

Erwachsensein mit ADS

Vortrag bei ELPOS Bern am 1.März 2000

Zum Thema der Aufmerksamkeitsdefizitstörung bei Erwachsenen bin ich vor bald 4 Jahren gestossen. 1996 begleitete ich meinen Mann, der als Kinderarzt tätig ist und sich seit über 25 Jahren mit der ADS befasst, die bei uns in der Deutschschweiz noch häufig als frühkindliches POS bezeichnet wird, nach Chicago an die internationale CHAAD-Konferenz. CHAAD ist die amerikanische Selbsthilfeorganisation für Kinder und Erwachsene mit ADS. Hier erfuhr ich, dass schätzungsweise 2% aller Erwachsenen eine ADS aufweisen. Diese Störung umfasst alle Lebensbereiche, dh führt zu Problemen am Arbeitsplatz, zu Hause, in der Freizeit und in Beziehungen und führt so häufig zu sekundären psychischen Schwierigkeiten. Obwohl lange angenommen wurde, dass die ADS lediglich im Kindesalter auftritt und sich in der Pubertät auswächst, zeigen neuere Untersuchungen, dass sich ca. die Hälfte aller in der Kindheit diagnostizierten ADS - Fälle bis ins Erwachsenenalter fortsetzen. Ich denke, dass viele unter Ihnen anlässlich der Abklärung eines oder mehrerer Ihrer Kinder sich bei dem Gedanken ertappt haben, so war ich doch auch als Kind und überhaupt... so bin ich doch heute noch... Nun, wir sind schon mittendrin in der Thematik, die wir uns für den heutigen Abend vorgenommen haben. Falls Sie solche Gedankengänge kennen, kann ich Ihnen nur sagen, so unrecht haben Sie wahrscheinlich nicht, denn bei der ADS handelt es sich um eine vorwiegend genetisch bedingte Störung, dh sie kommt in vielen Familien gehäuft vor, sie ist also vererbbar.

Es muss immer davon ausgegangen werden, dass die Störung bereits auf einen eigenständigen Charakter eines Menschen trifft, somit werden dessen Charakterzüge durch diese andere Hirnfunktion intensiviert, und zwar in vielfältiger Hinsicht.

Die für die Diagnose entscheidenden Kriterien sind im sogenannten DSM IV festgehalten. Dabei handelt es sich um das diagnostische und statistische Manual Psychischer Störungen der amerikanischen Psychiatriegesellschaft von 1994:

1) Kriterien der Unaufmerksamkeit:

- Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit
- Mühe mit der Daueraufmerksamkeit
- Schwierigkeit zuzuhören

- Mühe mit Anleitungen und bei alltagl. Verrichtungen
- Organisationsschwierigkeiten

- Mühe sich länger geistig anzustrengen
- Häufiges Verlieren und Verlegen

- Leichte Ablenkbarkeit durch äussere Reize
- Übermässige Vergesslichkeit im Alltag

2) Kriterien der Hyperaktivität und Impulsivität

- Ständige Unruhe in Händen und Füssen
- Mühe ruhig sitzen zu bleiben
- "Zappelphilipp" (innere Unruhe bei Erwachsenen)
- Schwierigkeit ruhig zu spielen
- "Innerlich wie von einem Motor angetrieben"
- Übermässiges Reden
- Antworten bevor Frage vollständig gestellt wurde
- Unmöglichkeit zu warten
- Störendes Verhalten gegenüber anderen

Somit werden folgende Formen der ADS unterschieden:

1. Das Vollbild: bei dem sowohl Symptome der Hyperaktivität als auch der Aufmerksamkeitsstörung vorliegen.
2. Die vorwiegende Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität
3. Die vorwiegende Hyperaktivitätsstörung mit Impulsivität ohne grosse Aufmerksamkeitsprobleme, dies vor allem bei Kleinkindern.

