



kjppköln&akipköln

Kurz- und Langzeiteffekte von Pharmakotherapie, Psychotherapie und multimodaler Therapie im Kindes- und Jugendalter

Manfred Döpfner

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters &
Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
am Klinikum der Universität zu Köln
www.akip.de



UNIKLINIK
KÖLN



kjppköl n& akipköl n

Potentielle Interessenkonflikte 2011-2014

Manfred Döpfner

- Forschungsk Kooperationen mit, Beratungen von, Forschungsunterstützungen und Unterstützungen des zentralen adhs-netzes durch: *Eli Lilly, Medice, Novartis, Shire, Vifor, Janssen-Cilag,*
- Publikation von diagnostischen Verfahren und Therapie-Manualen über: *Beltz, Enke, Hogrefe, Huber, Guilford, Springer, Kohlhammer,*
- Leiter des universitären *Ausbildungsinstituts für Kinder-Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP),* sowie Dozent und Supervisor
- Gutachter der *Kassenärztlichen Bundesvereinigung* und des *Medizinischen Dienstes der Krankenkassen* für Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen

Eckpunkte 2002

5.

Eine qualitätsgesicherte Versorgung von ADHS ist unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen notwendig. Die Therapie der ADHS ist als multimodales Behandlungsangebot definiert. **Nur ein Teil der Kinder bedarf der medikamentösen Therapie. Nach ausführlicher Diagnostik und erst wenn psychoedukative und psychosoziale Maßnahmen nach angemessener Zeit keine ausreichende Wirkung entfaltet haben, besteht die Indikation zu einer medikamentösen Therapie. Stimulanzen wie Methylphenidat stellen empirisch gesicherte Medikamente zur Behandlung der ADHS dar, wobei der langfristige Einfluss dieser Medikation auf die Entwicklung des Kindes verstärkt erforscht werden muss. Auch andere Medikamente haben ihre Wirksamkeit bewiesen. Im Vorschulalter soll erst nach Ausschöpfung aller Maßnahmen eine medikamentöse Behandlung im Einzelfall in Erwägung gezogen werden.** Für die Behandlung sind spezielle Kenntnisse der biologischen, psychischen und sozialen Entwicklung des Kindes Voraussetzung.

Eckpunkte 2002

6.

Die spezielle Indikationsstellung zur medikamentösen Behandlung mit Stimulanzien ist im Einzelfall ebenso wie die Entscheidung über Zeitpunkt, Dauer und Dosis sorgfältig und entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Standard zu treffen. Auf altersspezifische Besonderheiten im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter ist zu achten. Jede medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien ist in ein umfassendes Therapiekonzept im Sinne einer multimodalen Behandlung einzubinden. Jede medikamentöse Behandlung bedarf als Mindeststandard einer intensiven ärztlichen Begleitung und ausführlichen Beratung. Die alleinige Verabreichung von Stimulanzien ist keine ausreichende Behandlungsmethode. Der Ausbau von Versorgungsstrukturen für begleitende psychosoziale und andere therapeutische Maßnahmen soll von der Politik intensiv unterstützt werden.

Pharmakotherapie

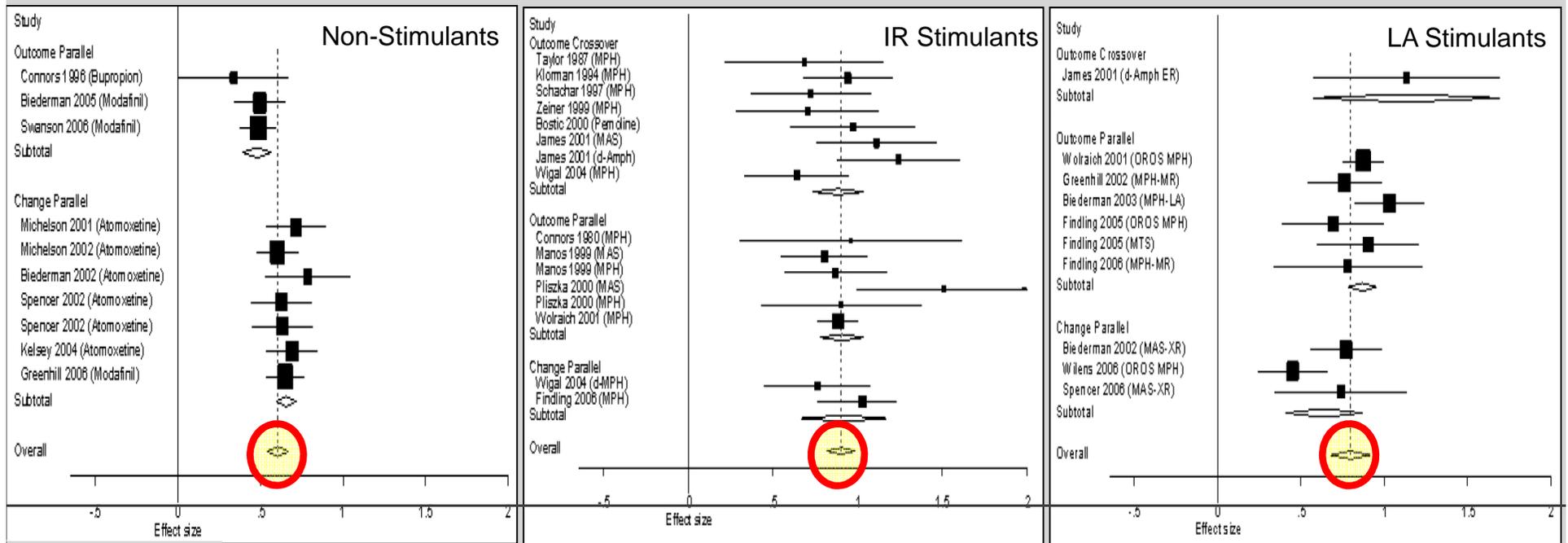
Pharmakotherapie

- Psychostimulanzien
 - ▶ Methylphenidat
 - ▶ DL-Amphetaminsulfat / Lisdexamphetamin
- Nicht-Stimulanzien
 - ▶ Atomoxetin
 - ▶ [Alpha-2 Agonisten (Clonidin, Guanfacin)]

Meta-analyse zur Kurzzeiteffekte von Stimulanzen und Nicht-Stimulanzen (Faraone et al, 2006)

- Significant differences between stimulants and non-stimulants even after correcting for possibly confounding study design variables
- Non-stimulants (.6-.7) < IR Stimulants = LA Stimulants (.8-.9), BUT:
 - Only significant for outcome scores from parallel studies
 - Not significant for outcome scores from crossover studies, change scores from parallel studies

Standardized mean differences and 95% CI stratified by design and type of score



Effektstärken im Eltern-, Lehrer- und klinischen Urteil

Tobias Banaschewski
 David Coghill
 Paramala Santosh
 Alessandro Zuddas
 Philip Asherson
 Jan Buitelaar
 Marina Danckaerts
 Manfred Döpfner
 Stephen V. Faraone
 Aribert Rothenberger
 Joseph Sergeant
 Hans-Christoph Steinhausen
 Edmund J.S. Sonuga-Barke
 Eric Taylor

Long-acting medications for the hyperkinetic disorders
 A systematic review and European treatment guideline

Table 2 Mean medication effect sizes (SMDs) on total ADHD symptoms by preparation and type of rater

	Parent		Teacher		Clinician		References
	SMD	Number of studies (rating scales used)	SMD	Number of studies (rating scales used)	SMD	Number of studies (rating scales used)	
Total ADHD							
Adderall XR	0.9 ^{a*}	1	1.1 ^{b*}	1	1.2 ^{c**}	1	Data on file Shire
Concerta XL	1.0 ^d	1	1.0 ^d	1			Wolraich et al. [80]
Equasym XL	0.6 ^f	2	0.9 ^{d,f}	1	1.8 ^{e***}	1	Greenhill et al. [23], Swanson et al. [70], Findling et al. [18]
Medikinet retard	1.0 ^g	1	1.0 ^g	1	0.9 ^{e,c***}	1	Döpfner et al. [10, 11]
Ritalin LA			1.0 ^h	1			Biederman et al. [7]
ATX	0.7 ⁱ	6			0.7 ^c	11	Data on file Eli Lilly
Modafinil	0.6 ^c	3	0.7 ^c	3			Data on file Cephalon

Effektstärken: MPH-IR = MPH-ER (ca. 1,0) > ATX, Modafinil (ca. 0,7)
 vergleichbar im Eltern-, Lehrer- und klinischen Urteil

Normalisierungsraten

Normalisation: having no problems more than “mild” (i.e. Conners scale T-score < 63 or SNAP < 1/item)

Präparat	% normalisiert unter Medikation	% normalisiert unter Placebo	Anzahl notwendiger Behandlungen (NNT) (95% CI)
MPH IR	41	20	4.8 (±0.15)
Adderall XR	51	25	3.8 (±0.14)
Concerta XL *	66	14	1.9 (±0.20)*
Equasym XL	39	20	5.3 (±0.15)
Medikinet retard	49	12	2.7 (±0.18)
Atomoxetin	42.3	18.5	4.2 (±0.07)

NNT: MPH-IR = MPH-ER = ATX (ca. 3-5)

