

Schicksalspsychologische Überlegungen zum ADHS

(Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörungen)

Ines Grämiger, 2006

Im Folgenden beziehe ich mich auf einen Artikel von Ulrich Preuss: „ADHS bei Erwachsenen - Diagnose und Behandlung von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen“ in ARS MEDICI Nr. 11, 2005, (S. 506 f.)

1. KURZE AUSZÜGE AUS DEM ARTIKEL:

„Geschichte der ADHS

Die Symptome der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen sind unter verschiedenen Begriffen schon lange beschrieben worden. Shakespeare skizziert zum Beispiel in ‚Heinrich VIII.‘ eine Problematik, die als ADHS identifiziert werden könnte.

William James (1890) beschrieb die Charakterstörung ‚des explosiven Willens‘, die der ADHS entsprechen könnte. ...

In den Fünfziger- und Sechzigerjahren des letzten Jahrhunderts kam es zu einer Veränderung der Einschätzung, sie entwickelte sich weg von einer frühen Hirnschädigung, hin zu einer Auffassung einer Störung mit schlechter Impulssteuerung, einer Hyperaktivität, die dann als hyperkinetische Impulsstörung bezeichnet wurde. Nach dem Ende einer Phase, in der der Begriff der ‚hyperaktiven Reaktion‘ im Sinne psychoanalytischer Konzepte dominierte, kam es zur Begriffsbildung des ADD (Attention Deficit Disorder) im DSM-III, das im DSM-III-R zum ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) revidiert wurde. Mehrheitlich wird ADHS als neurobiologisch bedingte Störung des Verhaltens angesehen. ...

ADHS von Erwachsenen wird als ätiologischer Risikofaktor für die Kinder angesehen. Die vermutlich genetisch bedingte Häufung von ADHS-Symptomen in der Familie kann als gesichert gelten. Weiterhin ist bekannt, dass das elterliche Wissen und die Anerkennung der Problematik eine entscheidende Rolle bei der Aufnahme der Behandlung mit ADHS spielt. Aus diesem Grund ist die Informationsvermittlung an die Eltern von besonderer Bedeutung. Es kann jedoch auch sein, dass die Eltern wegen ihrer eigenen Symptome nicht unbedingt positiv gegenüber einer Behandlung ihres Kindes eingestellt sind. Aus diesem Grund ist zu empfehlen, bei der Behandlung von ADHS bei Kindern auch eine Diagnostik bei den Eltern vorzunehmen und diese gegebenenfalls je nach Schweregrad ebenfalls zu behandeln. ...

ADHS-Diagnose im Erwachsenenalter

Gemäss DSM-IV müssen auch Erwachsene die Kriterien erfüllen. Es gibt bei vielen Erwachsenen Anzeichen von Hyperaktivität, die jedoch nicht mehr so deutlich ausgeprägt sind, während andere Symptome im Erwachsenenalter ohne bedeutende Remission seit der Kindheit bestehen können. Dies zeigt sich beispielsweise durch impulsives Verhalten oder auch durch Aufmerksamkeitsprobleme. Um Krankheitswert zu haben, müssen die Symptome der Aufmerksamkeitsstörung oder Impulsivität zur sozialen und beruflichen Funktionseinschränkung führen, und andere psychiatrische Störungen müssen ausgeschlossen sein.

Die Aufmerksamkeitsstörung kann mit der in *Tabelle 1* dargestellten Symptomliste erfasst werden: Die Impulsivität kann in ähnlicher Weise erfasst werden *Tabelle 2*.