Nachfolgend möchte ich nun auf die einzelnen Problemkreise näher eintreten:

Aufmerksamkeitsstörung bzw. Unaufmerksamkeit und Desorganisation.

Die Betroffenen haben Schwierigkeiten, Arbeiten zu planen und zu organisieren. Sie sind nicht in der Lage, selbstständig Aktivitäten in Angriff zu nehmen oder diese zu Ende zu führen. Es fällt ihnen schwer, Anordnungen durchzuführen oder sich unterzuordnen. Ihre Zeit können sie schlecht einteilen, Arbeiten werden gerne auf den letzten Moment hinausgeschoben, was jeweils zu Unpünktlichkeit führt. Häufig sind schwer erklärbare Arbeitsplatzverluste oder bei Jüngeren häufiger Wechsel der Lehrstelle oder Studienrichtung typisch. Bei Berufstätigen verstreichen Termine, die sogar existenzbedrohende finanzielle Folgen haben können, ohne dass sich der Antrieb einstellt, endlich den geforderten Arbeitsbeitrag zu liefern.

Oppositionelles Verhalten ist nicht selten anzutreffen. Sie sind vergesslich, machen Flüchtigkeitsfehler, halten Arbeiten und Tätigkeiten, die Konzentration erfordern, nicht durch. Sie sind ablenkbar, verlieren häufig Gegenstände, haben gehäuft Unfälle verschiedenster Art. Oft wirken sie geistesabwesend, sind unaufmerksam, geben sich Tagträumereien hin, in Gesprächen sind sie häufig nicht zu bremsen oder wechseln ständig das Thema bzw sprechen nur in halben Sätzen. Oftmals ist das Kurzzeitgedächtnis gestört.

Anhand folgender Bilder möchte ich Ihnen das soeben Gesagte noch etwas besser veranschaulichen :



Der Schreibtisch dieses jungen Mannes ist übersät mit Papieren, an seinem Gesichtsausdruck können wir erkennen, dass er wohl den Ueberblick verloren hat. Die Uhr hinter ihm zeigt 5 vor 12 ,dh es wäre höchste Zeit, dass er mit seiner Arbeit vorankommt, ansonsten er Gefahr läuft, den für die Arbeit festgesetzten Termin nicht einhalten zu können.

Diese junge Frau ist völlig in Gedanken versunken, bzw in ihren Tagträumen, vielleicht an einem Strand der Karibik ?, dabei kocht das Wasser und wahrscheinlich warten noch weitere Hausarbeiten auf sie.

Hyperaktivität

Die Hyperaktivität bzw die motorische Unruhe des Kindesalters verschwindet häufig im Erwachsenenalter, während die anderen Symptome weiterbestehen. Trotzdem bleibt ein Teil der Patienten motorisch unruhig, angespannt und sind so häufig unfähig zur Entspannung. Sie sind für ruhige Aktivitäten unfähig, sind schnell gelangweilt, brauchen ständig Anregung und Betrieb. Entsprechend werden Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt

werden, selten über eine angemessene Zeit beibehalten. Das Schlafbedürfnis kann sehr unterschiedlich sein, zum Teil kommen sie mit sehr wenig Schlaf aus, aber auch das andere Extrem kann beobachtet werden.

Impulsivität

Die Patienten neigen zu unüberlegten Handlungen auf verschiedenen Gebieten, auch zu gefährlichen Aktionen ohne Rücksicht auf allfällige Konsequenzen. Sie reagieren unüberlegt, oft unerwartet auf äussere Situationen. Sie können sich nicht beherrschen und ihre Handlungen kontrollieren, dies besonders unter Alkoholeinfluss. Auf Kritik reagieren diese Menschen mit Kränkung, Zorn und sogar Streit und sie haben Mühe, dieses explosive Verhalten unter ihre Kontrolle zu bringen.



