

Dr. med. Doris Ryffel-Rawak
Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Johanniterstrasse 1
CH-3047 Bremgarten
E-mail: doryffel@bluewin.ch

Dezember 2002

Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen

Einleitung

Die Erkenntnis, dass es sich bei der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (AD/HS) um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt, setzt sich immer mehr durch. Dabei beschränkt sich die AD/HS nicht nur auf das Kindesalter, wie dies früher angenommen wurde. Vielmehr ist es in ca der Hälfte der Fälle eine 'life-long-condition', d.h. betroffene Jugendliche und Erwachsene kämpfen ein Leben lang mit ihren typischen AD/HS - Schwierigkeiten.

Diagnose

Die Diagnose der AD/HS ist eine klinische Diagnose und wird auf Grund:

1. der aktuellen Situation,
2. der Kindheitsentwicklung,
3. der schulischen Entwicklung,
4. der beruflichen Laufbahn,
5. einer eventuell vorhandenen Drogenanamnese,
6. einer ausführlichen Familienanamnese (Stammbaum) und
7. einer ausführlichen medizinischen Untersuchung gestellt.

(Bildgebende Verfahren werden zur Routinediagnostik noch nicht eingesetzt, ein EEG ist in der Regel unnötig)

Im Anschluss zur persönlichen Exploration sind zur Diagnosestellung

8. Informationen durch Drittpersonen wie Eltern, Partner, Lehrer (Schulberichte) und event. Arbeitgeber häufig sehr wertvoll.

Ergänzend dazu sind in der Regel psychologische Untersuchungen mit

9. Durchführung von Intelligenztesten (zB. HAWIE-R) und spezifischen Aufmerksamkeitstesten (d2, FAIR, TAP-Testbatterie usw) und der Einsatz von
10. Fragebögen wie zB WURS von P. Wender, ADD Scales von Th. Brown, ADSA Scales von S.J.Triolo, die Self-Rating Scale für Frauen von K. Nadau von Bedeutung.

Goldstandard für die Diagnose sind und bleiben die Kriterien des DSM IV, wobei diese bisher allerdings nur für das Kindesalter validiert worden sind. Voraussetzung für die Diagnose sind zudem der Beginn im frühen Kindesalter, die Chronizität und die Persistenz der Symptome, wobei diese mindestens in 2 verschiedenen Bezugssituationen (zB zu Hause in der Familie und am Arbeitsplatz) zu einem deutlichen Leidensdruck und Problemen führen müssen.

Therapie

Nachdem die Diagnose einer AD/HS gestellt wurde, differentialdiagnostische Überlegungen stattgefunden haben und die häufigen Komorbiditäten diagnostiziert wurden, kann mit der Therapie begonnen werden. Zu Beginn ist die Aufklärung über das Krankheitsbild und die Besprechung der Behandlungsmöglichkeiten die entscheidende Massnahme. Immer wieder zeigt es sich dabei eindrücklich, dass Betroffene eine enorme Entlastung erfahren, wenn sie mit dem Wissen um ihre Störung eine Erklärung für ihre lange bestehenden, bisher häufig « unerklärlichen » Schwierigkeiten bekommen.

Durch das aufklärende Gespräch können Betroffene auch eher dazu motiviert werden, sich der häufig hilfreichen medikamentösen Therapie zu unterziehen. Gerade die Basismedikation mit Stimulanzien ist für viele Betroffene mit unzähligen Fragezeichen behaftet, wobei heute viele Medien diesbezüglich zusätzlich weitere Vorurteile und Ängste schüren. Es kann nicht genügend betont werden, wie wichtig es ist, klare und sachliche Informationen zu vermitteln.

Die Therapie der AD/HS bei Erwachsenen setzt sich aus drei Grundpfeilern zusammen: Psychopharmakotherapie, Psychotherapie und Coaching.

Psychopharmakotherapie

Der Grundsatz 'first things first' sollte begleitend sein, dh bei den häufig vorhandenen Komorbiditäten sind in der Regel zuerst diese zu behandeln.