Effektstärken / NNT für

- Antidepressiva bei Depression/Zwangsstörung im Erwachsenenalter 0,5 / 9
- Atypische Antipsychotika bei Schizophrenie 0,25 / 20

*Cave: Normalisierungsraten können durch inadäquates Studiendesign beeinflusst werden



Nebenwirkungen von Pharmakotherapie 1

- Ernsthafte Appetitminderung unter MPH 10,5% (Plac. 1,8%) [Meta-Analyse: Schachter et al., 2001]
- Unter ATX Appetitminderung 15,4% (Plac. 4,1%) [Meta-Analyse: Cheng et al., 2007]
- Wachstumsminderung unter STIM ca.1 cm/Jahr in den ersten 1-3 Jahren Medikation; die Mehrzahl der Studien belegt Kompensation dieses Effektes innerhalb von 2 Jahren nach Absetzen [Meta-Analyse: Faraone et al., 2008]
- Zunahme von Blutdruck und Pulsfrequenz unter ATX und STIM möglich; bei 5-15% Zunahme über 95. Perzentile [Reviews: Hammerness, 2011; Graham & Coghill, 2008]
- Schlafprobleme um 17% unter MPH erhöht [Meta-Analyse Schachter et al., 2001]

Practitioner Review: Current best practice in the management of AEs during treatment with ADHD medications in children and adolescents

Samuele Cortese,^{1,2,3,4} Martin Holtmann,^{4,5} Tobias Banaschewski,⁶ Jan Buitelaar,⁶ David Coghill,⁷ Marina Danckaerts,⁸ Ralf W. Dittmann,⁹ John Graham,⁸ Eric Taylor,¹⁰ Joseph Sergeant,¹¹ and on behalf of the European ADHD Guidelines Group[†]

¹Hykin Green and Randolph Cowen Institute for Pediatric Neuroscience, Child Study Center of the NYU Langone Medical Center, New York, NY, USA; ²INSERM INSERMU 930, CHRS ERL 5106, François-Rabelais University, Child Psychiatry Centre, University Hospital, Tours, France; ³Department of Life Sciences and Reproduction, Vrije University, Eindhoven, The Netherlands; ⁴University Hospital for Child and Adolescent Psychiatry, Psychiatric and Psychosomatics of the Ruhr University Bochum, Hamm, Germany; ⁵Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychosomatics, Central Institute of Mental Health, Medical Faculty Mannheim, Heidelberg University, Mannheim, Germany; ⁶Department of Cognitive Neuroscience, Radboud University Nijmegen Medical Centre, and Radboud Child and Adolescent Psychiatry University Centre, Nijmegen, the Netherlands; ⁷Division of Neuroscience, Medical Research Institute, University of Dundee, Ninewells Hospital and Medical School, Dundee, UK; ⁸Department of Child and Adolescent Psychiatry, University Hospital Leuven, KU Leuven, Belgium; ⁹Child and Adolescent Psychiatry, The Centre for Child Health, Dundee, UK; ¹⁰Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kings College London Institute of Psychiatry, UK; ¹¹Vrije Universiteit, Amsterdam, the Netherlands

Nebenwirkungen von Pharmakotherapie 2



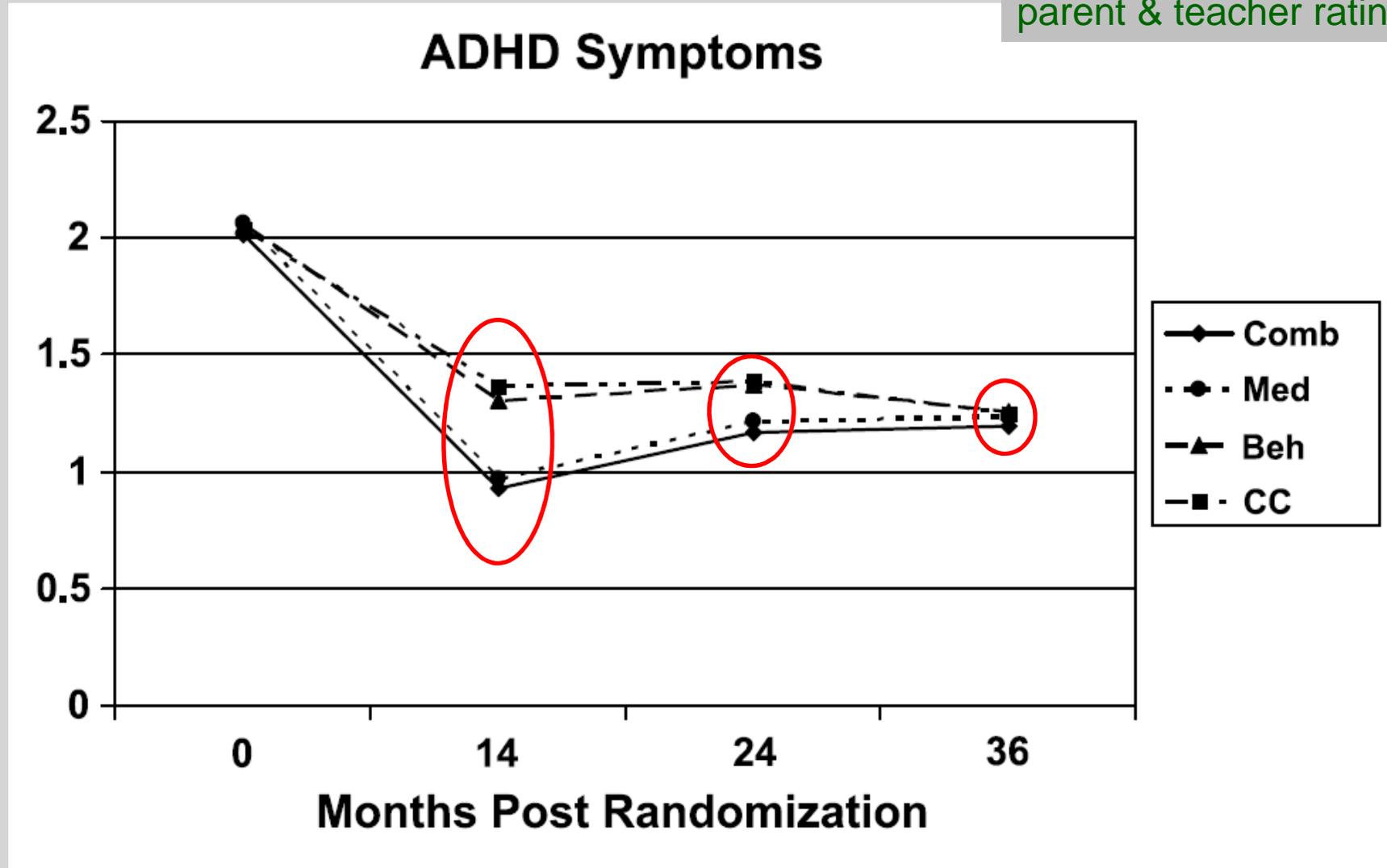
- Tics: Keine systematischen negativen Effekte auf Tics unter STIM bei Patienten mit ADHS+Tics, ATX kann Tics reduzieren [Meta-Analyse : Bloch et al., 2009]
- Substanzmissbrauchsstörungen werden vermutlich um Faktor 1,9 reduziert [Meta-Analyse Wilens et al., 2013]
- Missbrauch von ADHS-Medikamenten:
 - ▶ In Allgemeinbevölkerung USA: 5-9% der high school students und 5-35% der college-age students [systematic Review: Wilens et al., 2008];
 - ▶ Bei Patienten mit ADHS; 10 J-follow-up: 22% der Patienten mit ADHS im Vergleich zu 5% mit Psychopharmakotherapie für andere Störungen missbrauchen ihre Medikation (Cave: Missbrauchsdefinition)

Langzeiteffekte von Pharmakotherapie auf die Symptomatik

- Kaum RCTs zu Langzeiteffekten vorhanden
- Gillberg (1997)¹⁾ 15 Monate RCT mit Amphetamin: deutliche Effekte
- Effekte von 14-Monate-Pharmakotherapie in MTA stabilisieren sich im Follow-up (weitgehend unabhängig davon, ob Pharmakotherapie fortgeführt wird oder nicht)
- Effekte fortgesetzter Pharmakotherapie in MTA nur in einer kleinen Gruppe (mit geringen Effekten in der Intensivphase)
- 18-Monate²⁾ und 8 Jahres-Follow-up³⁾ der Kölner Studie zeigen vergleichbare Ergebnisse zu MTA