Die Diagnose einer ADHS wird dann gestellt, wenn sechs oder mehr der Symptome jeder der beiden Subgruppen als häufig oder sehr häufig angegeben werden und innerhalb der letzten sechs Monate bestanden; einige Symptome der Aufmerksamkeitsstörung, der Impulsivität und Hyperaktivität schon in der Kindheit deutlich beobachtbar waren; einige der Symptome in zwei oder mehr Bereichen zu deutlichen Beeinträchtigungen führen; es einen klaren Beleg dafür gibt, dass eine klinisch signifikante Beeinträchtigung im sozialen, beruflichen oder im Ausbildungsbereich besteht; die Symptome nicht einer tief greifenden Entwicklungsstörung, einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung zuzuschreiben sind und nicht durch eine andere psychiatrische Erkrankung erklärt werden können (z.B. Angststörung, dissoziative Störung, Persönlichkeitsstörung oder affektive Störung). ...

| <p><i>Tabelle 1:</i></p> <p>Symptomliste Aufmerksamkeitsstörung</p> | <p><i>Tabelle 2</i></p> <p>Symptomliste Impulsivität</p> |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ist nicht angemessen aufmerksam und macht Flüchtigkeitsfehler • Hat Schwierigkeiten, bei Aufgaben, aufmerksam zu sein • Hat Schwierigkeiten, verbalen Anweisungen zu folgen • Fängt Dinge an, aber beendet sie nicht • hat Schwierigkeiten, sich bei der Arbeit zu organisieren • Versucht Arbeiten zu vermeiden, die ein hohes Mass an Konzentration erfordern • Verlegt Dinge und hat Schwierigkeiten, sie wieder zu finden • Wird leicht durch andere Dinge abgelenkt • Ist vergesslich | <ul style="list-style-type: none"> • Fuchtelte mit den Händen herum oder kann die Füße nicht ruhig halten • Hat Schwierigkeiten, ruhig zu sitzen • Fühlt sich unruhig und aufgedreht • Hat Schwierigkeiten, Tätigkeiten ruhig durchzuführen • Ist immer in Aufbruchstimmung • Redet zu viel • Handelt, bevor die Dinge durchdacht sind • Ist schnell frustriert, wenn etwas abgewartet werden muss • Unterbricht die Gespräche anderer Leute |

Symptome der ADHS

Erwachsene mit ADHS fühlen sich häufig von Berufen angezogen, die spannend, lebhaft und manchmal sogar risikoreich sind. In vielen Fällen berichten sie über Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, die oft Kündigungen zur Folge hatten. Weiterhin resultieren daraus Finanzprobleme, Probleme in der Partnerschaft, eine allgemeine Unsicherheit und Schwierigkeiten in der Lebensführung. In der Jugend tritt häufig Risiko suchendes Verhalten auf, es werden riskante Sportarten bevorzugt, in vielen Fällen findet Suchtmittelmissbrauch statt. Die Freundschaften sind eher oberflächlich, dauern nur kurz, und auch die erste Beziehungsaufnahme zum anderen Geschlecht gestaltet sich konfliktreich, die Partnerschaft ist nicht von langer Dauer und oftmals für die Beteiligten enttäuschend. Die Berufsausbildung oder Studienzeit zeichnet sich durch Abbrüche aus, durch Orientierungslosigkeit, durch viele grosse Pläne, die dann doch nicht zu Ende geführt werden konnten, wenn es zu Prüfungen kommt und Beharrlichkeit zum Erreichen der Ziele notwendig ist. Im Bereich anderer Funktionen zeigen sich häufig rücksichtsloses, risikoreiches

Fahrverhalten mit den entsprechenden rechtlichen Folgen, in vielen Fällen gehäuften Probleme mit Ordnungsbehörden und vielen aufreibenden Konflikten mit anderen. Im Bereich sozialer Kontakte bestehen wenig stabile Beziehungen oder sogar soziale Isolation. Die Betroffenen engagieren sich in Freizeitaktivitäten mit hohem Anreizwert, die sie auch vollständig absorbieren können (z.B. riskante Sportarten, Leistungssport, Tätigkeiten am Computer). Weiterhin haben Erwachsene mit ADHS oft Schwierigkeiten bei der Bewerkstelligung ihrer Hausarbeit (Reinigen, Kochen, Kinderhüten etc.), und sie sind häufig als Eltern schnell von einfacheren Aufgaben mit ihren Kindern überfordert (z.B. die Schulsachen vorbereiten, das Kind pünktlich zur Schule losschicken oder von der Schule rechtzeitig abholen). Andere Symptome von Erwachsenen mit ADHS sind Streitsucht, schwache Leistungen am Arbeitsplatz, schnelles Ermüden und eine Neigung zu Selbstsucht. Sie sind leicht bei Tätigkeiten gelangweilt, sie haben eine niedrige Frustrationsschwelle und brausen schnell auf. Im Leistungsbereich zeigen sie ein eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis, sie können sich räumlich schlecht orientieren, und sie haben Schwierigkeiten, Anweisungen, Erklärungen, Anleitungen und andere Formen verbaler Instruktionen zu verstehen. Sie sind schnell demotiviert, in Beziehungen schnell desinteressiert, und sie neigen dazu, Konflikte in der Familie zu provozieren. Auch körperliche Übergriffe gegenüber Ehepartnern und Kindern können häufiger vorkommen.

