

### 3. PDF zur Hördatei

## Dr. Ryffel zum Thema: Medikamentöse Behandlung

### Teil 2: ADHS und Studien



### **Joe Kennedy**

Stichpunkt ADHS und Studien, es gab diese MTA-Studie. Was bedeutet MTA und um was ging es bei dieser Studie?

### **Herr Dr. Ryffel**

Also MTA ist die Abkürzung von Multi Treatment Assessment. Das heißt man hat verschiedene Behandlungsstrategien über längere Zeit untersucht. Diese Studie ist, glaube ich, 1994 begonnen worden. Es ist im Prinzip die größte Studie, die bisher je in der Kinderpsychiatrie durchgeführt wurde.

Man hat ungefähr 600 Kinder aus anfangs über 3.000 Kindern ausgesucht und sie in 4 verschiedene Gruppen unterteilt. Über längere Zeit hat man die Kinder in 4 verschiedenen Gruppen untersucht, wobei das immer noch in einem gewissen Umfang weitergeführt wird, d. h. die Kinder werden immer noch beobachtet.

Bei der ersten Gruppe hat man eine möglichst optimale medikamentöse Unterstützung durchgeführt. Das bedeutet man hat ein eigentliches „Medical Management“, wie man in Amerika sagt, gemacht, durch das man versucht hat herauszufinden, welches die optimale Dosis ist.

Man hat das auch im Laufe der Zeit immer wieder hinterfragt. Man hat auch die Kinder zu Beginn mit Placebo behandelt, um wirklich zu schauen, ob das Kind auf eine Medikation anspricht oder nicht.



## **Joe Kennedy**

Könnten Sie den Begriff Placebo für unsere Zuhörer kurz erklären?

## **Herr Dr. Ryffel**

Ein Placebo ist ein Scheinmedikament.

Also man gibt jemandem ein Medikament und bei der sogenannten Doppelblindstudie ist weder der Patient noch der Untersuchende oder der leitende Arzt sicher, ob er jetzt wirklich das richtige Medikament, in diesem Fall also ein Stimulanz, oder das Scheinmedikament gibt. Beides sieht gleich aus, es ist eine weiße Pille.

## **Joe Kennedy**

Okay.

## **Herr Dr. Ryffel**

Also man hat in dieser ersten Gruppe von etwa 150 Kindern dieses Medical Management gemacht.



In der 2. Gruppe hat man eine möglichst optimale verhaltenstherapeutische Behandlung durchgeführt, d.h. diese Kinder waren in den langen Sommerferien 4 Wochen lang in einem speziellen Lager in Amerika, das von erfahrenen Psychologen geleitet wurde.

Man hat auf verhaltenstherapeutischer Basis sehr viel erzieherische Arbeit geleistet und hat verhaltenstherapeutisch mit diesen Kindern gearbeitet. Diese Kinder sind dann in die Schule gekommen und man hat geschaut, dass immer nur ein Kind pro Klasse an diesem Programm teilgenommen hat.

Dann wurden sowohl der Lehrer als auch die Eltern zu Beginn glaube ich jede Woche einzeln instruiert - wie die Kinder eben betreut werden sollten.

Dann hat man auch Elterngruppenseminare gemacht und später hat man dann jede Woche mit dem Lehrer telefoniert und die Woche durchgenommen. Also ein sehr aufwändiges, verhaltenstherapeutisch orientiertes Psychotherapie-Programm. Das war in dieser 2. Gruppe.

In der 3. Gruppe, wieder 150 Kinder, hat man diese beiden Behandlungsansätze, also eine möglichst optimale Medikation und dieses aufwändige Psychotherapieprogramm, kombiniert.

In der 4. und letzten Gruppe hätte man eigentlich streng genommen nichts machen dürfen, um eben eine Gruppe zu haben, bei der man schauen kann was passiert. Aber aus ethischen Gründen hat man das nicht gemacht.