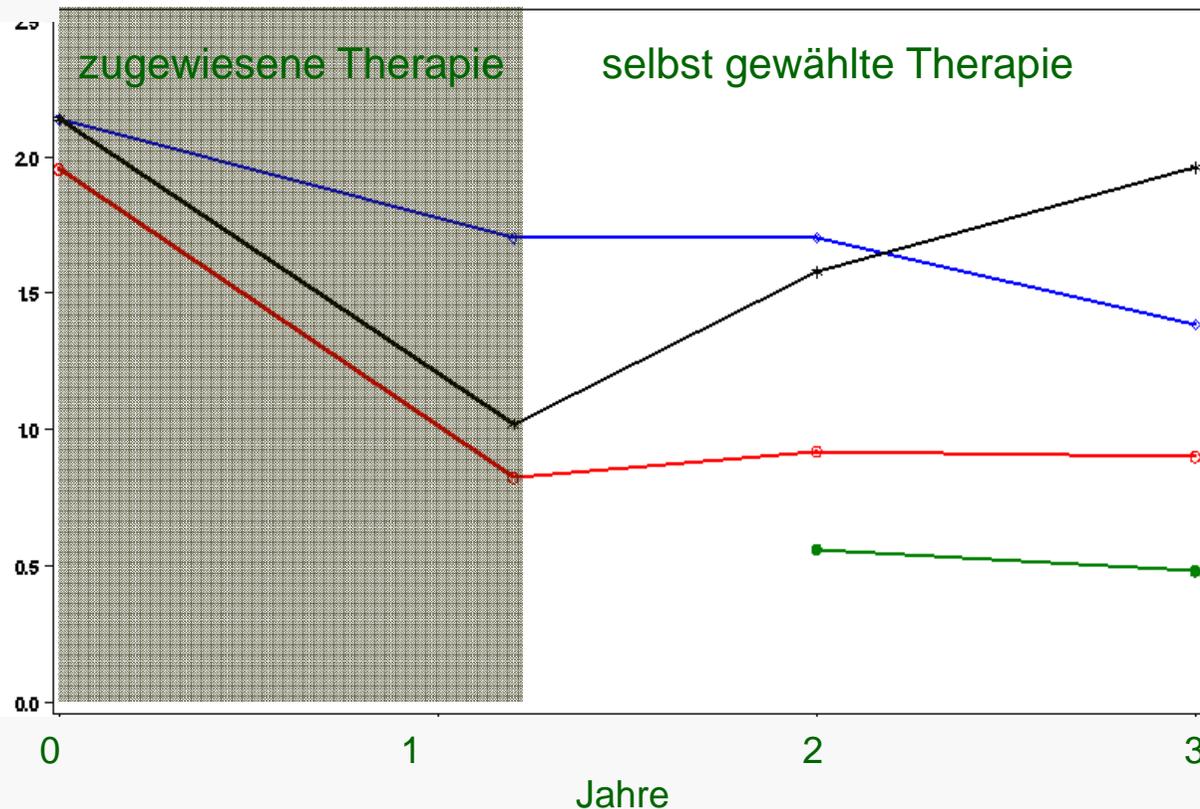
MTA 36 Monate Follow-up: Effekte in randomisierten Gruppen

parent & teacher ratings



MTA 36 Monate Follow-up: Natürliche Verlaufstypen

ADHS-Symptomatik



Klasse 3 (14%) Rückfall (MED-)

Klasse 1 (34%) stetige Verbesserung (MED+)

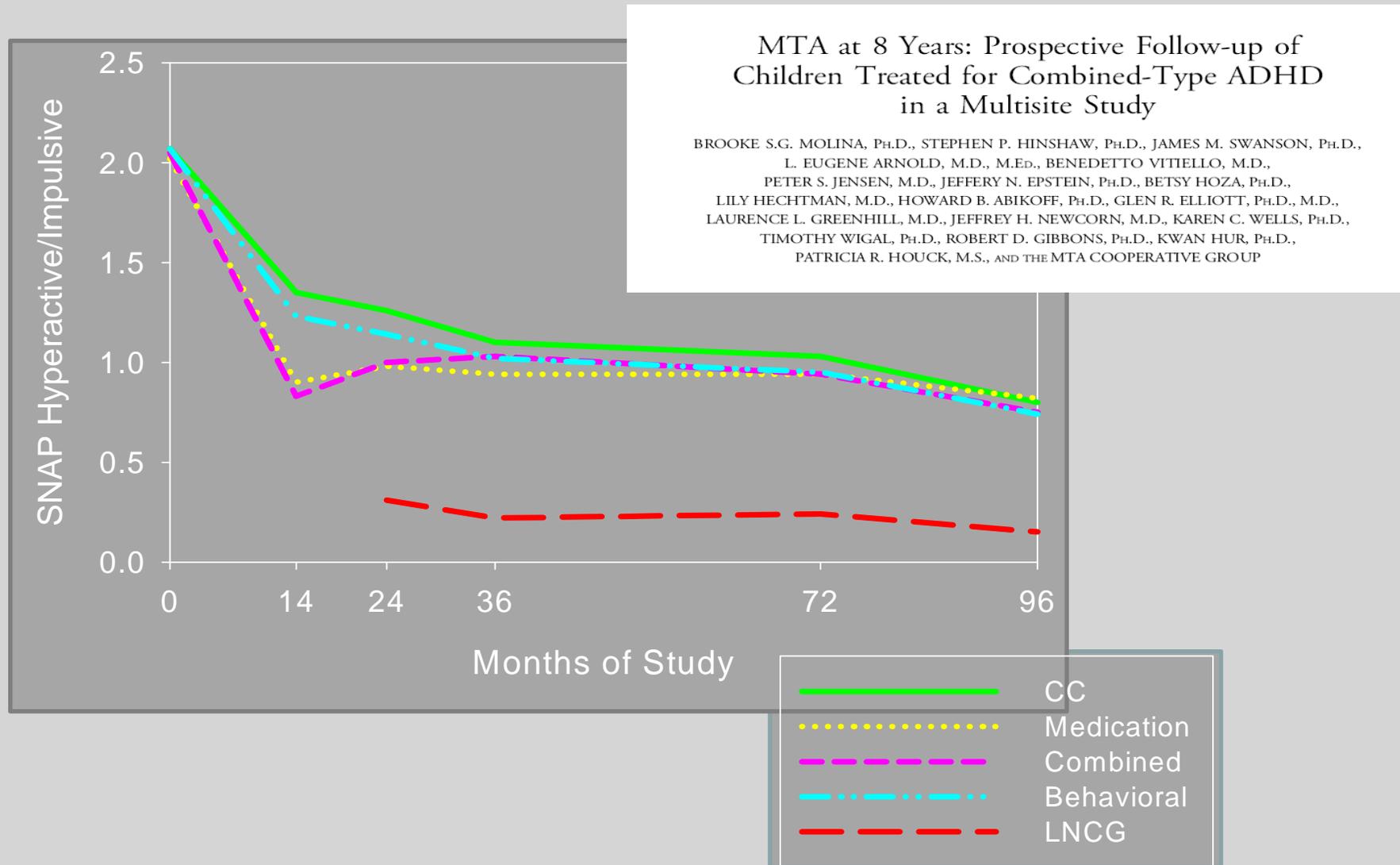
Klasse 2 (52%) Verbesserung gehalten (MED-)

lokale Vergleichsgruppe

MED+: unter fortgesetzter Medikation bessere Effekte
MED- :unter fortgesetzter Medikation keine Effekte

- Mehrheitlich positive Langzeitverläufe
- Günstigere Langzeitverläufe unter Medikation nur in Klasse 1

MTA 8 years follow-up: Effects in randomized groups: Parent-Rated Hyperactivity-Impulsivity



Langzeiteffekte von Pharmakotherapie auf die Symptomatik

- Buitelaar et al. (2007)¹⁾: 6-Monate Relapse prevention study nach 1 Jahr Atomoxetin-Therapie
 - ▶ Überlegenheit fortgesetzter Atomoxetin-Therapie und geringer Rückfall (=auf 90% des Ausgangsniveaus) in Placebo (=12%!);
 - ▶ bei niedrigerem Rückfall-Kriterium: Anteil der Patienten, bei denen ADHS-Symptomatik auf mindestens 1.5 SD über Alters- und Geschlechtswert ansteigt: 22.1% unter Atomoxetin und 42% unter Placebo (aber 58% nicht!)

Psychotherapie und Kombinationsbehandlung

Psychotherapie

- Eltern- / familienzentriert Psychostimulanzen
 - ▶ Elterntraining (mit Interventionen in der Familie)
- Kindergarten- / schulzentriert
 - ▶ Erzieher- / Lehrertraining (mit Interventionen in der Schule)
- ▶ Patientenzentriert
 - ▶ Spiel- / Selbstinstruktions- / Aufmerksamkeits- / Selbstorganisationstraining
 - ▶ (Computergerstützte kognitive Trainings)
 - ▶ (Neurofeedback)
 - ▶ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Evidenzgrad psychosozialer Interventionen bei ADHS

Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (Pelham & Fabiano, 2008)	Qualifikation
Elterntaining (z.B. Sonuga-Barke et al., 2001; Döpfner et al., 2004)	spezifisch effektiv
Schulzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen (Evans et al., 2007)	spezifisch effektiv
Soziales Kompetenztraining und Kontingenzmanagement (während summer treatment programs) (Pelham et al., 2000)	spezifisch effektiv