Diese Mutter ist sichtlich überfordert, kann ihre Impulsivität nicht unter Kontrolle bringen und da sie gerade einen Kochlöffel in der Hand hält, können wir uns vorstellen, dass sie mit diesem auf eines ihrer Kinder, das vielleicht ebenfalls eine ADS aufweist!, losgehen wird, um anschliessend von starken Schuldgefühlen geplagt zu werden.

Das Geschlecht des Betroffenen ist natürlich wesentlich. Die Erwartungen an das Verhalten eines Menschen richten sich durchaus danach, ob er männlich oder weiblich ist. Wenn also ein Mensch mit motorischer Unruhe und zusätzlicher Impulsivität ein Mann ist, wird man ihm dies eher nachsehen als einer Frau, bei der alle den Kopf schütteln und sagen, sie würde sich unangemessen verhalten. Um überhaupt richtig diagnostiziert zu werden, scheint es jedoch von Vorteil zu sein, sich auffällig zu verhalten. Menschen mit einer Symptomatik aus dem Bereich der Unaufmerksamkeit haben viel grössere Probleme, mit ihren Beschwerden überhaupt ernst genommen zu werden.

Emotionale Instabilität

Die Patienten haben häufig einen raschen Stimmungswechsel, dh himmelhoch-jauchend, zu Tode betrübt! Depressive Verstimmungen werden durch eine euphorische Stimmungslage abgewechselt, Wut und Aggressivität können rasch in tiefe Traurigkeit und Selbstmitleid umkippen. Typischerweise führen kleine Anlässe zu solch abrupten Wechseln und die affektive Reaktionen führen zu sozialen Schwierigkeiten, sei es in der



Familie aber auch am Arbeitsplatz. Ein zunehmend sozialer Rückzug ist nicht selten anzutreffen. Mit zunehmendem Alter herrschen depressive Symptome vor, oft als Leeregefühl, Antriebslosigkeit und affektive Verarmung geschildert.

Die ADS ist häufig mit Begleiterkrankungen kombiniert, es handelt sich dabei vor allem um Depressionen, manisch – depressive Störung, Angst- und Zwangsstörungen. Dies sind meist echte Kombinationen von zwei oder mehr Krankheitsbildern und nicht eine Vortäuschung von ADS - Symptomen durch andere psychiatrische Erkrankungen oder umgekehrt. Bedingt durch die Stimmungslabilität besteht ein erheblicher Risikofaktor für Suchtmittelmissbrauch, sei es mittels Alkohol oder bei jungen Menschen durch Cannabis.

In meiner Praxis gibt es prinzipiell vier verschiedene Gruppen von Patienten mit einer ADS, die ärztliche Hilfe brauchen. Zwei Gruppen kommen bereits mit der selbstgestellten Verdachtsdiagnose „ADS“:

In der 1. Gruppe handelt es sich vorwiegend um Männer, die meist nach der Lektüre von Informationen aus dem Internet um Hilfe suchen, da sie schon lange unter ausgeprägten Konzentrations- und Arbeitsstörungen leiden.

Die 2. Gruppe besteht aus Eltern, die häufig schon diagnostizierte Kinder haben. Die Beschäftigung mit deren Krankheitsbild führt bei ihnen zur Erkenntnis, selbst betroffen zu sein. In der 3. Gruppe finden sich unaufmerksame Frauen und Männer, die niemanden belästigen, jedoch selbst zT massiv unter Problemen, wie häufigen Stimmungsschwankungen und Antriebsstörungen leiden, fehldiagnostiziert sind und somit ohne spezifische Therapie bleiben. Die häufig geäußerte Klage, ein Leben wie im Nebel zu führen, wird von der Umgebung als Zeichen gewertet, sich nicht beteiligen zu wollen. Meistens muss diese vorwiegend depressive Verstimmung eines Menschen sehr ausgeprägt sein, damit ihnen vom Hausarzt zu einer psychotherapeutischen bzw. psychopharmakologischen Behandlung geraten wird.

