

Symposium ADS-Hyperaktivität

4.Juli 2005 in Frankfurt

(Cordula Neuhaus hat wegen Krankheit kurzfristig abgesagt. Der 2. Vortragende hatte einen Reifenschaden (geplatzt) und kam deswegen später)

1. Vortrag (Einleitung)

ADHS. Medizinischer Anspruch – Therapeutische Wirklichkeit **Eine Bestandsaufnahme als Einleitung.**

*Von Gertraude Fydrich, 2. Vorsitzende,
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit*

Was verstehen wir unter medizinischem Anspruch?

- qualifizierte Ärzte
- Ärzte die uns ernst nehmen (Das Kind sitzt ja schon eine Viertelstunde still, es hat kein ADS; Ach sie waren doch gestern auf der Veranstaltung der Frau Dietz, kein Wunder das sie heute mit dem Wunsch zu mir kommen)
- Diagnose und Behandlung so früh wie möglich
- sorgfältige Diagnostik und Beratung
- ausreichende medizinische und therapeutische Versorgung
- Therapie auf Einzelfall abstimmen
- Kurze Wartezeiten

Wer darf Diagnose stellen?

- Kinder- und Jungenärzte
- Kinder und Jugendpsychater
- Klinische Psychologen
- Psychater bzw. Nervenärzte
- Andere Ärzte die sich für ADHS qualifiziert haben

Was ist mit folgenden „Diagnostikern“?

- Heilpraktiker
- Schulpsychologen
- Beratungslehrer
- Ergotherapeuten
- Analytische Psychotherapeuten

Diagnostische Grundlagen

DSM IV und ICD 10
Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften
Psychologische Testverfahren
Biografie des Betroffenen

Analytische Ursachenforschung und psychodynamische Behandlungsverfahren

Sind die Ursachen der ADHS doch auf Bindungsstörungen, schlechte Erziehung, kindliche Traumata zurückzuführen?

(„Das Kind hat kein ADHS, wenn man die Mutter ansieht weiß man doch genau was Sache ist“ sind meist die selben Personen die behaupten das sich Ärzte keine Mühe mit der Diagnose geben, und es so schrecklich viele Fehldiagnosen gibt)

Kann man ADHS heilen?

Was kann eine Therapie bewirken?

(Wer behauptet ADHS heilen zu können lügt und versucht nur an ihren Kindern zu verdienen)

Spielen Umgebungsfaktoren eine Rolle?
Gibt es sinnvolle Begleitungsmaßnahmen?

Rahmenbedingungen

Rolle der Krankenkassen und der Träger der Sozial- bzw- Jugendhilfe
Image in der Öffentlichkeit

(Kinder werden gemobbt, auch Erwachsene werden gemobbt und ausgegrenzt und besonders erwachsene Betroffene sind von Kündigungen bedroht)

Gezielte Verunsicherung Betroffener

(Situation ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Gute Zustände in Bayern und Hessen, schlechte Zustände z.B. in Niedersachsen)

Umgang mit dem Thema in Schulbehörden
Auswirkungen der wirtschaftlichen Lage

Therapeutische Wirklichkeit

Zulassungspolitik mancher Kassenärztl. Vereinigung
Äpfel und Birnen
Restriktive Sparpolitik der gesetzlichen Krankenkassen
Keine Medikamente ohne Therapie?

(Darf ein ADHSler keine Medikamente bekommen nur weil kein Therapieplatz vorhanden ist?
Müssen erst alle Therapien ausprobiert werden bevor Medikamente gegeben werden dürfen?)

Unzulässige Einmischung bestimmter Berufsgruppen

Reizwort Psychopillen

Medienberichterstattung und ihre Folgen

(Beginnen immer so um Pfingsten, Kinder werden unter Drogen gesetzt, 'Bekommen alle später Parkinson')

Die Erfahrungen in den ADHS-Verbänden
Wissenschaftliche Studienergebnisse.

ADHS-Patienten als Geldesel

Nicht nur die Pharma-Industrie will Gewinne machen
Vorsicht vor Ideologen und fanatischen Psychatriegegnern

Was so alles auf dem Markt ist

(Vitamipräparate, Säftchen..)

Wie trenne ich die Spreu vom Weizen?

('Kennen sie das Eckpunkt Papier der ADHS-Konsensuskonferenz?')