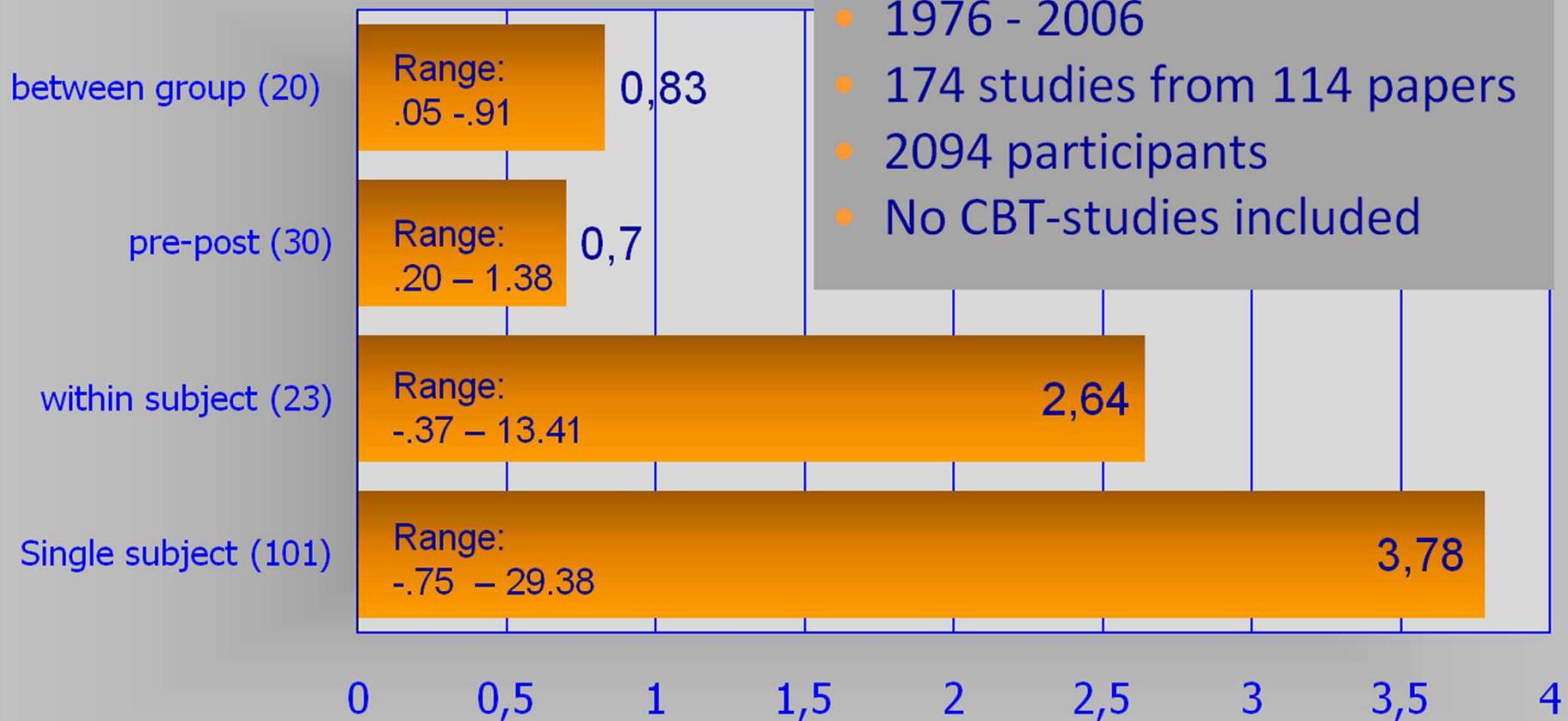
spezifisch effektiv (well established)

- besser als (psychol. / medikament.) Placebo oder Alternativtherapie oder äquivalent zu bereits etablierter Alternativtherapie
- mind. 2 von unabhängigen Forschungsgruppen durchgeführte Studien (Einzelfallstudien mind. n=3 pro Studie)
- wenn widersprüchliche Ergebnisse vorliegen, müssen die besser kontrollierten Studien die spezifische Wirksamkeit unterstützen.

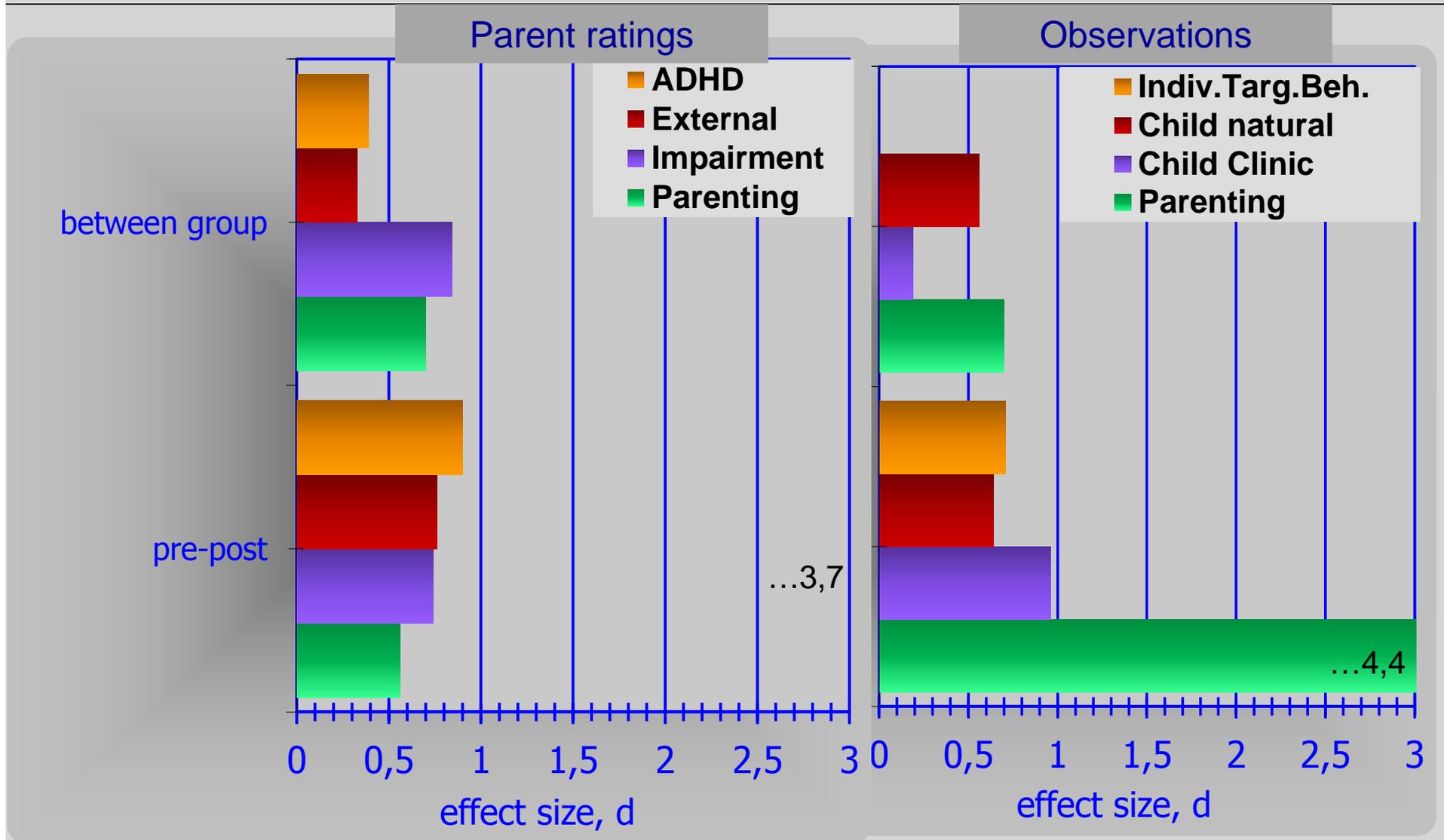
Geringe Evidenz: Selbstinstruktions-/ Aufmerksamkeitstrainings

Meta-analysis of behavioral treatments for ADHD

Overall unweighted effect sizes



Meta-analysis of behavioral treatments for ADHD: Parent ratings and observations



Efficacy of psychological treatments in RCTs in children and adolescents with ADHD on blinded and unblinded outcomes

Article

Nonpharmacological Interventions for ADHD: Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials of Dietary and Psychological Treatments

Edmund J.S. Sonuga-Barke, Ph.D. Chris Hollis, M.D.

Daniel Brandeis, Ph.D. Eric Konofal, M.D., Ph.D.

Samuele Cortese, M.D., Ph.D. Michel Lecendreux, M.D.

David Daley, Ph.D. Ian C.K. Wong, Ph.D.

Maite Ferrin, M.D., Ph.D. Joseph Sergeant, Ph.D.

Martin Holtmann, M.D. European ADHD Guidelines Group

Jim Stevenson, Ph.D.

Marina Danckaerts, M.D., Ph.D.

Saskia van der Oord, Ph.D.

Manfred Döpfner, Ph.D.

Ralf W. Dittmann, M.D., Ph.D.

Emily Simonoff, M.D.

Alessandro Zuddas, M.D.

Tobias Banaschewski, M.D., Ph.D.

Jan Buitelaar, M.D., Ph.D.

David Coghill, M.D.

Results: Fifty-four of the 2,904 nonduplicate screened records were included in the analyses. Two different analyses were performed. When the outcome measure was based on ADHD assessments by raters closest to the therapeutic setting, all dietary (standardized mean differences=0.21–0.48) and psychological (standardized mean differences=0.40–0.64) treatments produced statistically significant effects. However, when the best probably blinded assessment was employed, effects remained significant for free fatty acid supplementation (standardized mean difference=0.16) and artificial food color exclusion (standardized mean difference=0.42) but were substantially attenuated to nonsignificant levels for other treatments.