Die 4. Gruppe setzt sich aus Menschen mit ausgeprägten impulsiven Verhaltensweisen und starker Hyperaktivität zusammen, sie werden wahrgenommen als Personen, die dringend Hilfe benötigen.

Damit bin ich eigentlich auch schon mitten in der Diskussion der Diagnostik: Wie kann man bei Erwachsenen herausfinden, ob sie an einer ADS leiden? Eine Antwort, die Sicherheit verspricht, lässt sich nicht geben, in den meisten Fällen gelingt es jedoch, mit grosser Wahrscheinlichkeit, zu einer Diagnose zu kommen. Bei der Erhebung der Krankengeschichte kommt der Beurteilung und der Schilderung der Symptome ein grosses Gewicht zu. Entscheidend ist natürlich der Nachweis vom Beginn der Symptome in der Kindheit, wobei dies in der Regel bei betroffenen Männern viel leichter fällt als bei Frauen. Mädchen wurden und werden ja auch heute noch viel seltener diagnostiziert, da sie in der Regel nicht stark verhaltensmässig auffallen. Ihre Leiden werden von der Umwelt nicht wahrgenommen oder dann falsch interpretiert.

Es ist nicht das Symptom als solches, das zur Diagnose führt, sondern das Ausmass der Beschwerden, welches zur Diagnose führen sollte. Gerade dieser Aspekt erscheint besonders wichtig, wenn man bedenkt, dass praktisch jedes Symptom auch bei anderen psychischen Störungen vorkommen kann.

Beim diagnostischen Puzzle ist es entscheidend, dass der erfahrene Arzt oder Psychologe aus der Schilderung der Beschwerden heraushört, ob das Ausmass der geklagten Symptome sich in seiner vermuteten Diagnose tatsächlich unterbringen lässt. Eine wichtige Unterscheidung zu anderen psychischen Erkrankungen ist zum Beispiel die Art der Depression. Bei ADS-Betroffenen kann sich dieser Zustand schnell einstellen, aber auch schnell wieder aufhören, wie ich bereits erwähnte. Gerade diese Uneinschätzbarkeit der Stimmungslage stellt eine Hauptklage der Patienten dar. Der unvorhersehbare Wechsel von Stimmungen führt zu einer Herabsetzung des Selbstwertgefühls, weil der Betroffene von sich den Eindruck gewinnt, vollkommen labil zu sein. Aus diesem Grund stellen sich weitere Probleme im sozialen Bereich ein, die Stimmungsschwankungen sind häufig eine Hauptursache für einen Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben.

Das Selbstvertrauen der meisten Betroffenen ist durch die vielen jahrelang erduldeten negativen Erfahrungen nicht ausreichend stabil, oft verstehen sie ihre Versäumnisse selbst nicht mehr und je länger dieser Zustand andauert, um so weniger trauen sie sich noch selbst zu. Obwohl viel weniger häufig haben auch Erwachsene noch Probleme mit der motorischen Hyperaktivität. Natürlich klettern sie nicht mehr über Stühle und Bänke, sie haben jedoch Mühe, längere Zeit stillzusitzen, erscheinen angespannt oder zapplig, trommeln mit den Fingern ständig auf der Tischplatte oder zeigen ständig sich wiederholende Fussbewegungen. Viele berichten von einer ständigen inneren Unruhe geplagt zu sein; viele Betroffene fühlen sich nur dann wohl, wenn sie sich ständig körperlich betätigen, sie gehen nicht langsam spazieren, sondern sind stets schnellen Schrittes unterwegs. Eine extreme Qual stellt etwa eine durch Krankheit erzwungene Bettruhe dar und als sehr unangenehm werden Langstreckenflüge empfunden.

