

# ADHS und Zukunfts- träume

Informationskampagne ADHS und Zukunftsträume

## Sehnsucht nach Normalität, Absage an Konformität – Behandlungsziele bei ADHS

### Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirats

In der von Stereotypen und ideologisch motivierten Positionen geprägten Diskussion um die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bleiben die Wünsche und Ziele der Betroffenen oft unbeachtet. Für sie ist die ADHS eine tägliche Herausforderung und Belastung, die das gesamte Leben prägt und die Lebensqualität stark beeinträchtigen kann.<sup>1,2</sup>

Betroffene wünschen sich meist Normalität: Einen normalen Alltagsablauf – ohne ständig abgelenkt zu sein, ohne Missgeschicke und Chaos. Normale Beziehungen mit Eltern, Geschwistern, Freunden, Kollegen und Partnern – ohne abgelehnt und ausgegrenzt zu werden oder sich ständig verteidigen und rechtfertigen zu müssen. Eine normale, erfolgreiche Schulzeit – ohne andauernde Konzentrationsprobleme, auffälliges Verhalten und Konflikte mit Lehrern und Mitschülern. Normale Chancen im Berufsleben und die Möglichkeit, Begabungen und Stärken erfolgreich und persönlich erfüllend einzusetzen.

Normal zu sein bedeutet für die Betroffenen nicht, ihre Individualität zu verleugnen und sich „stromlinienförmig“ anzupassen. Es bedeutet die Befreiung von Verhaltensweisen, die sie gegenüber der Mehrheit der Nicht-Betroffenen zu Außenseitern machen. Mit einer unbehandelten ADHS ist diese Normalität kaum zu erreichen.

ADHS ist nicht heilbar, aber behandelbar. Etablierte Standards für die Behandlung sind in Form von Leitlinien vorhanden.<sup>3,4</sup> Mit einer individuellen, aus verschiedenen Bausteinen bestehenden (multimodalen) Therapie, die auch das Umfeld der Betroffenen mit einbezieht, lassen sich gute Behandlungserfolge erzielen. Sowohl die Behandlung mit Medikamenten als auch die Verhaltenstherapie haben ihre Wirksamkeit in zahlreichen klinischen Studien unter Beweis gestellt.<sup>5</sup> Zudem gibt es zunehmend Hinweise auf die Wirksamkeit von komplementären Verfahren wie Elternterapie<sup>6</sup>, kognitives Training<sup>7</sup>, Neurofeedback<sup>8</sup> und einige diätetische Ansätze (z. B. Vermeidung von allergenen Stoffen, Einnahme von Omega-3-Fettsäuren)<sup>9</sup>.



# ADHS und Zukunftsträume

Der wissenschaftliche Beirat der Informationskampagne „ADHS und Zukunftsträume“ will mit den folgenden Punkten auf die Bedeutung von individuellen Zielen bei der Behandlung der ADHS hinweisen:

1. **Behandlungsziele sind so unterschiedlich wie die Betroffenen und ihre individuelle Situation.** Leicht Betroffene haben meist andere Ziele als Patienten mit einer stark ausgeprägten ADHS. Die Alltagsbewältigung und die Lebensqualität aller Beteiligten (der Betroffenen und ihres Umfelds) zu verbessern, sollte als übergeordnetes Behandlungsziel gelten.
2. Die behandelnden Ärzte und Therapeuten sollten gemeinsam mit den Betroffenen **individuelle Behandlungsziele festlegen.**<sup>10</sup>
3. **Die Betroffenen – und bei Kindern oder Jugendliche auch deren Eltern – sollten für sich sprechen.** Worunter leiden sie? Welche Veränderungen wünschen sie sich für sich selbst bzw. für ihr Kind? Die verschiedenen Ziele müssen aufeinander abgestimmt werden.
4. Behandlungsziele sollten im Gespräch **konkretisiert** und **schriftlich festgehalten** werden. Oft ist es hilfreich, leichter erreichbare Ziele zuerst anzustreben.
5. Die **Erreichung der Behandlungsziele** kann durch individuelle Einschätzung der Betroffenen und mit Hilfe von Verlaufsbögen mit Beurteilungsskalen überprüft werden.<sup>11,12</sup>
6. Die Behandlung einer ADHS zielt nicht darauf ab, die Individualität, das Temperament oder den Charakter der Betroffenen zu verändern. **Ziel ist es vielmehr, die Betroffenen dabei zu unterstützen, sich individuell positiv zu entwickeln,** ihre Fähigkeiten zu entfalten und ihre Begabungen und ihre Kreativität so zu nutzen, wie sie es sich wünschen.
7. **Alle Beteiligten – die Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS sowie ihr soziales, schulisches und berufliches Umfeld – sollten die Behandlung unterstützen** und dazu beitragen, dass die individuellen Behandlungsziele erreicht werden.