Conclusions: Free fatty acid supplementation produced small but significant reductions in ADHD symptoms even with probably blinded assessments, although the clinical significance of these effects remains to be determined. Artificial food color exclusion produced larger effects but often in individuals selected for food sensitivities. Better evidence for efficacy from blinded assessments is required for behavioral interventions, neurofeedback, cognitive training, and restricted elimination diets before they can be supported as treatments for core ADHD symptoms.

Objective: Nonpharmacological treatments are available for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), although their efficacy remains uncertain. The authors undertook meta-analyses of the efficacy of dietary (restricted elimination diets, artificial food color exclusions, and free fatty acid supplementation) and psychological (cognitive training, neurofeedback, and behavioral interventions) ADHD treatments.

Method: Using a common systematic search and a rigorous coding and data extraction strategy across domains, the authors searched electronic databases to identify published randomized controlled trials that involved individuals who were diagnosed with ADHD (or who met a validated cutoff on a recognized rating scale) and that included an ADHD outcome.

(*Am J Psychiatry* 2013; 170:275–289)

Results: Behavioral Interventions

- 15 trials – 7 with P-BLIND (N=1041): Ages 2-13 years
- Treatments: 8 Parent T; 4 Parent & Child T; 2 Parent, Child & Teacher T; 1 Child T
- Control – 8 WLC; 3 TAU; 4 attention control

Article
Nonpharmacological Interventions for ADHD: Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials of Dietary and Psychological Treatments

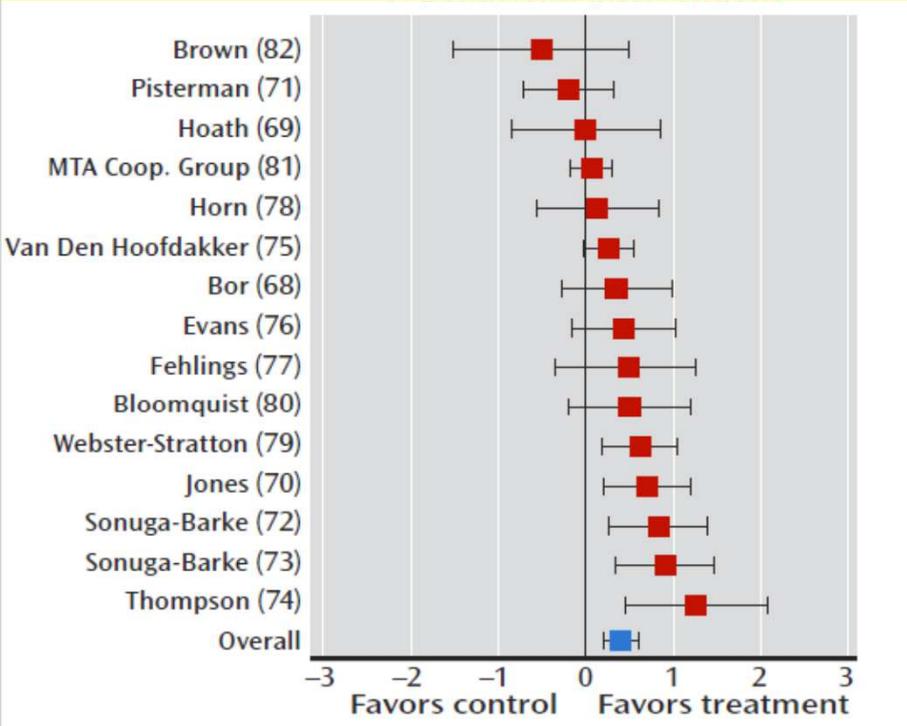
Editorial J.S. Sonuga-Barke, Ph.D., Chris Hollis, M.D., David Brandeis, Ph.D., Eric Koenig, M.D., Ph.D., Sarahie Gurtner, M.D., Ph.D., Michel Lecomte, M.D., David Daley, Ph.D., Ian C.K. Wong, Ph.D., Mike Ferrin, M.D., Ph.D., Joseph Sergeant, Ph.D., Marcus Holtmann, M.D., European ADHD Guidelines Group
 Jim Stevenson, Ph.D., Marisa Bartolacci, M.D., Ph.D., Salla van der Ende, Ph.D., Marked Dopfner, Ph.D., Ralf W. Oltmann, M.D., Ph.D., Emily Symeonoff, M.D., Alexander Zaidels, M.D., Ph.D., Jan Buitelaar, M.D., Ph.D., David Coghill, M.D.

Background: The use of 200+ nonpharmacological interventions for ADHD is common, but their effectiveness is unclear. We conducted a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (RCTs) of dietary and psychological treatments for ADHD. **Methods:** We searched PubMed, Cochrane, and other databases for RCTs of dietary and psychological treatments for ADHD. We included RCTs that compared a dietary or psychological intervention to a waitlist control, attention control, or medication. **Results:** We identified 15 RCTs involving 1041 children and adolescents with ADHD. The overall effect size was small to moderate, favoring treatment. **Conclusions:** Nonpharmacological interventions for ADHD may be effective, but the evidence is limited. Further research is needed to clarify the mechanisms of action and the long-term effects of these interventions.

Keywords: ADHD, dietary, psychological, nonpharmacological, RCT, meta-analysis, systematic review.

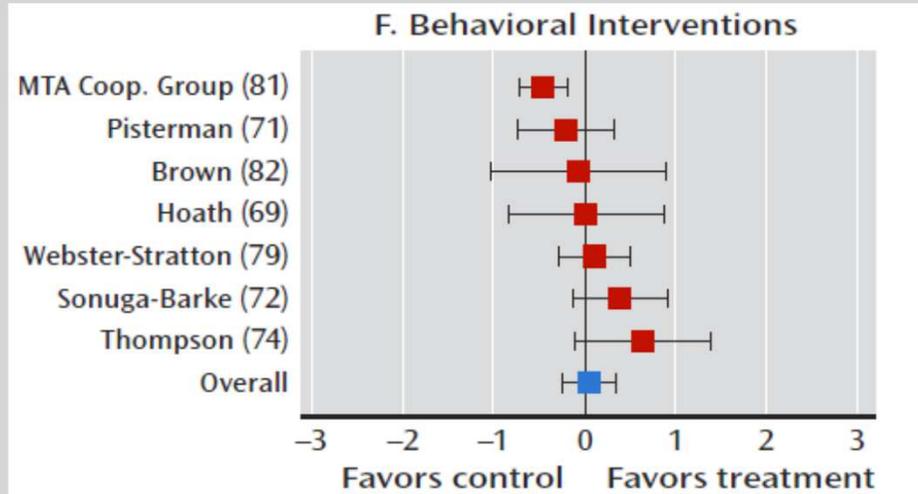
DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.170.275

Most proximal Assessment



Overall SMD=0.40, 95% CI=0.20, 0.60
 Test for overall effect: Z=3.88, p=0.0001
 Heterogeneity: $\chi^2=30.73$, df=14, p=0.006, I²=54%

Probably Blinded Assessment



Overall SMD=0.02, 95% CI=-0.30, 0.34
 Test for overall effect: Z=0.09, p=0.92
 Heterogeneity: $\chi^2=15.36$, df=6, p=0.02, I²=67%



Sonuga-Barke et al. on behalf of EAGG (2013). Non-pharmacological interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am. J. of Psychiatry*, 170, 275-289.