Die Lebenssituation junger Erwachsener mit überwiegend hyperaktivem und impulsivem Verhalten ist dadurch geprägt, dass sie in ihrer Zeit- und Lebensplanung wenig Ueberblick haben. Sie sind nicht in der Lage, eine Arbeit rechtzeitig zu planen, den notwendigen Arbeitseinsatz und Zeitaufwand zu erbringen, so dass sie im ständigen Chaos leben, weil sie nie eine Aufgabe in Ruhe erledigen können. Noch bevor eine Aufgabe zu Ende geführt ist, muss die nächste unbedingt begonnen werden, und so türmen sich schliesslich Stapel von unerledigten Aufgaben.

Bei den älteren Erwachsenen steht eher im Vordergrund, dass die innere Unruhe sie daran hindert, eine Aufgabe anzufangen und die notwendige Konzentration bis zur Beendigung aufrechtzuhalten. Die Reizoffenheit kann so ausgeprägt sein, dass Betroffene nur dann arbeitsfähig sind, wenn sie wissen, dass niemand in ihrer Nähe ist, der sie stören könnte. Dazu reicht es, dass zB ausser ihnen noch jemand irgendwo im Hause ist. Ausnahme von dieser Situation ist stets eine Arbeit, die hochinteressant ist und deshalb unter grossem Kraftaufwand betrieben wird, wobei Aufwand und Ergebnis nicht immer zusammen passen. Die Angst vor dem nächsten mühsamen Start lässt die Betroffenen übermässig lang arbeiten, wenn sie fühlen, dass sie sich nun gerade gut in eine Aufgabe eingearbeitet haben.

Bei den unaufmerksamen jungen Erwachsenen steht das Missverhältnis von Anstrengung und Leistung ganz im Vordergrund. Sie fühlen, dass es ihnen gelegentlich möglich ist, gute Ergebnisse zu produzieren, jedoch lange nicht immer, so dass sie selbst über ihre dummen Flüchtigkeitsfehler erschrecken und sich bei der häufigen Wiederholung solcher Situationen selbst nichts mehr zutrauen.

Sehr typisch sind Erwachsene, die ohne eigentliche Leseschwierigkeiten nicht in der Lage sind, einen längeren Text zu lesen und zu verstehen, weil sie sich dabei nicht länger konzentrieren können. So lesen sie in der Regel nie ein Buch zu Ende. Sie berichten überdies über häufiges Tagträumen und ein eigentliches Ausklinken. Beispielhaft dazu ist der folgende Patient: Bei der Erhebung der Lebensgeschichte hatte ich anfangs immer das Gefühl, er sei wie nicht anwesend. Später - unter erfolgreicher Medikation - bestätigte er mir, dass dies stimme und er während unseren ersten Gesprächen unbeabsichtigt rasch in Gedanken in einen gerade aktuellen „Action“ - Film abgedriftet sei.

Die übermässige Erschöpfbarkeit, die nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder betrifft, spielt bei der Lebensbewältigung eine grosse Rolle. Viele gerade unaufmerksame Betroffene berichten von einem Gefühl des Ausgelaugtseins, von der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch mangelnde geistige und körperliche Kraftreserven. Sie können auch nach genügend Schlaf nicht mit dem nötigen Elan an eine Arbeit gehen, weil sie sich schon am frühen Morgen viel zu erschöpft fühlen. So kommt es, dass viele an ihrem Arbeitsplatz zwar körperlich anwesend sind, sich jedoch nicht der gestellten Aufgabe gewachsen fühlen.

In Bezug auf Aggressivität und Impulsivität ist es wichtig zu wissen, dass es sich bei diesen Patienten um Menschen handelt, die nicht in der Lage sind aergerliche Reize auszublenden. Sie schildern meist eine schnell aufsteigende Wut, die sich dann in einer Explosion von Zorn äussert, auf welche die Umgebung ob dieser Ausbrüche mit Unverständnis reagiert. Frauen haben als Mütter enorme Schuldgefühle, weil sie merken, dass ihre Kinder derartige Kontrollverluste provozieren können, denen sie dann hilflos ausgeliefert sind. Aber auch Männer

werden durch die mangelhafte Beherrschung der Selbstkontrolle und als Folge dessen wegen tätlichen Auseinandersetzungen, sei es am Arbeitsplatz oder auch zu Hause, im Nachhinein von massiven Schuldgefühlen geplagt.