Besteht zB ein Suchtmittelabusus, sollte versucht werden, vorerst diesen anzugehen. Nicht selten wird v.a. durch junge Menschen mit AD/HS ein starker Cannabiskonsum, zT im Sinne einer Selbstmedikation, betrieben. Die klinische Erfahrung hat gezeigt, dass Cannabis die Wirkung der Stimulanzientherapie neutralisieren kann. Allerdings beobachtet man auch, dass oft erst durch Stimulanzien das sogenannte 'craving' für das Suchtmittel verschwindet oder zumindest vermindert wird. Hier wird man also dem Einzelfall entsprechend vorgehen müssen.

Gleichermassen sollen auch depressive und bipolare Störungen sowie Angstzustände, die häufig komorbid mit der AD/HS bestehen, zuerst pharmakologisch angegangen werden.

Das definierte Therapieziel sollte eine Stabilisierung der Begleiterkrankung ermöglichen, um dann gezielt auf die spezifischen Probleme der AD/HS eingehen zu können (Konzentrationsstörung, kurze Aufmerksamkeitsspanne, mangelhafte Organisationsfähigkeit, Vergesslichkeit, fehlende Impulskontrolle, Stimmungsinstabilität).

Stimulanzientherapie

Vier 'goldene Regeln' haben sich bei der Therapie mit Stimulanzien bewährt:

1. individuelle Dosierung
2. Beachtung der stark unterschiedlichen Wirkungsdauer
3. Beachtung der z.T. sehr schmalen therapeutischen Breite
4. kontinuierliches Monitoring.

Methylphenidat und Amphetaminpräparate sind die am häufigsten eingesetzten Stimulanzien. Beide beeinflussen in etwas unterschiedlichen Ausmass die Neurotransmittersysteme von Dopamin, Noradrenalin und wahrscheinlich auch Serotonin.

Im Einzelfall kann nicht vorausgesagt werden, ob ein Individuum besser auf Methylphenidat oder auf ein Amphetaminpräparat anspricht. Offiziell ist in der Schweiz einzig Ritalin (= 10 mg Methylphenidat) für die Behandlung von AD/HS zugelassen. Aus diesem Grund wird Ritalin zuerst eingesetzt.

Falls der Betroffene nicht oder nur ungenügend auf Ritalin anspricht, kann Dexamin (5 mg d-Amphetamin, in der Schweiz als Appetitzügler registriert!) eingesetzt werden. Die in den U.S.A. erhältlichen galenisch stark verbesserten Präparate wie Concerta, Metadate und Adderall stehen uns leider in Europa noch nicht zur Verfügung.

Individuelle Dosierung

Bedingt durch die unterschiedliche Resorption im Gastrointestinaltrakt sowie unterschiedlichem Abbau durch die Leber ist sowohl bei Methylphenidat wie auch für d-Amphetamin eine stark unterschiedliche Einzeldosis typisch, die weder von Alter, Geschlecht, Körpergewicht noch vom Ausmass der AD/HS Symptomatik abhängig ist. Die optimale Dosis muss in jedem Einzelfall massgeschneidert werden. Begonnen wird in der Regel mit 2.5 mg Ritalin resp. 1.25 mg Dexamin, d.h. ¼ Tablette morgens zum Frühstück. Gesteigert wird dann alle 3 - 4 Tage, bis es zu einem positiven Wirkungseintritt kommt, der vom Patienten meist subjektiv rasch wahrgenommen wird (bessere Konzentration, weniger ablenkbar, innerlich ruhiger, stimmungsstabiler)

Unterschiedliche Wirkungsdauer

Während ein Patient eine positive Wirkung lediglich während zwei bis drei Stunden verspürt, kann ein anderer Patient mit einer Einzeldosis davon den ganzen Tag davon profitieren.

Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Patienten die Wirkung der Medikation protokollieren und zur Selbstbeobachtung angespornt werden. Nur so kann festgestellt werden, **ob und welche Dosis wie lange möglichst optimal wirkt**. Entsprechend der unterschiedlichen Wirkungsdauer sind nicht selten mehrere Tagesdosen notwendig. In einigen Fällen bewährt sich dabei die Retardform von Ritalin (= Ritalin SR) Allerdings gibt es davon nur eine schlecht teilbare 20 mg Tablette.

z.T. sehr schmale therapeutische Breite

Es kann vorkommen, dass die optimale Einstellung Schwierigkeiten bereitet, indem z.B. eine ½ Tablette eine gewisse Wirkung zeigt und eine ¾ Tablette bereits zuviel ist, d.h. vermehrt Nebenwirkungen oder Ueberdosierungserscheinungen auftreten. Gerade bei erwachsenen Patienten, bei denen doch häufig Stimulanzien mit anderen Psychopharmaka, v.a. Antidepressiva, kombiniert werden, muss dies besonders beachtet werden. Ritalin in Tropfenform bzw. Dexaminsirup können in solchen Fällen durch eine feinere Dosisanpassung eine bessere Wirkung ermöglichen.