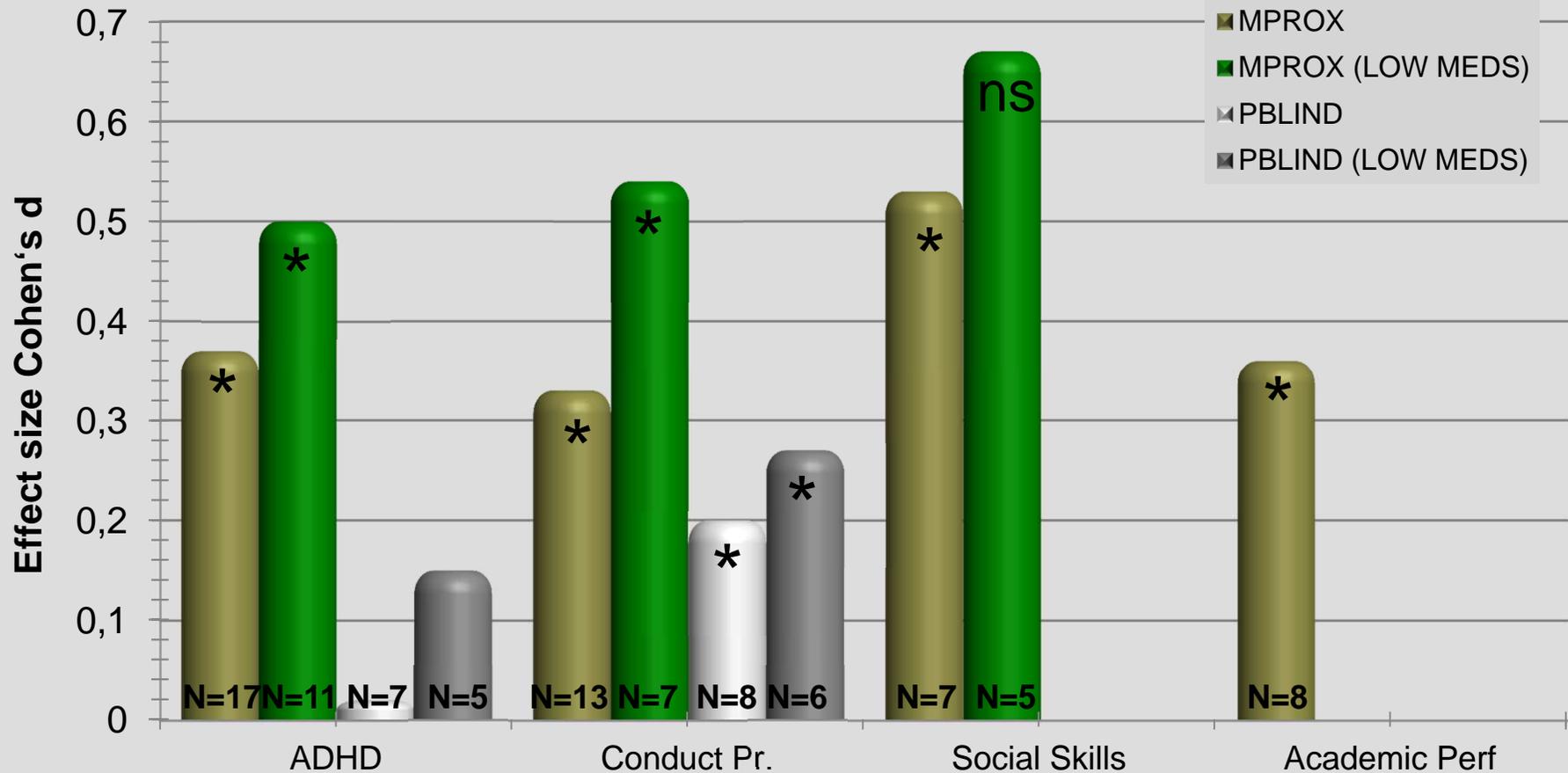


Secondary meta analyses: Child outcomes

Behavioral Interventions in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Across Multiple Outcome Domains

David Daley, PhD, Saskia van der Oord, PhD, Maite Ferrin, MD, PhD, Marina Danckaerts, MD, PhD, Manfred Döpfner, PhD, Samuele Cortese, MD, PhD, Edmund J.S. Sonuga-Barke, PhD, on behalf of the European ADHD Guidelines Group

JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY
VOLUME 53 NUMBER 8 AUGUST 2014



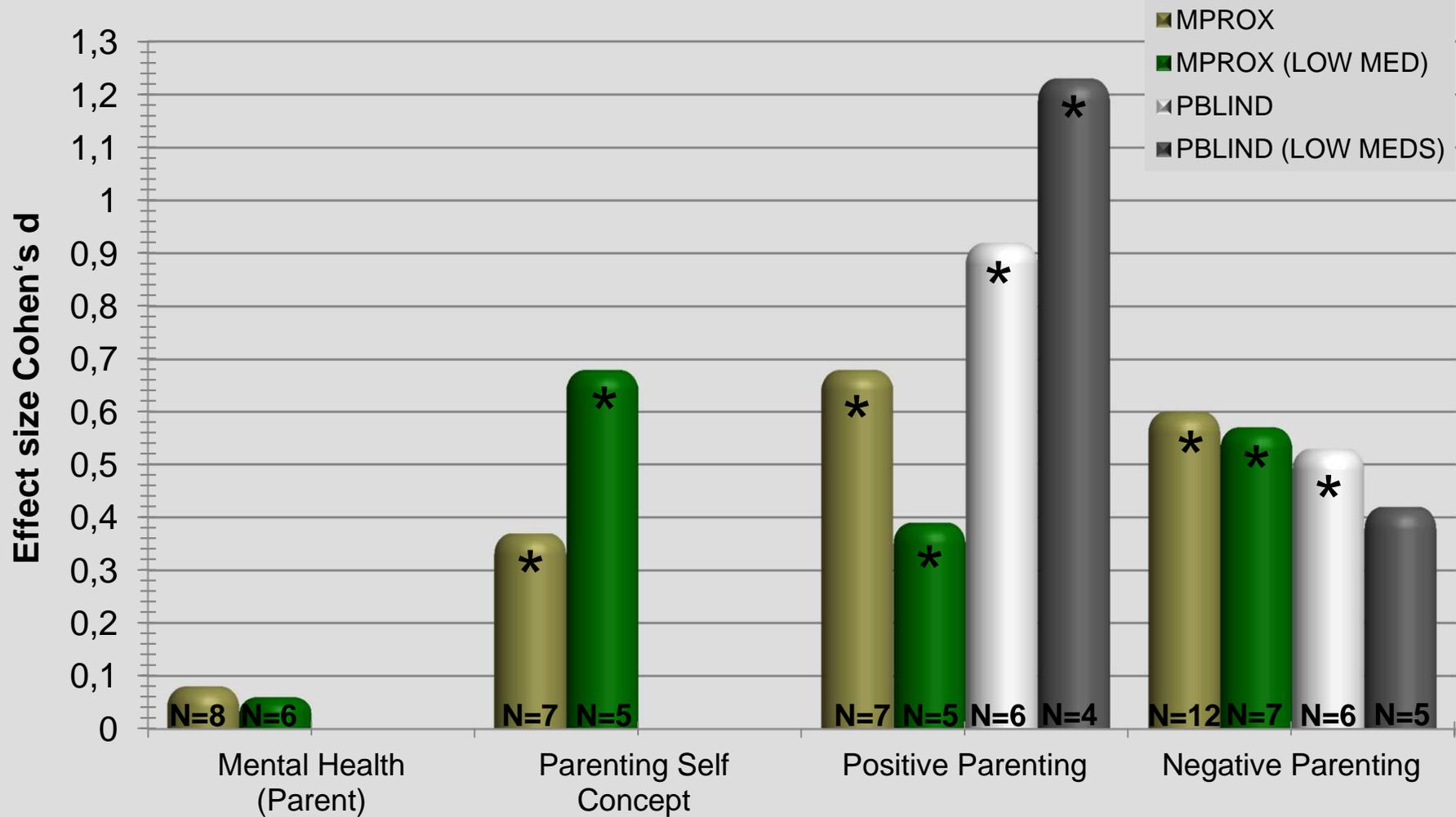
ns due to increased heterogeneity / smaller sample

Secondary meta analyses: Parent outcomes

Behavioral Interventions in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Across Multiple Outcome Domains

David Daley, PhD, Saskia van der Oord, PhD, Maïte Ferrin, MD, PhD, Marina Danckaerts, MD, PhD, Manfred Döpfner, PhD, Samuele Cortese, MD, PhD, Edmund J.S. Sonuga-Barke, PhD, on behalf of the European ADHD Guidelines Group

JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY
VOLUME 53 NUMBER 8 AUGUST 2014



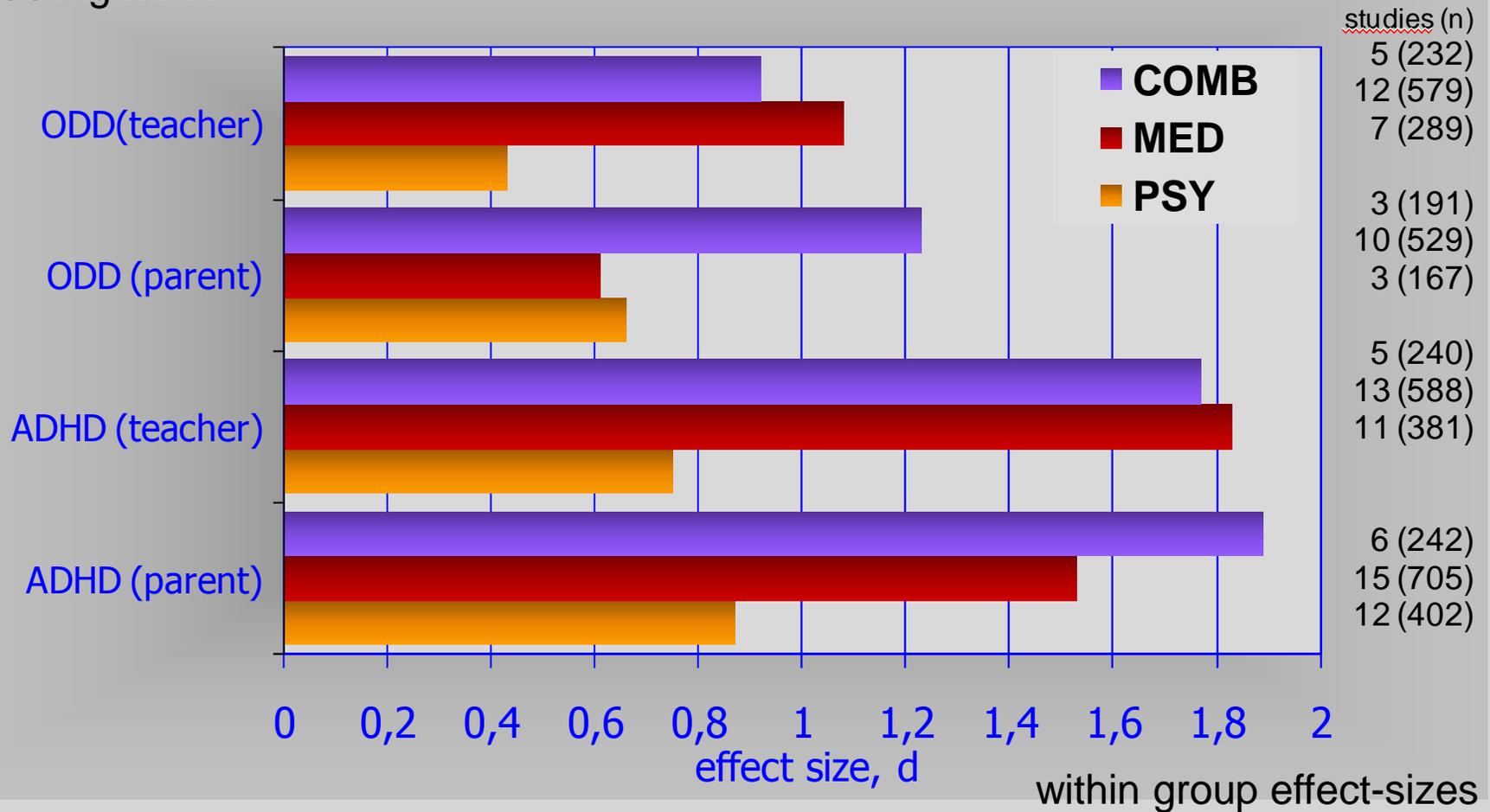
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