Die Situation der Erwachsenen

Das Engagement von Dr. Johanna Krause

(Dank ihrer Autorität ist es gelungen Leitlinien für Diagnose und Therapie von Erwachsenen aufzustellen)

Off label use von Methylphenidat

(Wird generell noch nicht von den Kassen bezahlt)

Begleiterkrankungen

(Begleiterkrankungen treten vor allem bei Frauen auf. Depressionen, Angststörungen und Zwangserkrankungen, Apell sich um hypoaktive Mädchen nicht weniger zu kümmern als um hyperaktive Jungen, wg. Spätfolgen)

Situation auf dem Arbeitsmarkt

(Drogentest bei Methylphenidat)

Private (Kranken-)versicherer

(Grenzen ADHS-Patienten aus, Kinder von Beamten werden z.B. nicht mitversichert)

Die Sache mit dem Führerschein

(Ärztliche Bescheinigung mitführen, Attest muß evtl. vorgezeigt werden.)

Was können ADHS-Verbände tun?

Selbsthilfearbeit als wichtigste Basis
Von der Elterninitiative zur Non-Profit-Organisation
Information und Beratungs
Lobbyarbeit

Grundlagen unserer Arbeit

Zur Beurteilung gehört eine umfassende Information ...

- über alle wissenschaftlich abgesicherten Erkenntnisse und neue Tendenzen
- über unseriöse Angebote und Vorgehensweisen

Erfahrungen der Betroffenen als wesentlicher Bestandteil...

Wie verwerten wir unsere Erfahrungen und Informationen?

Wissenspool vorhalten und pflegen
Weitergabe an Betroffene, Fachleute und Interessierte
Für den Einzelnen...

Ausblick

- Die Schere öffnet sich weiter (zwischen dem was wir brauchen und dem was getan wird)
- Die Gefahren einseitig betriebswirtschaftlichen Denkens (geht auf Kosten der Kinder und erwachsener ADHS-Patienten)
- Schlagkraft der ADHS-Verbände

2. Vortrag ADS/ADHS aus anthroposophischer Sicht

Dr. M. Meusers

Kinderarzt, Arzt für Kinder u. Jugendpsychiatrie, -psychotherapie.

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke (antroposophisches Krankenhaus)

Gliederung

- Statistische Daten
- Definition AD(H)S
- Was es sonst sein kann?
- Krankheitsmodell
- Neurobiologie
- Therapie

Epidemiologie von Verhaltensauffälligkeiten nach Diagnosen

Prognose

Vorzeitiges Verlassen der Schule 32-40%
Collegeabschluß 0-5%
Keine oder wenig Freunde 50-70%
Vermehrt asoziale Handlung 40-50%
Keine begabungentsprechende Arbeit 70-80%
Frühschwangerschaft

Kinder mit ADHD: Dreifach erhöhtes Unfallrisiko

Beurteilung von Verhaltensstörungen

- Was stört? Wen Stört es?
- Sicht der Eltern, Partner
- Sicht der Kinder, Freunde
- Selbstwahrnehmung/Video
- Fremdwahrnehmung
- Child Behavior Checklist, Disps, Conners-Fragebögen

Erscheinungsbild ADHS/HKS

- Aufmerksamkeitsstörung (ausblenden von unwichtigen Reizen, Unterdrückung von „zielfremden“ (Handlungs-)Impulsen)
- Impulsivität (Handeln ohne Risiko- und Folgenabschätzung, Impulsivität im: Denken- Fühlen – Handeln, Problem der „Selbstwirksamkeit“/Schuld)
- Hyperaktivität (Nicht obligat!, Selbststimulation, „Grobmotorik“/Micromotorik)

(ADHS nur als andere Form des Lebens, nicht als Krankheit, aber es ist ein sehr gefährliches Leben)
(Seelische Selbstkränkung, weil man nie schafft was man sich vorgenommen hat, nicht wenige werden depressiv dabei)

(die selbststimulation bemerkt man vor allem auf einem Video)

Welche Diagnosen sind es?