Kontinuierliches Monitoring

Die Patienten sollten über ihre Medikamenteneinnahme Protokoll führen. Von den Betroffenen selber aber auch von den Angehörigen sind regelmässige feedbacks zu erfragen. Die Therapie ist in der Regel über eine längere Zeitspanne, im Minimum ein Jahr, durchzuführen. Nach einem Jahr kann ein Absetzversuch stattfinden. Falls die Symptome weiterhin im gleichen Ausprägungsgrad vorhanden sind, muss die Therapie fortgesetzt werden. Die Medikation wird solange beibehalten wie ein Bedarf dafür besteht!

Erstaunlich ist immer wieder, wie gut die Compliance bei richtig eingestellten AD/HS Patienten ist – ein kontinuierliches Monitoring der richtigen Dosierung ist trotzdem nötig.

Die Nebenwirkungen einer Stimulanzientherapie sind eher selten und treten in der Regel nur zu Beginn auf: Appetitmangel, Schlafstörungen, depressive Verstimmung, Kopfschmerzen und dosisabhängige Puls- und Blutdruckerhöhung sind als wichtigste Nebeneffekte zu nennen. Unangenehm kann das sogenannte Rebound-Phänomen sein: Bei raschem Absinken der Wirkung kann es subjektiv und objektiv zu einer Verstärkung der Symptome mit erhöhter Irritabilität und mangelhafter Impulskontrolle kommen. Hier bewährt sich ebenfalls zT die Retardform von Ritalin (= Ritalin SR).

Eine Abhängigkeit bzw. Suchtentwicklung durch Stimulanzien kommt bei richtig gestellter Diagnose nicht vor. Der Grund liegt darin, dass es zu keiner Toleranzentwicklung kommt (weil wir ja nach heutigem Wissen ein unteraktiviertes Neurotransmittersystem lediglich normalisieren und nicht überstimulieren) und eine Erhöhung der optimalen Dosis höchstens zu Nebenwirkungen, nicht aber zu einer weiteren Verbesserung der Symptome, führt.

70-80% aller erwachsenen AD/HS Patienten profitieren von einer richtig durchgeführten Stimulanzientherapie!

Wie bereits erwähnt sollten komorbide Störungen wie Depression, bipolare Störung und Angststörungen vorrangig behandelt werden. Der Einsatz von modernen Antidepressiva – SSRI – hat sich am besten bewährt. Eine besondere Stellung nimmt Venlafaxin (Efexor, Trevilor) ein. Beim Nichtansprechen auf eine Stimulanzientherapie hat es sich nämlich gezeigt, dass Efexor durchaus die AD/HS Symptomatik positiv beeinflussen kann, vor allem in niedriger Dosierung.

Es kann durchaus nötig sein, verschiedene Antidepressiva zu kombinieren bzw. Mood-Stabilizers einzusetzen. In diesen Situationen wird wie gewohnt vorgegangen. Interaktionen mit Stimulanzien sind nicht zu befürchten. Auch eine antikonvulsive Behandlung stellt in der Regel kein Hindernis für eine Stimulanzientherapie dar.

Psychotherapie

Erwachsene mit einer AD/HS durchlaufen häufig einen langen Leidensweg bis sie zu ihrer Diagnose und richtigen Therapie kommen. Die stark schwankende Leistungsfähigkeit und die vorhandene Stimmungslabilität führen zu einer allgemeinen Verunsicherung. Es verwundert daher nicht, dass das Selbstwertgefühl der Betroffenen so strapaziert ist, dass sie sich nichts mehr zutrauen. Betroffene mit einer AD/HS, deren Ausprägungsgrad sich gravierend auf die Lebensführung niedergeschlagen hat, bedürfen deshalb neben Medikation und Coaching einer Psychotherapie. Eine analytische Psychotherapie im klassischen Sinn ist kontraindiziert, sie fördert nur das regressive Verhalten des Patienten. Vielmehr geht es darum, eine Patient-Therapeuten-Beziehung aufzubauen, die sich dadurch kennzeichnet, dass der Therapeut aktiv präsent ist, aufmerksam alle