- Wird bislang in keiner nationalen / internationalen Leitlinie zur Behandlung der Kernsymptomatik von ADHS empfohlen, da kaum Studien mit entsprechender methodischer Qualität vorliegen
- Laezer et al. (2014): Vergleich psychoanalytischer mit VT/medikamentöser Therapie (n=54 ADHS oder SSV, 6-11 J.)
 - ▶ nicht randomisiert und unterschiedliche Inanspruchnahmewege
 - ▶ Keine leitlinienkonforme VT: 2 Wo. Tagesklinik, Intensivtraining Kind (SSV) oder Konzentrationstraining (6x75 Min.)
 - ▶ Pharmakotherapie bei 11 von 23 (<50%) Methylphenidat (durchschnittl. 30 Monate)
 - ▶ Psychoanalyse durchschnittl. 26 Monate 2 Std/Wo kindzentriert + 1Std/2Wo elternzentriert
 - ▶ Follow-up nach 3;2 J.: keine wesentlichen Unterschiede



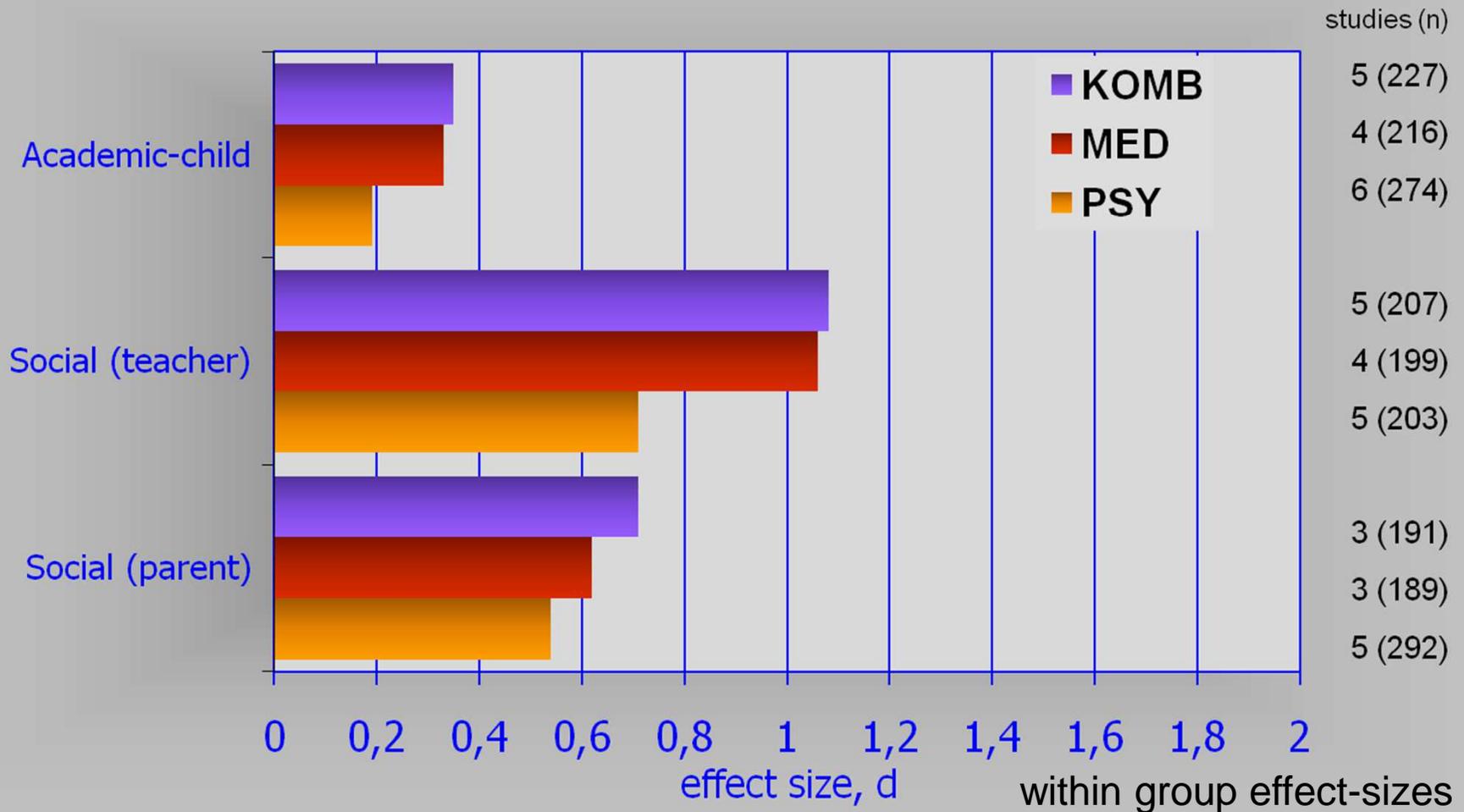
Meta analysis: Efficacy of psychosocial treatment methylphenidate, and combination in 6-12 ys old children with ADHD (RCTs)

1985-2006 published studies with randomized controlled design; MED=short acting MPH

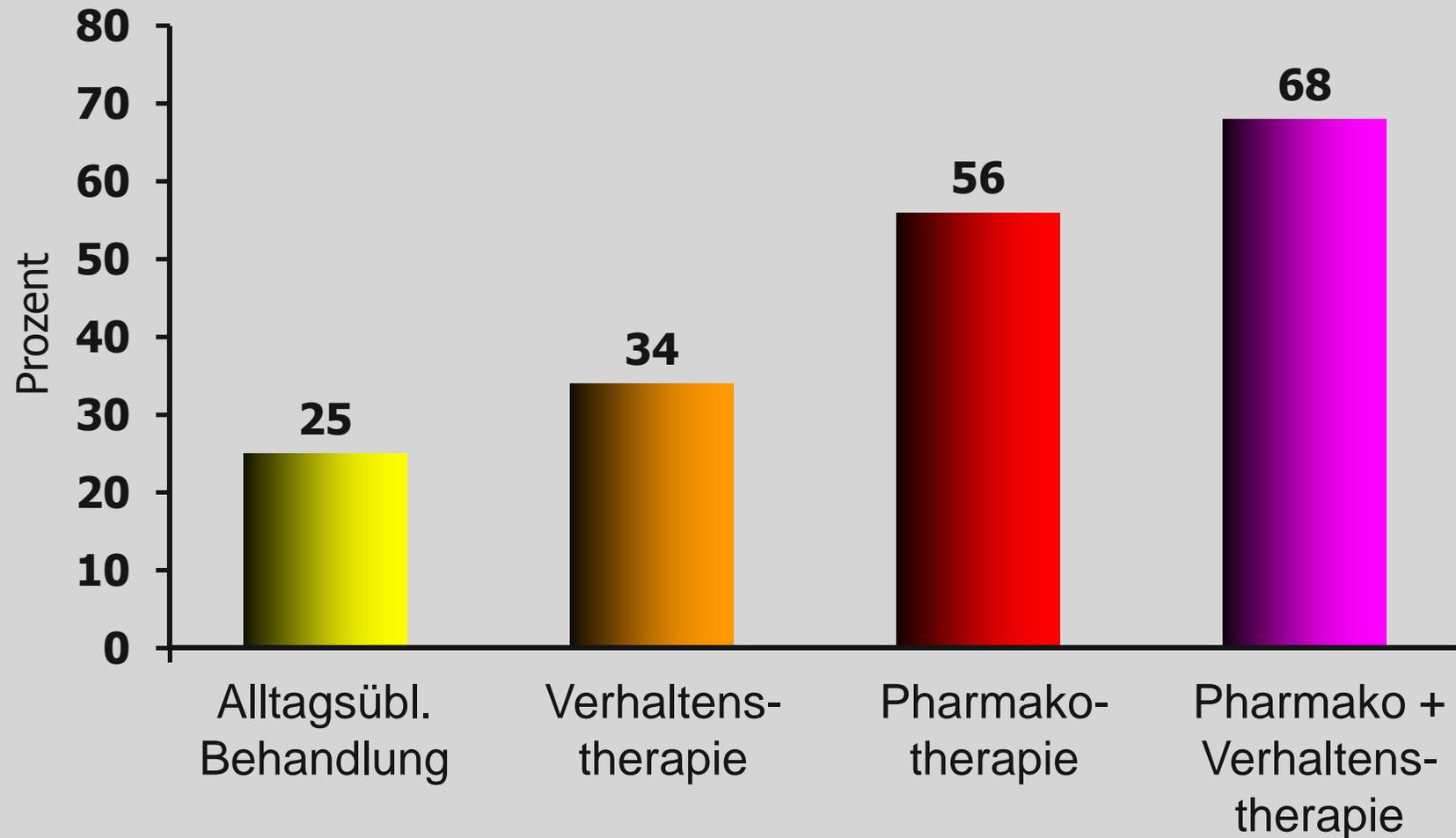


Meta analysis: Efficacy of psychosocial treatment methylphenidate, and combination in 6-12 ys old children with ADHD (RCTs)