- Störung des Sozialverhaltens
 - nur in Familie
 - sozialisiert/unsozialisiert (unsozialisiert wird oft mit ADHS verwechselt, besitzt aber eine andere Ausprägung)
 - und der Emotionen
- ADS-Impulsivität/Hyperaktivität
- posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)
- Borderline/tiefgreifende Persönlichkeitsstörung

Assoziierte Störungen – MTA Studie

31% Nur ADHS
40% + Oppositionelles Verhalten

34% + Angststörungen
14% + Verhaltensstörungen
11% + Tics
?% + Depressionen

ADHS (pragmatische) Definition

- Ab Geburt
- Ganztags
- Weiteres Familienmitglied fast immer betroffen
- ca. 30%: Ganzes Leben ca. 1,5 % aller Erwachsenen
- ca. 30% Nur Impulsivität Lebenslang
- ca. 30% bis Pubertät

Das Phänomen der sicheren Basis

- Kleinkinder bauen bis zum Ende des ersten Lebensjahres mindestens eine feste Beziehung aufmerksamkeit
- nutzen die Bezugsperson als sichere Basis für ihre Erkundung zur Welt
- komplementäre Beziehung von Exploration und Bindung

(Sekundäres Wissen über Bindung, nicht notiert)

Autismus

Kanner – vor 3 Jahren

Asperger – 40% ADHS Symptomatik, nur relatives Ansprechen auf MPH, oftmals Verbindung mit Epilepsie.

Sinn eines theoretischen Modells

(zu schnell zum notieren)

ADHS und Heileurythmie

ADHS: konstitutionell

- nicht Wesensglieder
- Dreigliederung als Erklärungsmodell

Nerven-Sinne-System (Aufnahme von Reizen, Wahrnehmung)

Rhythmisches System (verbindet zwischen oben/unten. Fühlen)

Stoffwechsel-Gliedmassen System (Speichern, vergessen, Handlungsimpulse)

Therapie des AD(H)S

- Wiederholung (tägliche Gewohnheit – Leibbildung)

(zu wenig Zeit zum Notieren)

Therapie

Hat das Kind die Fertigkeiten?

Hat es Zugriff auf die Fertigkeiten?

Frühes Fertigkeitentraining kann den Kindern helfen kein Defizit aufzubauen.

- Erlernen von Alltagsfähigkeiten
- Sozialverhalten
- Strukturierung der Tagesabläufe
- Anleiten

1. Automatisieren von Fertigkeiten dauert! => Problemfeld Schule
2. Aktivieren des Frontalhirns => MPH (Dopaminwiederaufnahmehemmer)

„Sie alle haben sicher schon viel gefährlichere Medikamente eingenommen. Zum Beispiel Aspirin“

„Wenn es uns gelänge die Kinder gut ins Erwachsenenalter zu bringen, ohne Medikamente, fände ich das schön.“

Behandlung ohne Medikamente geht, ist aber extrem aufwendig und der Behandlungsschwerpunkt sollte schon im Kindergarten liegen. (oder davor)

MTA-Studie

Ergebnisse der MTA-Studie werden präsentiert

- Auf Konzentration wirkt MPH am Besten. (Schule)
- Auf Interaktion und Sozialverhalten wirkte die Verhaltenstherapie am besten.
- Beides zusammen ist am Effektivsten
- Jede der Therapien allein ist signifikant der hausärztlichen Behandlung überlegen

Therapieprinzipien

1. Reine Aufmerksamkeitsstörung (scheitern trotz guter Begabung) eher Mädchen. Trainings nicht ausreichend wirksam. MPH, niedrige Dosierung, nur Schultags.
2. Hyperaktivität. Stört im Unterricht, drohender Schulverweis, Kein Training rasch wirksam. MPH nur für Schule, nachmittags für Sozialkontakte?
3. Impulsivität, zerstört soziale Integration, Training: mühevoll, in Schule nicht/wenig wirksam. MPH ganztags.
4. Störung des Sozialverhaltens. Impulsiv -> MPH, gesteuert -> Verhaltenstherapie, Risperidone bei 'Kränkung' emotionale Überflutung (Pubertät).
5. Indikation für MPH, nicht 'wirksame' trainierte Eltern (Mutter ADHS!?) drohender Schulverweis.
6. Lernen von Selbststeuerung, Üben und Belohnen, Training unter Medikation wirkungsvoller?

Zugang zum Erlernten nur(?) unter MPD

7. Verhaltenstherapie

1. Ziel: Modifizierung des Problemverhaltens
2. Prüfung der Angemessenheit eigener Wahrnehmungen und Denkweisen
3. Erarbeitung alternativer Möglichkeiten/Ziele
4. Einübung neuer Verhaltensweisen durch:
 1. Selbstbeobachtung Protokolle

Ressourcen

- Neugier
- Risikobereitschaft
- Energie
- Kreativität
- Phantasie
- Rasche Auffassungsgabe
- Flexibilität
- Fähigkeit, andere zu strukturieren

Regeln in der Erziehung, aber wie?

