

Gebrauch von Methylphenidat: Die psychotherapeutische Perspektive

Daniel Marti, Zürich

Für Kinder- und Jugendpsychiater ist die Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen beruflicher Alltag. Mit einer Prävalenzrate von über 5 Prozent handelt es sich um eine sehr häufig vorkommende psychische Störung. Die Diagnose wird meistens nach einer klinischen Beurteilung der Symptomatik in der Schule, zu Hause und mit Hilfe von Fragebögen gestellt. Abhängig vom Handlungsdruck, der sich aus der spezifischen Situation ergibt, der Haltung der Familie und der Einstellung des Therapeuten wird eine Stimulanzientherapie initiiert. Ab und zu werden Kinder und ihre Familien auch von der Schule überwiesen mit der Bitte, endlich eine Stimulanzientherapie einzuleiten. Diesem Wunsch wird nicht ungerne entsprochen, weil eine Psychopharmakotherapie mit Methylphenidat oder Amphetamin vergleichsweise einfach handhabbar ist und sich sofort eine Wirkung einstellt. Dies ganz im Gegensatz zu anderen Psychopharmaka, die ihre Wirkung teilweise erst nach Tagen oder Wochen entfalten. Da sich durch Stimulanzientherapien sehr schnelle Erfolge erzielen lassen, scheint die Verführung gross zu sein, einen Behandlungsversuch mit Methylphenidat zu wagen: Schaden kann es ja nichts. Die Toxizität ist gering und die Anwendung problemlos.

Jedoch wird gerne vergessen, dass Stimulanzien nicht nur bei Patienten mit ADHS wirken, sondern auch bei sogenannten Gesunden eine Steigerung der intellektuellen Leistungsfähigkeit erreicht werden kann. Unzählige Artikel, Berichte und Reportagen in den vergangenen Monaten wurden zu dieser Thematik publiziert; offensichtlich werden Stimulanzien zur Leistungssteigerung von Studenten, Akademikern, Intellektuellen eingesetzt. Die massive Zunahme der Abgabe von Stimulanzien muss darauf zurückzuführen sein: Auf den Wunsch der intellektuellen Leistungserbringer nach noch mehr Leistung im Sinne «Nur der, der leistet, ist auch wer». Dies zeigt sich auch an der enormen Zunahme des Umsatzes von Modafinil, einer Substanz, die grundsätzlich nur zur Behandlung der Narkolepsie

zugelassen ist. Die Verkaufszahlen haben in einem Masse zugenommen, das nur die Interpretation zulässt, dass Modafinil ein guter Neuroenhancer ist.

Daher ist es nicht ganz überraschend, dass praktisch alle Patienten, welche mit Stimulanzien behandelt werden, kurzfristig über eine gewisse positive Wirkung berichten, beziehungsweise deren Eltern oder die Lehrer. Diese Effekte können aber gänzlich unspezifisch sein.

Problematisch ist häufig die Haltung der Diagnostiker und Behandler: Sie reduzieren die Fragestellung nach einer psychischen Störung oder Problematik auf die Frage: «Besteht ein ADHS, ja oder nein?» Mit diesem Schritt wird die Lebenswirklichkeit des Patienten extrem reduziert, und die Diagnostik wird so absurd. Weiter ist zu bedenken, dass es keine scharfe Trennung gibt zwischen dem Vorliegen eines ADHS und dem Nichtvorhandensein dieser Störung. Zudem wird vermutlich unter der Kategorie ADHS ein ganzes Konglomerat von verschiedenen neurophysiologischen Störungen subsummiert, welche unterschiedlich auf psychopharmakologische Interventionen ansprechen. Schliesslich besteht noch die Problematik, dass andere psychische Störungsbilder wie depressive Störungen sich mit den Symptomlisten der ADHS-Fragebogen überlappen. Seit über einem Jahrzehnt ist auch bekannt, dass Komorbiditäten bei Aufmerksamkeitsstörungen die Regel sind. Häufige Begleiterkrankungen sind Sozialisationsstörungen, welche schlecht abgrenzbar sind von der Symptomatik des ADHS, Angststörungen, depressive Störungen, Zwangsstörungen und viele weitere. Die Komorbiditäten sind ein Hauptproblem bei der Behandlung des ADHS: Mit der binären Fragestellung «ADHS ja oder nein?» verpasst der Therapeut die meisten psychischen Beeinträchtigungen seines Patienten. Die Schwierigkeiten oder das Leiden der Kinder und Jugendlichen sind nun mal sehr individuell, und eine sinnvolle Diagnose wird nur möglich, wenn man die

Lebensrealität des Patienten und seiner Familie zu ergründen versucht. Leider ist dies ein vergleichsweise zeitaufwändiger Prozess, den wir uns in der heutigen auf Effizienz getrimmten Medizin fast nicht mehr erlauben dürfen. Der psychotherapeutisch-diagnostische Prozess kann mit Stimulanzien nicht beschleunigt werden, höchstens verschleiert. Daher ist es nicht erstaunlich, werden heute auch Kinder- und Jugendliche mit Stimulanzien behandelt, die kaum von dieser Pharmakotherapie profitieren. Nicht selten sehe ich Patienten, die mir für eine Zweitmeinung zugewiesen werden in Sinne von «ADHS ja oder nein?», und meistens zeigt sich dann, dass zwar gewisse Symptome des ADHS vorliegen, aber viele weitere Probleme oder Komorbiditäten unbehandelt geblieben sind. Hier liegt das eigentliche Problem: Die Optik der Diagnostiker ist ganz auf die ADHS-Diagnostik eingestellt, und mangels Tiefenschärfe werden Probleme in anderen Bereichen nicht wahrgenommen.

Im Grunde genommen gehört zur Diagnostik von psychischen Störungen eine psychotherapeutische Haltung, die eine Offenheit gegenüber den präsentierten Problemen erlaubt und dadurch eine differenzierte Wahrnehmung aller Lebensbereiche der Patienten und ihrer Familien ermöglicht. Mit «psychotherapeutisch» ist ein empathisches Zuhören gemeint, damit die Indikation von spezifischen Massnahmen differenziert geplant werden kann. Nur wenn genügend Zeit zur Verfügung steht, können Patienten und deren Eltern ihre Anliegen äussern, ohne vom Therapeuten bereits nach wenigen Sätzen unterbrochen zu werden. Zu wünschen ist, dass der Missbrauch beim Gebrauch von Stimulanzien trotz Druck im Sinne von schnellen Lösungen nicht weiter zunimmt und die Behandlung von psychischen Störungen wieder vermehrt als psychodiagnostischer Prozess verstanden wird. Oder mit anderen Worten: Stimulanzien sind nützliche Psychopharmaka, doch längst nicht immer sind sie die Therapeutika der Wahl.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Daniel Marti
Leitender Arzt
Abteilung Psychosomatik und Psychiatrie
Universitäts-Kinderkliniken Zürich
Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich
Daniel.Marti@kispi.uzh.ch