieder und wieder angeschaut und diese mit Aufnahmen von

Kindern in den gleichen Situationen verglichen, die nur wegen leichten Infekten in die Praxis gekommen waren; wir hatten bei allen Untersuchungen Einverständnis für die Untersuchung und Publikation im Vorhinein erhalten. Wir konnten insgesamt 22 kleine Unterschiede bestimmen. Alle Kinder mit ADHS hatten mehr und brüskere motorische Aktivitäten, aber je Kind fanden sich nur einzelne davon. Allen gemeinsam waren aber Veränderungen des Ablaufs des Lächelns im Gesicht, insbesondere im Bereich des Mundes<sup>1</sup>:

Ohne Medikament waren die Lippen schmal als Zeichen, dass der Mund gespannt war. Wurde ein Lächeln ausgelöst durch die Zuwendung von Mutter oder Vater oder weil die Karten gut waren oder ein Erfolg erreicht wurde, begann das Lächeln abrupt und überbreit und hielt oft über die auslösende Situation hinaus an.

Daraufhin haben wir überprüft, ob sich der Ablauf des Lächelns bei Einnahme von Methylphenidat veränderte. Wir haben dazu, beginnend mit 5 mg als Einzeldosis eines nicht retardierten Präparates (Medikinet®), an jedem Folgetag um 2,5 mg erhöht. Wir stellten fest, dass das Lächeln weicher einschwang, differenzierter in der Ausprägung wurde und damit besser in die Situation passte und nicht mehr nachhing. Beim Überschreiten dieses jeweiligen Optimums wurde der Ablauf des Lächelns wieder heftiger, eckiger und übersteuert.

Diese Unterschiede fanden sich bei allen Kindern, jedoch bei unterschiedlichen Einzeldosen. Die Spanne der optimalen Einzeldosis lag zwischen 5 und 20 mg; die meisten Kinder steuerten sich mit 12.5 mg am besten. Diese Beobachtungen haben wir in einer Untersuchung überprüft, bei der vier Auswerter von 25 Kindern alle Aufnahmen anschauen mussten. Die Videos wurden je Kind in einer Zufallsreihenfolge gezeigt, die Auswerter kannten weder die Kinder noch die jeweilige Dosis. Auf einer 5-Punkte-Skala konnten sie bewerten, ob das Lächeln heftig, eckig und abrupt auftrat (1 Punkt) oder fein variabel im Ausdruck war (5 Punkte). Sie fanden übereinstimmend für jedes Kind und jeden Jugendlichen eine optimale Dosis und stimmten in ihrem Urteil überein. Diese Untersuchung wurde auch international publiziert im Journal of Attention Disorders 2007<sup>2</sup>. Die Auswerter waren an nur zwei Wochenenden zuvor anhand von Aufzeichnungen anderer Kinder trainiert worden, hatten