- 1-3 Lbj Regeln leben
- 3-6 Lbj Regeln auch mit Worten benennen
- 6-9 Lbj Regeln setzen, gelten für alle
- 9-12 Lbj Regeln erläutern, sie haben einen Grund
- 12-15 Lbj Regeln erklären: zwei, die das selbe tun, machen nicht das selbe!
- 15-18 Lbj Ideale abbilden
- > 18 Lbj Ideale sind nicht für die Ewigkeit, sie bilden Zeitgeist ab und verändern sich..

3. Vortrag

Die soziale und seelische Entwicklung Hochbegabter

Dipl. Psych. Andrea Brackmann – Spezialistin für Hochbegabung bei Kindern und Erwachsenen. (statt Neuhaus)

Empfiehlt Diagnose immer von 2 Spezialisten gemeinsam. Einem für Hochbegabung und einem für ADHS.

(Hyperfokus?)

Typen Hochbegabter:

- Verträumter, empfindsamer Typ.
- „Daniel Düsentrieb“

(Hört sich alles sehr nach ADS an)

MehrDenken:

- + Erfassen komplexer Zusammenhänge
- + Vielfältige Lösungswege
- + Hohe Auffassungsgabe
- + Flexibilität im Denken
- + Finden neuer Lösungswege und Ideen
- + Weitreichende Überlegungen

- Schwierigkeiten bei einfachen Aufgaben
- Vorseilendes Denken
- Ungeduld, Langeweile
- Perfektionismus
- Zu-kompliziert Denken
- „Kopf in den Wolken“
- Widerstand gegen Alltagsroutine

4. Vortrag - ADS und Mobbing in der Schule

Dr. Ingo Spitzok von Brisinski

Geprägt wurde der Begriff „Mobbing“ von dem Verhaltensforscher Konrad Lorenz, der mit ihm Gruppenangriffe ...

„Mobile vulgus“ wankelmütige Volksmenge

aktives & passives Mobbing

tätliche Angriffe vs. Ausgrenzen

Geht auch auf das Asperger-Syndrom ein, im Zusammenhang mit Mobbing. Erwähnt deren besondere Betroffenheit als Mobbingopfer wegen sozialer und körperlicher Ungeschicklichkeit und besonderer Gutgläubigkeit.

Übergewicht unbekanntes aber erstaunlich häufige Begleiterscheinung von ADHS.

Bei Asperger-Syndrom erhöhtes Risiko für Depressionen und Schizophrenie.

5. Vortrag – Kein Vortrag sondern eine Fragerunde.

Es wurde ein Fall vorgetragen bei dem die Lehrer behauptete die Eltern hätten dem Psychologen wilde Horrorgeschichten erzählt um an Drogen für ihr Kind heranzukommen.

Dr. Spitzok von Brisinski riet zu einem Doppelblindversuch, das der Apotheker einmal MPH und einmal ein Plazebo abpackt und die Lehrer jeden Tag Rückmeldung geben sollen, wie das Kind sich verhalten hat.

Die Pressesprecherin rät sich an die nächsthöhere Schulbehörde wenden.

Arbeitsgruppe ADHS beim Kulturministerium in Hessen.

Nächste Frage zum Verhältnis von positiven und negativen Eigenschaften bei ADHS.

Sari Solden sagte: die ganze ADHS Diskussion polarisiert sich zwischen denen die es als Krankheit und Störung definieren und jenen die Vor- und Nachteile als gleichwertig ansehen.

Antwort von Spritzok von Brisinski sieht die positiven Eigenschaften überwiegen, versucht aber darzulegen wieso hier das Störungsbild überwiegt.

Was keine Krankheit ist wird in Deutschland auch nicht bezahlt.

6. Vortrag „Es wächst sich nicht aus!“ - ADHS im Erwachsenenalter

Dr. med. Sabine Krämer

Genetische Komponente bei ADHS stark ausgeprägt, aber bei eineiigen Zwillingen sind nur in 66% beide betroffen.

Betrifft Menschen unterschiedlichen Charakters und unterschiedlicher Begabung

Die Neurobiologische Besonderheit bildet eine Basis die sich aber dann unterschiedlich entwickelt.

Dr. Krämer zeigt alte und neue Vorurteile auf und ruft dazu auf immer das jeweilige Individuum zu sehen.

ADHS in der Kindheit

Heilung? Persistenz -> adultes ADHS
Folgestörungen z.B. antisoziale Persönlichkeit
Substanzabhängigkeit
Angststörungen
Affektive Störungen

25-28% aller Gefängnisinsassen leiden unter ADHS.