verbalen und nonverbalen Äusserungen des Patienten wahrnimmt und dadurch Vertrauen im Patienten weckt. Durch diese Wahrnehmung werden beim Therapeuten und Patienten gleichwohl interaktionell Empfindungen, Gefühle und Phantasien freigesetzt. Durch die Mobilisation von Affekten werden Änderungen ermöglicht. AD/HS-Patienten haben wie bereits mehrmals erwähnt ein mangelhaft entwickeltes Selbstwertgefühl. Umso wichtiger erscheint es, dass man diesen Patienten besonderen Respekt entgegenbringt. Diese Patienten haben es nicht geschafft, ihr Leben in den Griff zu bekommen. Erwartungen, die an sie gestellt wurden, konnten sie nicht erfüllen, stattdessen waren sie immer wieder Verletzungen ausgesetzt. Zur Verarbeitung gerade dieser Verletzungen sollte diesen Patienten mit einer Einstellung 'trotz allem', d.h. Bestätigung, Mitgefühl und einer Bereitschaft zum Mitleiden begegnet werden. In dieser Atmosphäre der Akzeptanz wird sich der Patient sicher fühlen und den Mut aufbringen, seine Gefühle zu äussern und die traumatisierenden Erlebnisse der Vergangenheit zu verarbeiten. Motivation und Hoffnung werden aufgebaut, so dass der Betroffene neue Zukunftsperspektiven entwickeln kann.

Seit einigen Jahren wird, vor allem in den U.S.A., in zunehmenden Masse die kognitive Verhaltenstherapie als die psychotherapeutische Methode der Wahl bei der ADHS angewendet. Die ADHS geht einher mit einer negativen Selbstwahrnehmung (durch die erlittenen negativen Lebenserfahrungen), einer mangelnden Selbstorganisation sowie einer verminderten Selbststeuerung in Anforderungssituationen. Emotionale Fehlreaktionen und depressive Entwicklungen sind häufig die Folge. Mit der kognitiven Verhaltenstherapie werden die verfälschten Kognitionen, die Denk- und Verhaltensmuster aufgedeckt und bearbeitet. Die aktive Mitarbeit des Patienten ist dabei unerlässlich. Eine Verhaltensmodifikation mit Verbesserung der sozialen Kompetenz durch Erlernen von Problemlösefertigkeiten und Konfliktlösungsstrategien, sowie die Verbesserung der Selbstkontrolle führen zu einer emotionalen Stabilisierung und sind die definierten Ziele. Die Uebergänge zwischen Verhaltenstherapie und Coaching können fließend sein, wenn Psychotherapeut und Coach ein und dieselbe Person ist.

Coaching

Eine Fussballmannschaft kann aus ausgezeichneten Fussballspielern zusammengesetzt sein, ohne einen guten Trainer werden die Spiele jedoch oft nicht vom erhofften Erfolg gekrönt sein...

Das Leben präsentiert sich für einen AD/HS Betroffenen als grosse Herausforderung. Durch die Basismedikation mit Stimulanzien werden zwar die Probleme der Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulskontrolle wesentlich verbessert. Ebenso kommt es zu einer Stabilisierung der Stimmungslage. Das durch immer wieder erlittene Misserfolge stark lädierte Selbstwertgefühl muss jedoch erst aufgearbeitet werden. Jahrelang eingefahrene Verhaltensmuster, die von einer chaotischen Lebensführung geprägt sind, müssen einer Neuorientierung weichen. Mit einem verhaltenstherapeutisch orientiertem Therapieansatz, dem 'Coaching', werden vorhandene Gefühle von Scham, Schuld und Angst besprochen. Jahrelang wurde ja ein Betroffener als dumm, faul oder verantwortungslos bezeichnet und sein Selbstwertgefühl auf diese Weise untergraben. Der Coach hilft dem Betroffenen, die negativen Gefühle wahrzunehmen und sie seinen AD/HS-Symptomen entgegen zu setzen. Gefühl und Verhalten werden so getrennt. Negative Gefühle blockieren – Mit der Trennung kommt es zu einer Freisetzung von Energien und neue Verhaltensmuster können eingeübt werden.