MED = only methylphenidate studies using short acting methylphenidate

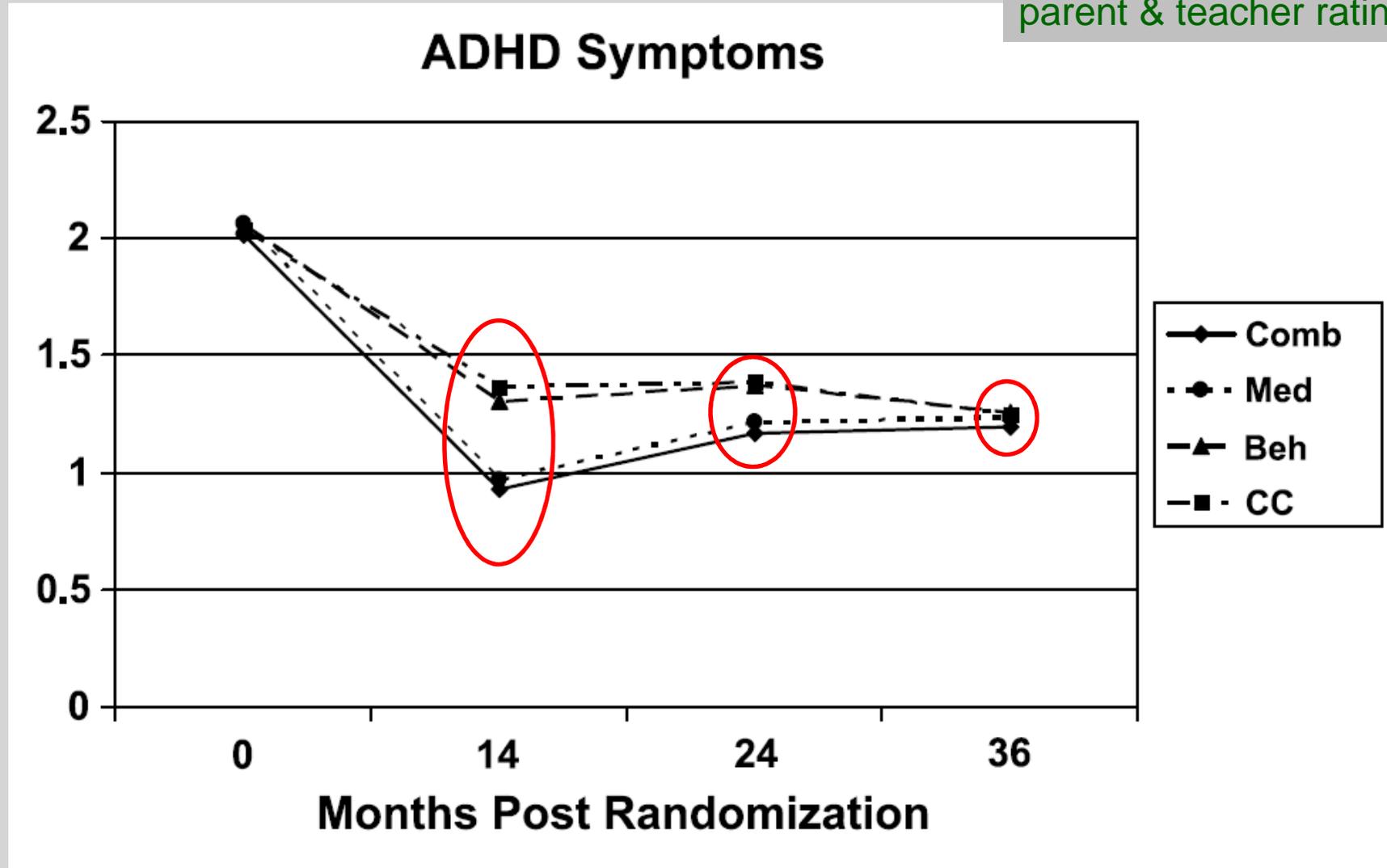


Symptomatische Normalisierungsraten in der MTA-Studie (14 Monate)



MTA 36 Monate Follow-up: Effekte in randomisierten Gruppen

parent & teacher ratings



Kurz- und Langzeiteffekte von Pharmakotherapie, Psychotherapie und multimodaler Therapie im Kindes- und Jugendalter

Kernaussagen- 1

1. Die Effekte der kontinuierlichen medikamentösen Behandlung von ADHS bis zu einem Zeitraum von 14-15 Monaten sind bei Kindern und Jugendlichen ab dem Alter von 6 Jahren sehr gut belegt. Die medikamentöse Therapie ist über diesen Zeitraum die bislang wirkungsvollste Behandlung bezogen auf die ADHS-Symptomatik. Die Responderrate liegt bei etwa 80%, die Normalisierungsrate liegt bei etwa 40-50% (bezogen auf ADHS-Symptomatik).
2. Deutliche Effekte lassen sich auch auf komorbide Symptome, vor allem oppositionell-aggressives Verhalten und auf das Funktionsniveau sowie die Lebensqualität belegen .
3. Eine genaue individuelle DosisEinstellung und begleitende Beratung ist einer Treatment-As-Usual-Pharmakotherapie überlegen (MTA)

Kurz- und Langzeiteffekte von Pharmakotherapie, Psychotherapie und multimodaler Therapie im Kindes- und Jugendalter

Kernaussagen- 2

4. Ausgeprägte kurz- und längerfristige Nebenwirkungen treten bei einer relevanten Minderheit der Fälle auf. Sie können aber meist gut beherrscht werden. In Einzelfällen kann auch ein Absetzen der Medikation indiziert sein.
5. Bei Kindern im Alter von 4 bis 6 Jahren ist MPH ebenfalls wirkungsvoll, allerdings mit geringeren Responderraten und höheren Nebenwirkungsraten.
6. Die Langzeiteffekte von Pharmakotherapie (über einen Zeitraum von 14-15 Monate hinaus) sind durch kontrollierte Studien nicht untersucht. Die vorliegenden Verlaufsstudien (mit methodischen Schwächen) lassen vergleichbar deutliche Effekte wie bei der Kurzzeittherapie nicht erkennen. Im Durchschnitt stabilisieren sich die Behandlungseffekte nach 1,5-2 Jahren bei vielen Patienten auch dann, wenn die Medikation nicht fortgesetzt wird.

Kurz- und Langzeiteffekte von Pharmakotherapie, Psychotherapie und multimodaler Therapie im Kindes- und Jugendalter

Kernaussagen- 3

7. Die Wirksamkeit von Langzeit-Pharmakotherapie wird durch eine hohe Rate an Patienten mit geringer Adhärenz erheblich geschmälert.
8. Die Effekte von nicht computerbasierten kindzentrierten Aufmerksamkeitstrainings sind teilweise belegt. Deutliche Effekte lassen sich durch Interventionen erzielen, die auf eine Verbesserung der Selbstorganisationsfähigkeit im Alltag abzielen
9. Deutliche Effekte lassen sich auch auf weitere komorbide Symptome und auf das Funktionsniveau sowie die Lebensqualität belegen .
10. Die während der Therapie erzielten Symptomminderungen stabilisieren sich meist. Es gibt jedoch keine Hinweise, dass sich unbehandelte von behandelten Kindern mehrere Jahre nach Behandlungsende noch unterscheiden.

Kurz- und Langzeiteffekte von Pharmakotherapie, Psychotherapie und multimodaler Therapie im Kindes- und Jugendalter

Kernaussagen- 4

11. Eine Überlegenheit kombinierter Therapie gegenüber Verhaltenstherapie ist gut belegt.
12. Eine Überlegenheit kombinierter Therapie gegenüber Pharmakotherapie lässt sich in einzelnen Studien auf einzelnen Parametern nachweisen, ist aber nicht durchweg gut belegt. Wenn eine Pharmakotherapie primär durchgeführt wird, ist daher eine sequentielle Behandlungsstrategie indiziert, bei der nur jene Patienten eine Psychotherapie erhalten, bei denen Auffälligkeiten persistieren

Danke

www.zentrales-adhs-netz.de