Sondern man hat gesagt, diese 150 Kinder werden jetzt wieder vom ursprünglichen zuweisenden Arzt oder Psychologen oder wer es auch ist so behandelt wie die das auch normalerweise machen. Also, das war einfach ein nicht vorgeschriebenes Behandlungskonzept.



### **Joe Kennedy**

Das wäre dann eigentlich eine neutrale Kontrollgruppe gewesen.

### **Herr Dr. Ryffel**

Ja, das ist nicht ganz eine neutrale Kontrollgruppe, da man eben doch diese Behandlung gemacht und gesagt hat, wenn wir diese Diagnose gestellt haben ist es unethisch, jahrelang nichts zu machen.

Und dann hat man Evaluationen gemacht, nach 6, 9 und 14 Monaten. Nach 14 Monaten wurde das dann erstmals veröffentlicht. Und dann hat (das war ja eigentlich zu erwarten) die Gruppe, die sowohl eine optimale Medikation sowie dieses ausführliche verhaltenstherapeutische Programm hatte, bei der Untersuchung aller Sachen am besten abgeschnitten.

Aber zur Überraschung aller hat die Gruppe, bei der man in Anführungszeichen „nur“ eine möglichst optimale medikamentöse Behandlung durchgeführt hat gar nicht wesentlich schlechter abgeschnitten.

Wenn man geschaut hat, wie sich die Leistungen in den typischen ADHS-Symptome, also

- die Aufmerksamkeit,
- die Impulsivität,
- die Hyperaktivität,
- die Informationsverarbeitung entwickelt hat,

zeigte sich dasselbe Bild wie in der 1. Gruppe, bei der man beide Methoden durchgeführt hat.

In anderen vor allem reaktiven Bereichen, Angstzustände oder gewisse soziale Auffälligkeiten hat man schon gewisse Unterschiede zugunsten der kombinierten Behandlungsgruppe gesehen.



In der 3. Gruppe, in der man in Anführungszeichen „nur“ die psychosoziale verhaltenstherapeutische Behandlung gemacht hat, hat man gesehen, wenn das ohne Medikamente passiert, dass die Kinder wesentlich weniger gut behandelt waren, als in den ersten zwei Gruppen.

In der 4. Gruppe der „Community Group“ also in der Gruppe, in der man die übliche Behandlung durchgeführt hatte, waren die Ergebnisse stark gestreut. Da gab es relativ gute und ganz schlecht Resultate, etwa 2 Drittel dieser Kinder wurden auch medikamentös behandelt, aber eben weniger aufwändig mit viel weniger Kontrollen.

Diese Resultate waren häufig auch besser als die der nur psychologisch betreuten Kinder, aber in der Regel doch deutlich schlechter als dort, wo man die medikamentöse Behandlung optimal durchgeführt hat.

Die Quintessenz war, dass eine richtig gut durchgeführte medikamentöse Behandlung bei diesen ADHS-Kindern auch über eine längere Zeit eben doch sehr sinnvoll ist.



Diese MTA-Studie geht ja auch weiter. Leider konnte man dann aus Kostengründen die Aufteilung in diese 4 Gruppen nicht mehr so weiterführen. Es haben sich dann auch relativ viele Eltern entschlossen, in der Gruppe, in der keine Medikamente gegeben wurden, zusätzlich Medikamente einzusetzen.

Man beobachtet jetzt diese 600 Kinder weiterhin, aber vor allem hat es jetzt auch in der Medikation mit diesen ganzen neuen Langzeitpräparaten Fortschritte gegeben.

Die Kinder werden jetzt schon zum Teil anders behandelt. Interessant ist, dass ungefähr die 2/3 der nicht medikamentös behandelten Kinder eben auf eine zusätzliche Medikation eingestellt wurden.



### **Joe Kennedy**

Geschah das auf den Wunsch der Eltern hin?