AD/HS-Betroffene bedürfen, nicht selten trotz einer Medikation, weiterhin einen Stimulus, um 'am Ball zu bleiben'. Im Coaching werden konkrete Ziele gesetzt, auf die hingearbeitet wird, um Motivation und das Fokussieren aufrechtzuerhalten. Der Coach vermittelt 'positiven Stress'.

Es bedarf des Coachings, um zusammen mit dem Betroffenen dessen Lebensführung besser zu gestalten. Planen, organisieren, Prioritäten setzen, Termine einhalten, Agendaführung und Projekte zu beenden, solche Tätigkeiten sind nicht unbedingt die Stärken eines AD/HS-Betroffenen. Ohne Coach wird häufig keine Verhaltensänderung möglich sein – trotz Medikation. 'Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser' lautet hier die Devise.

Neue Strategien müssen erarbeitet werden, der Coach wird mit dem vorhandenen Potenzial arbeiten und vor allem positive Ressourcen wie z.B. die Kreativität und den Ideenreichtum, die AD/HS-Betroffene häufig verbergen oder verkümmern haben lassen, zu Tage fördern.

Rückschläge und erlittene Frustrationen müssen immer wieder thematisiert werden. AD/HS-Betroffene haben bekanntlich eine niedrige Frustrationstoleranz. Kritik ist hier fehl am Platz. Gerade AD/HS-Betroffene sind überempfindliche Menschen und stark von äusseren Bedingungen abhängig. Eine wohlgesinnte Einstellung fördert, eine negative Einstellung wirkt lähmend. Es gilt immer, mit dem Prinzip Hoffnung zu arbeiten.

Wertvolle Hilfe beim Coaching können Eltern, Partner, Lehrer und sogar Arbeitgeber leisten. Bedingung dazu aber ist, dass sich die Person mit dem Krankheitsbild der AD/HS auskennt und bereit ist, sich zeitlich und emotional mit dem Betroffenen einzulassen. Durch den gelegentlichen Einbezug des Coachs in Therapiesitzungen, natürlich unter Zustimmung des Patienten, kann der Therapieverlauf und -erfolg, v.a. mit Fokussierung auf die Probleme im Alltag, besser kontrolliert und evaluiert werden.

Häufig sind Partnerschaften zwischen AD/HS-Betroffenen und Nicht-Betroffenen konfliktgeladen. Mangelhafte Impulskontrolle, Zerstreutheit, gestörte Aufmerksamkeit (auch im Sexualerleben) und mangelhafte Selbstorganisation bieten Anlass zu heftigen Diskussionen und Zerwürfnissen. Langjährige Beziehungen werden abgebrochen und Ehen geschieden – statistisch weit häufiger als in anderen Partnerschaften. In solch einer Situation sollte ein Paar-Therapeut zu Rate gezogen werden, idealerweise jemand, welcher mit dem AD/HS-Krankheitsbild vertraut ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich bei der Therapie einer AD/HS ein multimodaler Ansatz bestehend aus Medikation, Psychotherapie und Coaching bewährt hat. Ein 'vernetztes Denken' unter Einbezug von mehreren Therapeuten ist häufig zu empfehlen. Wichtig ist, dass dabei der Informationsfluss gewährleistet und eine klare Zielsetzung formuliert wird. Alle müssen am 'gleichen Strick ziehen'. Der Aufwand ist gross, doch lohnt es sich fast immer!

Kasuistik

33 jähriger Patient, welcher via Internet eine Selbstdiagnose stellte und sich bei mir zur genauen Abklärung und eventuellen Therapie meldete.