Diese Stellungnahme wurde vom wissenschaftlichen Beirat der Informationskampagne „ADHS und Zukunftsträume“ erarbeitet und im März 2012 verabschiedet.





# ADHS und Zukunfts- träume

**Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats:** Renate Schmidt, Bundesfamilienministerin a. D. und Schirmherrin (Nürnberg), Prof. Dr. Dr. med. Martin Holtmann (LWL-Universitätsklinik Hamm), Dr. jur. Myriam Menter (ADHS Deutschland e. V., Berlin), PD Dr. med. Esther Sobanski (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim), Dr. med. Kirsten Stollhoff (Praxis für Kinderneurologie, Hamburg; Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V., Forchheim), Klaus Wenzel (Bayerischer Lehrer- und Lehrerinnenverband e. V., München)

- <sup>1</sup> Europaweite Befragung von Eltern und Erziehern in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, vorgestellt auf dem 2. Internationalen ADHS-Kongress, Wien, 21. Mai 2009, mit Unterstützung von Shire plc.
- <sup>2</sup> Lifetime Impairment Survey (Europäische Befragung zu Beeinträchtigungen durch ADHS im Lebensverlauf), H. Caci et al., P-30-04 und A. Hervas et al., P-31-01 in: ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders 3(2) June 2011. Springer, Wien.
- <sup>3</sup> Hyperkinetische Störungen (F 90). Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hg.). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007: 239-254 – aktuell in Überarbeitung (Stand: März 2014).
- <sup>4</sup> ADHS bei Kindern und Jugendlichen (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung). Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V., aktualisierte Fassung, Januar 2007.
- <sup>5</sup> Vgl. z. B. Multisite Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA) Study (MTA Cooperative Group [1999]. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 56: 1073–86); Kölner adaptive multimodale Therapiestudie (KAMT) (Döpfner et al. [2004]. Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder – global outcome. Eur Child & Adolesc Psychiatry 13 [Suppl. 1]: I/117-I/129.).
- <sup>6</sup> Fabiano GA et al. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. Clin Psychol Rev. 2009 Mar; 29 (2): 129–140.
- <sup>7</sup> Klingberg T et al. Computerized training of working memory in children with ADHD – a randomized, controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005 Feb; 44 (2): 177–186.
- <sup>8</sup> Arns M et al. Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. Clinical EEG and Neuroscience. 2009; 40(3): 180–189.
- <sup>9</sup> Nigg JT et al. Meta-analysis of attention-deficit/hyperactivity disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms, restriction diet, and synthetic food color additives. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012 Jan; 51(1): 86–97.
- <sup>10</sup> Vgl. hierzu auch das KAP-Konzept der Psychoedukation (Schürmann S und Döpfner M: Psychoedukation, in: Steinhausen HC et al (Hg.) Handbuch ADHS. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart; 2010: 260 ff).
- <sup>11</sup> Vgl. Görtz-Dorten A et al. Fragebögen und Beurteilungsskalen, in: Steinhausen HC et al (Hg.) Handbuch ADHS. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart; 2010: 226.
- <sup>12</sup> Vgl. auch: Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS gemäß § 73c SGB V zwischen KBV, KV Baden-Württemberg und BKK-VAG Baden-Württemberg