Risiko eines ADHS Kindes eine Suchterkrankung zu entwickeln ist um das doppelte bis dreifache erhöht. Das Risiko sinkt ab sobald ein Kind behandelt wird.

Geschichte der adulte ADHS

- Erstbeschreibung in den frühen 70er Jahren
- Erste Monographie über adulte ADHS von Wender 1995

- Erste Fallstudie über positive Effekte von Stimulantien bei einem Erwachsenen ADHS-Patient in Deutschland 1988 (schmidt et al.)

Häufigkeit

1-2 Drittel der betroffenen Kinder auch im Erwachsenenalter noch symptomatisch sind.

Stichproben von Erwachsenen

Prävalenzraten zwischen 4% bis 4,7%

Unaufmerksamer Typ > Hyperaktiv/impulsiver Typ > Mischtyp

Besonderheiten bei Erwachsenen

- Häufig. Teilweise Rückbildung der Symptome. Entweder als tatsächlicher Rückgang oder nur scheinbar als Resultat mühsamer Kompensation.
- Genauere Selbstbeschreibung als bei Kindern, aber oft fehlende Fremdeinschätzung.
- Hyperaktivität und Impulsivität oft nach außen „gebremst“. Aufmerksamkeitsstörungen kommen aufgrund der komplexeren Anforderungen noch mehr zum Tragen.
- Überlagerung durch andere psychische Krankheiten

Jedes einzelne Symptom für sich genommen ist relativ unspezifisch.
Es kommt auf den Ausprägungsgrad und die Zusammenstellung an.

- Nichtbeachten von Einzelheiten. „Flüchtiges“ Lesen z.B. von Arbeitsanweisungen, Aufgabenstellung werden oft nur unvollständig erfasst und ausgeführt.
- Kurze Aufmerksamkeitsspanne. Führt oft zu raschem Wechsel von Arbeitsaufgaben. Sprunghafte „chaotische“ Arbeitsweise, mangelnde Ausdauer.
- Unfähigkeit zuzuhören. In Gesprächen oft mit eigenen Assoziationen beschäftigt. „Hängen“ eigenen Gedanken nach und verlieren den Faden im Gespräch.

'Buch führen am Telefon'

- Aktivierung zur Arbeit ist enorm erschwert: „Aufschieben“ und verspätetes Ausführen auch von äußerst wichtigen Angelegenheiten.
- Schwierigkeiten in der Organisation von Abläufen, mangelnder Überblick, Unfähigkeit, Prioritäten zu setzen.
- Mangelnde Fähigkeit zur Gliederung von Arbeiten führt zu rascher Überforderung.
- Gebrauch des Arbeitsgedächtnisses: Unmöglichkeit. Bei intercurrierenden Reizen den ursprünglichen Gedankenfokus „im Kopf zu behalten“.
- Verlieren, Verlegen. Vergessen. Unfähigkeit sich an Handlungen zurückzuerinnern, keine Erinnerung an Ausgangssituation
- Erhebliche Probleme den gedanklichen Fokus auszurichten und aufrechtzuerhalten: Ablenkbarkeit, vermehrte Reizoffenheit
- Arbeitsgeschwindigkeit: Entweder sehr schnell mit hoher Fehlerrate oder zu langsam mit großer Mühe die nötige „Wachheit“ aufrechtzuerhalten. Als Folge der Anstrengung häufig eine starke Tagesmüdigkeit.
- Probleme, Emotionen zu steuern und Frustration auszuhalten. Häufige Stimmungswechsel

- verhindern konstante Arbeitsleistung.
- Wippen mit den Füßen, trommeln mit den Fingern, sehr häufig veränderte Sitzpositionen, oft Probleme mit Nägelkauen, hektisches Laufen.
- Erzwungene körperliche Ruhe wird kaum ertragen und wenn möglich vermieden.
- Brauchen viele Reizquellen.
- Treiben gerne Risikosportarten
- Schnelles und lautes Sprechen
- Vor allem: permanente innere Unruhe: Unfähigkeit sich zu entspannen.
- Beantwortet Fragen, bevor sie zu Ende gestellt werden
- Ideen werden sofort formuliert, sind oft unüberlegt und nicht durchdacht (wenn ich es nicht sofort sage „vergesse ich es“)
- Große Ungeduld gegenüber der (vermeintlichen) Langsamkeit anderer, äußere Hindernisse oder Widrigkeiten führen zu Aggression.
- Mischen sich ungefragt in Gespräche ein, übernehmen ungefragt die Aufgaben anderer
- Impulsiv große Geldausgaben tätigen.