Aus der Familienanamnese des Pat. Ist bekannt, dass der Vater , ein gelernter Mechaniker, als Busfahrer, Fahrlehrer, Barman, Fenstermonteur und Techniker in Australien gearbeitet habe, er sei ein Abenteurer gewesen, habe viel Sport betrieben und sei oft in Prügeleien verwickelt gewesen. Die Mutter des Patienten hat als „Manager“ der Familie fast alles organisiert. Der Patient wuchs als Einzelkind auf. Zur persönlichen Anamnese: Er sei ein ruhiges Kind gewesen, ein eifriger Leser und habe viele Ideen gleichzeitig gehabt, so dass er zu hören bekam „er solle doch einmal auf einer Linie bleiben“. Er sei introvertiert gewesen, unachtsam (selbst im Strassenverkehr), ein Aussenseiter , ohne gleichaltrigen Freunden und er spielte den „Clown“ um Aufmerksamkeit zu erlangen. Die schulische Karriere war gekennzeichnet durch widersprüchliche Leistungen. Die sprachlichen Fächer waren bedingt durch eine Legasthenie ein „Horror“. Aufsätze, die Rechtschreibung und das Auswendiglernen führten zu Problemen. Die Noten in den Realfächern Mathematik, Biologie, Chemie und Physik kompensierten jedoch die Noten der sprachlichen Fächer, so dass der Patient den Uebertritt ins Gymnasium und das Abitur schaffte. Mit Beginn eines Physikstudiums, welches der Patient wegen der Herausforderung auswählte, nahmen die Schwierigkeiten zu: Er schildert dies wie folgt: „Erstmals war es mir nicht möglich, dem Unterricht zu folgen. Ich schaffte es nicht, mich zu organisieren und mir den Stoff zu erarbeiten. Ich kaufte tonnenweise Bücher, die ich zum grössten Teil nicht las , ich lebte in einem ständigem Chaos. Ich verlor allmählich meine Motivation, obwohl ich überzeugt war, dass ich intelligent genug wäre das Studium zu schaffen.“ Entsprechend Abbruch des Physikstudiums und Besuch von Freikursen in Psychologie, Unternehmungsgründung sowie Ausbildung als Audiovisions-Assistent (Film-Video-Multimedia-Produktion). Da er sich auf kein bestimmtes Berufsfeld festlegen konnte , war er als freier Journalist tätig, führ-te PC Kurse durch und war Herausgeber eines Fachmagazins für neue Medien, zusätzlich arbeitete er als Programmierer. Tonbildschauen, Videoproduktionen und das Marketing für einen Zirkus waren weitere Betätigungen. Erwähnenswert ist auch die Tatsache, dass er häufig am Rande des finanziellen Ruins stand. Und wie der Patient selber sagt:“ Dazu kommen unzählige Projekte von tollen Sachen , die ich machen wollte“, dabei hatte er bereits Mühe Liefertermine einzuhalten, pünktlich zu sein und seinen Arbeitsplatz in Ordnung zu halten. „Procrastination“, dh Dinge auf die lange Bank zu schieben, standen bei ihm an der Tagesordnung. Allerdings schaffte er es jeweils nachts und vor wichtigen Abgabeterminen, stundenlang ohne jegliche Pause konzentriert zu arbeiten. Entsprechend verfiel er anschliessend in einen Erschöpfungszustand. Mit der Zeit kam er zur Ueberzeugung, dass er mit allem was er machte irgendwie zum Scheitern verurteilt war. Dazu kam, dass immer wenn etwas gut zu laufen anfang, es für ihn bereits uninteressant wurde und er sich um eine neue Herausforderung bemühte. Mit der Zeit begann der Patient an seinen Fä-