Insgesamt sind sie mit ihrem Leben unzufrieden, fühlen sich überfordert und sehr oft von ihrer Umwelt nicht verstanden, sogar schlecht behandelt, und sie sind häufig hin und her gerissen zwischen einerseits einem Gefühl der Überwertigkeit der eigenen Person und andererseits einem Gefühl, durch das Leben und seine Umstände benachteiligt und überfordert zu sein. ...

Behandlung der ADHS

In vielen Fällen kann bei leichteren Formen mit einer Beratung und gegebenenfalls einer psychotherapeutischen Stützung mit einem Fokus auf Verhaltensverbesserung die Problematik angemessen behandelt werden. In den schwereren Fällen, und das sind die meisten Fälle in der Praxis, ist es jedoch erforderlich, hier in gleicher Weise wie bei Kindern medikamentös zu behandeln. Gemäss vorliegenden Studien können Hyperaktivitätsstörungen bei Erwachsenen mit Stimulanzien erfolgreich behandelt werden. ...

Medikamentensicherheit von Methylphenidat

Da Stimulanzien Betäubungsmittel sind, haben manche Ärztinnen und Ärzte Bedenken, diese Medikamente zu verschreiben und gerade auch Erwachsenen auszuhändigen, weil sie einen Suchtmittelmissbrauch befürchten. ...

Der Missbrauch von Stimulanzien findet meistens durch orale Einnahme statt, zum Teil wird Methylphenidat gemörsert und intranasal appliziert. Auch wird es missbräuchlich zusammen mit Exstasy und manchmal auch Kokain benutzt. Bevor also ein Stimulans verschrieben wird, sollte festgestellt werden, ob eine Suchtneigung oder eine Suchtmittelabhängigkeit bei dem Patienten besteht. Ein Urin-Screening sollte obligatorisch sein, des Weiteren die Befragung der Familienmitglieder; es ist auch zu prüfen, ob in der Familie Suchtprobleme bestehen und ob die betroffene Person Zugriff auf die Medikation haben könnte, die dem Betroffenen verschrieben werden soll. ...

Therapie mit Nicht-Stimulanzien

Atomoxetin ist ein neues Präparat aus der Gruppe der Antidepressiva, das zur Behandlung von ADHS entwickelt und in Studien geprüft wurde. Atomoxetin war das erste Präparat, das für die Behandlung von ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in den USA zugelassen wurde. Es konnte gezeigt werden, dass es effektiv bei der Reduzierung von ADHS-Symptomen bei Erwachsenen wirkt. Auch wenn der genaue Wirkmechanismus nicht bekannt ist, hemmt es selektiv die Wiederaufnahme von Noradrenalin im Gehirn. Dies erhöht das verfügbare Noradrenalin, bei dem davon ausgegangen wird, dass es zur Regulation der Impulskontrolle und der Aufmerksamkeit notwendig ist. ...

Schlussfolgerungen

Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen sind für Erwachsene in vielen Fällen ein bedeutsames medizinisches Problem. Zur Diagnosestellung sollten einerseits die Symptome in Kindesalter bekannt sein, und gleichzeitig sollten auch ein angemessener Leidensdruck und eine Behandlungsbereitschaft bestehen.“ (S. 506-512)

2. ALLGEMEINER KOMMENTAR (I. Grämiger)

Unter dem Titel „Geschichte der ADHS“ wird beschrieben, wie die Benennungen der Störung im Laufe der Zeit gewechselt haben, ebenso die Definitionen.