Ich hoffe, ich habe Sie bisher durch die wiederholte Beschreibung der Symptome nicht unnötig gelangweilt. Es war meine Absicht, Ihnen zu zeigen, wie vielfältig das Krankheitsbild der ADS ist und wie wichtig es ist, eine genaue Erfragung der Symptome vorzunehmen. In den meisten Fällen ist eine ausführliche Familienanamnese, dh ein Stammbaum bezüglich psychischer Krankheiten in der Familie zusätzlich sehr aussagekräftig. Ausserdem verwende ich verschiedene Fragebögen, die für die Diagnosestellung sehr hilfreich sein können. Auch ein Intelligenztest gehört nicht selten zur Abklärung, wie auch Fragen nach Teilleistungsstörungen in Form von Lese-Rechtschreibschwäche oder einer Rechenstörung. Andere psychische Erkrankungen müssen natürlich immer ausgeschlossen werden.

Voraussetzung für die Diagnose ist immer der Beginn im früheren Kindesalter, die Chronizität und Persistenz der Symptome über lange Zeit.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass all die erwähnten ADS Symptome zwar allein unspezifisch sein können, jedoch in ihrer Wertigkeit und Ausprägung und den dadurch hervorgerufenen Folgeerscheinungen zu beurteilen sind. Wie bei jeder relevanten Störung finden sich bei der ADS die beschriebenen Symptome ausserhalb normaler Grenzen und haben zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität geführt. Da sich viele Erwachsene mit der Zeit kompensatorische Verhaltensweisen angeeignet haben, ist es wichtig, die dafür verantwortliche Grundstörung herauszuarbeiten. Einigen Betroffenen gelingt es gut, ein Leben in geordneter Fassade zu führen, wobei sie sich in ihrem Temperament stark zügeln und ein nach aussen sehr angepasstes Leben führen. Sie erfüllen weitgehend die Normen der Gesellschaft, haben jedoch grosse Probleme mit ihrem Selbstverständnis, da sie ihre erlebnishungrigen oder chaotischen Anteile schlecht in ihre Persönlichkeit integrieren können. Diese Menschen werden dann nach Hilfe suchen, wenn im Berufsleben ihre Sprunghaftigkeit oder übertriebene Begeisterungsfähigkeit dazu führt, dass sie nichts zu Ende führen können und daraus Misserfolge resultieren.

Für viele ADS-Betroffene ist die richtige Partnerwahl und die geeignete Berufslaufbahn entscheidend für die spätere Lebensqualität!

Nun zur Frage der Therapie:

Zuerst sollte die Therapiebedürftigkeit eines Patienten abgeklärt werden. Die nachfolgenden Punkte wurden mir freundlicherweise von Frau Dr.J. Krause aus München zur Verfügung gestellt und verlangen in der Regel eine adaequate Behandlung:

1. Drohender Verlust des Arbeitsplatzes
2. Angst wegen innerer Unruhe verrückt zu werden
3. Tiefe Depression, extreme Antriebslosigkeit
4. Ständig gespannte Aegerlichkeit, die zu gesellschaftlicher Isolation führt.
5. Dauerhafte motorische Unruhe
6. Uebermässiger Alkohol- und Nikotinkonsum und /oder Cannabis.
7. Verlust der Fähigkeit, das Alltagsleben zu organisieren.
8. Das Gefühl allen Geräuschen ausgeliefert zu sein.
9. Extreme Sensationslust, die zur Selbstgefährdung führt.
10. Permanente Angst, keinen Durchblick mehr zu haben oder unter abrupem Abbruch der Konzentration zu leiden.