higkeiten und Intelligenz zu zweifeln. Er entwickelte schwerwiegende gesundheitliche Probleme, eine Abhängigkeit mit Süßigkeiten führte zu einer massiven Gewichtszunahme und er litt zunehmend an Asthma bronchiale. In den letzten Jahren Auftreten eines Tinnitus. Niedergeschlagenheit, zunehmender Leidensdruck, die Verschlimmerung der bestehenden Symptome durch den depressiven Verstimmungszustand, das geringe Selbstwertgefühl sowie mangelhafte soziale Kompetenzen führten den Patienten schliesslich in meine Praxis. Meine Abklärungen bestätigten den durch die typische Anamnese vermuteten Verdacht auf eine ADS. Die Screeningverfahren nach Brown und Wender waren typisch und weitere Abklärungen inkl einem Intelligenztest. (HAWIE-R) ergab die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung, vorwiegend Unaufmerksamster Typus nach DSM IV. Im Intelligenztest fand sich ein IQ von 145, dh im Bereich der Hochbegabung. Wegen der vordergründigen depressiven Symptomatik leitete ich zu Beginn eine antidepressive Therapie mit Venlafaxin ein. Parallel dazu führte ich eine Psychotherapie in Form von wöchentlichen Gesprächen durch. Die Stimmung des Patienten stabilisierte sich zusehends, und wir konnten die verschiedenen Problemkreise bearbeiten. Durch die vielen negativen Erfahrungen war das Selbstvertrauen des Patienten so erschüttert, dass er sich nichts mehr zutraute. Die persönlichen Beziehungen waren arg belastet, obgleich sich der Patient nichts sehnlicher wünschte als eine gute partnerschaftliche Beziehung. Unter der Psychopharmakotherapie und Psychotherapie kam es zu einer inneren Umstellung des Patienten, er lernte sich zu akzeptieren mit all den ihm eigenen Unzulänglichkeiten, seine Selbstzweifel wurden geringer, er lernte mit den Menschen seiner Umgebung anders „besser“ umzugehen und die Beziehung zu seiner Freundin wurde konkret und stabil. Diätetische Massnahmen und Sport führten ausserdem noch zu einer Normalisierung des Gewichts. Die Symptome der ADS, Unzuverlässigkeit, Vergesslichkeit, Antriebsstörung, Mühe sich zu organisieren und die Ablenkbarkeit liessen sich nur bedingt verbessern. Da die depressive Symptomatik nun nicht mehr im Vordergrund stand wurde die antidepressive Therapie sistiert und eine Therapie mit Stimulanzien, dh Ritalin, begonnen. Ich selbst wechselte von der „Psychotherapeutenrolle“ zum „Coaching“. Seit Beginn der Therapie bei mir sind nun 11/2 Jahre verstrichen. Heute hat der Patient klarere Zielvorstellungen und er arbeitet an einem Projekt, welches die wirtschaftliche Ausbildung im freien Unternehmertum für Jugendliche fördert. Er hat so eine für ihn zugeschnittene Arbeit gefunden. Seine persönliche Beziehung schildert der Patient wie folgt: „Das Schönste in meinem Leben ist die tolle Beziehung zu meiner Freundin. Mit ihr habe ich jeden Tag grosse Freude“. Die Medikation mit Ritalin wird vorderhand noch beibehalten, (ein Absetzversuch zeigte, dass es noch verfrüht war), die Dosierung beträgt 3 x 5mg über den Tag verteilt. Ich sehe den Patient 1 mal monatlich und zusätzlich wird per „E-Mail“ korrespondiert.

Literatur (nach Erscheinungsdatum geordnet)

- Barkley R. *Attention Deficit Hyperactivity Disorders: A Handbook for Diagnosis and Treatment* New York: Guilford Press, 1998.
- Woggon B. *Ich kann nicht wollen! Berichte depressiver Patienten*. Bern: Huber Verlag, 1998.
- Weiss M., Trokenberg Hechtman L., Weiss G. *ADHD in Adulthood. A Guide to current Theory, Diagnosis and Treatment*. John Hopkins University Press, 1999.
- Woggon B. *Niemand hilft mir! Behandlungsprotokolle angeblich unheilbarer psychiatrischer Patienten*. Bern: Huber Verlag, 1999.
- Brown T.E. *Attention Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents and Adults*. Washington: Am.Psych. Press, 2000.
- Stahl S. *Essential Psychopharmacology*. 2nd ed. Cambridge University Press, 2000.
- Krause J. & Ryffel-Rawak D. *Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter*. Psycho 26, (2000) Nr. 4, 209-223.
- Balken J. *Persönliche Mitteilung*, 2001.
- Rösler M. *Das hyperkinetische Syndrom im Erwachsenenalter*. Psycho 27 (2001) Nr. 7, 380-384.
- Ryffel-Rawak D. *ADS bei Erwachsenen. Betroffene berichten aus ihrem Leben*. Bern: Huber Verlag, 2001.
- Ryffel M. *Praxis der Stimulanzientherapie*, Berner Schriftenreihe zur Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1, 2001, 85 - 100
- Woggon B. *Depressionsbehandlung nach neuestem Wissensstand*. Journal für ambulante Psychiatrie, 1/2001, 7-10.
- Schlössler C., Kovacs A., Ferrero F. *Devenir à l'âge adulte du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (ADHD): aspects épidémiologiques et cliniques*. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 153, 1/2002, 29-36.