Wie wird die Diagnose gestellt?

- Dem Patienten zuhören
- Dem Patienten genaue Fragen stellen
- Die Kindheitsvorgeschichte erheben
- Andere psychische Erkrankungen ausschließen bzw. feststellen
- Gelegentlich kann es erforderlich sein, eine testpsychologische Untersuchung durchzuführen (Erwachsene können sich aber besser beschreiben und haben erlernt ihre Defizite zu kompensieren, daher sind diese Tests oft überflüssig, zumal sie eine hohe Falsch-negativ Rate aufweisen.)

Diagnose:

- Entscheidend: Anamnese!
- ADHS ist eine klinische Diagnose
- Hilfreich:
 - Selbstbeurteilungsskalen („Fragebögen“)
 - Fremdanamnese
 - Ergänzende testpsychologische Diagnostik
- Wichtig: Andere Erkrankungen ausschließen.

Es gibt keinen ADHS Test!

Die Diagnose sollte nicht aufgrund einer solchen Diagnose gestellt werden. (Falsch negativ Rate von 40%)

Was macht viele Menschen so misstrauisch gegenüber der Diagnose ADHS?

Die ersten Beschreibungen von ADHS sind sehr alt, daher ist es sicherlich keine Modeerkrankung.

Es gibt weder Labor- noch apparative Untersuchungen, die das Vorliegen von ADHS „beweisen“ können: ebenso haben psychologische „Tests“ allenfalls Hinweiskarakter. („Klinische Diagnose“)

Dies ist aber

- Bei fast allen psychischen Krankheiten der Fall
- Auch zum Beispiel bei vielen Hautkrankheiten oder der Parkinson.-Krankheit der Fall.
- Sehr erstaunlich, weil andererseits die Apparatedizin“ so stark kritisiert wird. Aber misstrauen wenn man erwähnt das man die Diagnose vor allem dadurch stellt, das man mit den Patienten redet.

Häufige Komorbiditäten

- Depression
- Angststörung
- Zwangsstörung
- Ticstörung
- Posttraumatische Erkrankungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Substanzmißbrauch

Therapie

- Stimulanzen (wirken vorwiegend auf den Botenstoff Dopamin)
 - Methylphenidat
 - Amphetamin
 - (Fenetyllin, Pemolin)
- Substanzen die vor allem auf den Botenstoff Noradrenalin wirken.
 - Atomoxetin (Strattera)
 - Bestimmte Antidepressiva

Ärzte tragen in Deutschland die wirtschaftliche Verantwortung bei der OffLabel-Verschreibung von Stimulanzen.

70-75% der Erwachsenen profitiert von einer medikamentösen Behandlung.

Nichtmedikamentöse Therapie

- Als alleinige Therapiemaßnahme i.d.R. Nicht ausreichen.
- Als begleitende Therapie sind beratende und unterstützende Gespräche erforderlich. (Psychoedukation, „Selbstmanagement“)
- Begleitende Psychotherapie richtet sich auch nach Komorbidität.
- Motivation und Erfolg der medikamentösen Therapie
- Im Erwachsenenalter kommen neben („coachingorientierter“) VT vor allem bei deutlicher Selbstwertproblematik tiefenpsychologisch fundierte Therapien in Frage.

MTA Study

579 Kinder mit ADHS

Beobachtungszeitraum von 14 Monaten

4 Gruppen im Vergleich:

- Nur Medikation (MPH)
- Nur intensive Verhaltenstherapie incl. Elterntraining

- Medikation und intensive VT
- Community-based Care

Nur Medikation und Medikation plus intensiver VT erbrachten etwa gleiche Resultate. Diese beiden Gruppen waren jeweils den beiden anderen (nur VT und community-based care) überlegen.

Im Erwachsenenalter gibt es keine vergleichbare Studien.

Medizinische Dienste fordern das die Betroffenen eine Psychotherapie antreten sollen und keine medikamentöse Therapie. Medikamentöse Behandlung sei sozialpsychologisch unverantwortlich.

Grundsätzlich

- Erfolgt die Therapie individuell
- Das Ansprechen bzw. Nichtansprechen auf Medikamente ist kein Beweis für oder gegen die Diagnose.
- Richtet sich die Therapie nach
 - Dem Schweregrad
 - Etwaigen zusätzlichen Erkrankungen
 - Der Motivation des Patienten
 - Den Möglichkeiten des Patienten.