Die Therapie der ADS im Erwachsenenalter besteht wie bei Kindern meist in einer medikamentösen Basisbehandlung, begleitet von einer eingehenden Aufklärung des Patienten über sein Krankheitsbild sowie tiefenpsychologisch orientierte psychotherapeutische Massnahmen, vor allem wegen der oft gravierenden Selbstwertproblematik. Als sehr hilfreich erweist sich auch eine Verhaltenstherapie im Sinne eines „coaching“, da eine verbesserte Selbstorganisation ein wesentliches Therapieziel darstellt.

Als Mittel der ersten Wahl bei der ADS hat sich auch im Erwachsenenalter die Stimulanzien-therapie bewährt. Während die Behandlung mit Stimulanzien bei Kindern mit ADS bereits 1937 beschrieben wurde, datieren erste günstige Erfahrungsberichte über diese Therapie bei Erwachsenen mit ADS erst aus den 70-er Jahren von P. Wender, einem der Pioniere der ADS – Forschung. In der Schweiz wird vor allem das Ritalin verwendet, bei $\frac{3}{4}$ der Betroffenen kann damit ein guter Effekt auf Unruhe, Aufmerksamkeitsdefizit, Impulsivität, depressive Verstimmung und Irritabilität nachgewiesen werden. Jede Therapie muss massgeschneidert werden. Eine Suchtgefahr durch Ritalin bei der therapeutischen Verwendung bei der ADS besteht nicht, obwohl dies immer wieder fälschlich behauptet wird. Im weiteren kommen verschiedene antidepressiv wirkende Medikamente zur Anwendung bzw. Kombinationen von Medikamenten.

Es interessiert Sie wahrscheinlich, warum und weshalb das Ritalin wirkt. Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass es sich bei der ADS um eine verminderte Aktivität im Frontalhirnbereich handelt. Diese verminderte Aktivität ist bedingt durch einen relativen Dopaminmangel. Dopamin ist einer von vielen Botenstoffen, die Nervenimpulse weiterleiten und so die Verarbeitung von Informationen steuern. Das Frontalhirn regelt ua die Fähigkeit zur Selbstkontrolle und die Aufmerksamkeit. Ritalin bzw andere Stimulanzien greifen hier ein und helfen, das Dopamin-Defizit auszugleichen. Die Antidepressiva wirken auf andere Botenstoffe und zwar auf Serotonin und Noradrenalin, welche bei der ADS beim Vorliegen einer depressiven Symptomatik ebenfalls vermindert sind.

Der erste Schritt auf dem Weg zu einer erfolgreichen Therapie ist die Einsicht, dass ein Problem in der Lebensbewältigung vorhanden ist. Die Mithilfe des Patienten ist unerlässlich, dh der Wille zur Veränderung der Situation muss gegeben sein. Eine Therapie kann nur auf dem Boden von gegenseitigem Vertrauen stattfinden, der Weg ist manchmal harzig, es braucht Geduld und nochmals Geduld von Seiten des betroffenen Patienten, seiner nächsten Umgebung und auch, warum soll ich es nicht sagen, von der Therapeutin.

Ich selbst versuche - wenn immer möglich - mit den positiven Ressourcen, die Patienten mit ADS mitbringen, zu arbeiten. Ich denke dabei vor allem an die spontane Hilfsbereitschaft und Fürsorglichkeit, die interessierte Offenheit, die Naturliebe, der ausgeprägte Gerechtigkeits-sinn und der oft vorhandene besondere Charme, sowie die Fähigkeit verzeihen zu können und nicht nachtragend zu sein. Häufig sind betroffene ADS-Patienten zudem überdurchschnittlich intelligent und zeigen eine Fähigkeit zu assoziativem Denken und last not least sind darunter viele sehr kreative Menschen mit künstlerischen und anderen Begabungen.