### **Herr Dr. Ryffel**

Ja, denn da war die Studiendauer in dieser strengen Aufteilung, in der man nicht wechseln konnte, aufgehoben.



## **Joe Kennedy**

Gibt es in der Zwischenzeit neuere Studien in der medikamentösen Behandlung von Kindern und Jugendlichen?

## **Herr Dr. Ryffel**

Ja, das gibt es. Im letzten Jahr wurde von Abikoff, das ist ein weiterer bekannter ADAD-Forscher in Kanada oder Amerika, eine ähnliche Studie vorgestellt, die auch gezeigt hat, dass eben eine länger dauernde medikamentöse Unterstützung sehr viel Sinn macht.

Und man ist dort so weit gegangen zu sagen, dass alle zusätzlichen Therapien fast fakultativ sind. Das ist meiner Meinung nach etwas übertrieben. Man muss sehen, in all diesen Studien haben wir ganz streng ausgewählte Kinder.

Ich habe ja gesagt in der MTA Studie waren es 3.000 Kandidaten und am Ende haben nur noch 600 Kinder die für die Studie nötigen Kriterien erfüllt.

Wir in der Praxis sehen natürlich die restlichen 2.400 Kinder. Da gibt es viele, die natürlich auch unter ihrem ADHS leiden und auch wenn sie nicht alle Kriterien für eine Studie erfüllen, müssen sie gleichwohl behandelt werden.

Deshalb sieht es in der Praxis auch anders aus. Ich habe in meiner Praxis fünf Psychologen, da es doch wichtig ist, die sekundären reaktiven Störungen, Zusatzprobleme, Lernprobleme, Angststörungen, usw. anzugehen. Das geht dann nicht nur mit einer Medikation.



## **Joe Kennedy**

Wie hieß nochmals die 2. Studie?

## **Herr Dr. Ryffel**

Die hat keinen gängigen Namen. Es ist einfach eine Studie von Abikoff. Also das ist der Autor mit anderen Experten, ich kann Ihnen das noch zur Verfügung stellen.

## **Joe Kennedy**

Wie buchstabiert man Abikoff?

## **Herr Dr. Ryffel**

ABIKOFF.

## **Joe Kennedy**

Dr. Ryffel, es wird immer wieder gefragt, ob es eine Langzeitstudie hierzu gibt?

## **Herr Dr. Ryffel**

Ja, also diese MTA-Studie läuft ja jetzt schon seit einigen Jahren und natürlich gibt es all diese jahrzehntelangen Erfahrungen von uns praktizierenden Ärzten. Natürlich sind das keine wissenschaftlichen Studien, wie man sie an der Universität macht.

Aber der große Vorteil von uns in der Praxis ist, dass meistens der gleiche Arzt den Patienten über Jahre beobachtet und es geht ja immer um die Frage: Ja gibt es keine ernsthafte Nebenwirkungen oder Langzeitschäden mit der Zeit.

Das wurde jetzt einfach seit 50 Jahren bei dieser Behandlung nicht festgestellt. Es gibt ja andere Medikamente, die sehr eingehend zum Teil in Langzeitstudien untersucht wurden.



Ich erinnere mich an diese Rheumaschmerzmittel Viox usw. bei denen man dann nach einigen Jahren Gebrauch im Alltag festgestellt hat, dass sehr ernsthafte Nebenwirkungen oder Schädigungen auftreten können. Das ist bei den Stimulanzien bis heute einfach nicht der Fall.

## **Joe Kennedy**

Der Alltag und die praktischen Erfahrungen von Spezialisten wie Sie zeigen es jahrein jahraus.

## **Herr Dr. Ryffel**

Also, wir haben diese Langzeiterfahrungen eben über Jahrzehnte gemacht. Aber das gibt es auch sonst in der Medizin kaum, dass man über Jahrzehnte eben Langzeitstudien macht, die den wissenschaftlichen Studien entsprechen.