Was hier aber nicht erwähnt wurde, ist, dass das ADHS oder vor allem das ADS früher als POS (Psychoorganisches Syndrom) bezeichnet wurde. (Hermann Städteli, 1972) Der frühere, recht gebräuchliche Begriff des POS entspricht in etwa der Definition des ADS.

In der jetzigen Diagnose des ADHS hingegen wird eine Diagnose, welche früher eine alleinstehende, eigenständige Diagnose war, die der *Hyperaktivität*, als obligatorisch zum ADHS hinzugesellt.

Es scheint mir überhaupt, dass in diesem Begriff des ADHS Diagnosen, welche in früherer Zeit separat und als Differentialdiagnose bezeichnet wurden, alle subsummiert, das heisst auch leider in einen Topf geworfen wurden. Dass nun in dieser Definition und in dieser neuen diagnostischen Kategorie mindestens 5 Aspekte kombiniert wurden, erschwert natürlich heute die Diagnose. So gibt es sehr viele Psychotherapeuten, Ärzte, welche zwar das Aufmerksamkeitsdefizit, die hirnhysiologische Irritation und die Affektstörung feststellen können bei einem Patienten - aber nicht die beschriebene Hyperaktivität. Ebenso scheint mir sehr problematisch, dass in diesem Eigenschaftskatalog auch das häufig sehr schwankende Selbstgefühl, das Benachteiligungsgefühl und der Wechsel zu Überwertigkeitsvorstellungen erwähnt werden. Diese Eigenschaften gehören nämlich eher einem paranoiden Diagnoseteil an und sind meines Erachtens nicht obligatorisch für das ADHS, sondern stellen schon eine Kombination zweier Diagnosen dar.

Ebenso ist die Erwähnung von depressiven Zügen, reizbarer Unzufriedenheit eher schon einer Kombination mit depressiver Verarbeitung im epileptiformen Sinn zuzuordnen und nicht als obligatorisch für das ADHS anzusehen.

Meines Erachtens war es früher in der Diagnostik viel einfacher, als Kern des ADS die Störung der Impulssteuerung (ein Zusammenspiel von Affekten und hirnhysiologischen Irritationen) zu diagnostizieren, dann sekundär zu unterscheiden, ob diese Diagnose mit einem zweiten Aspekt, zum Beispiel der Hyperaktivität, gekoppelt war oder nicht.

Es zeigt sich immer wieder, dass in der *Geschichte der Differentialdiagnostik* früher abgegrenzte Differentialdiagnosen subsummiert werden in einen neueren, moderneren Begriff - was aber der Klarheit abträglich ist.

3. SCHICKSALSPSYCHOLOGISCHER KOMMENTAR

Im Folgenden werde ich den vorgestellten Artikel nach schicksalspsychologischen Gesichtspunkten analysieren und kommentieren, aber auch meine persönlichen diagnostischen Erfahrungen aus meiner über dreissig jährigen Praxis einbringen.

3.1. Das Kernsyndrom

Erhöhte Affektivität plus mangelnde Ich-Kontrolle (e -1, k↓)

Die starke epileptiforme Affektivität und Explosivität, welche hirnhysiologische Hintergründe hat, ist hier kombiniert mit einem Mangel an Kontrollfähigkeit des Ichs (k↓). Die Affektnatur ist hier sehr dominant und wird nicht ausgeglichen durch eine starke Ich-Kontrolle (z.B. wie es bei einer ebenfalls typischen Abwehr: der Abwehr des Zwanges gegen das Epileptiforme der Fall ist). Das heisst, die Störung entsteht nicht nur auf Grund des epileptiformen Schicksalskreises, sondern auch auf Grund der Ich-Schwäche, des Kontrollmangels. Bei dieser epileptiformen Prägung besteht keine oder nur eine mangelhafte Abwehrtätigkeit des Ichs gegenüber den Affekten, der Paroxysmalität. (e - > k, kein k -, k ± ->> e -)

Die epileptiforme Störbarkeit bewirkt den typischen Mangel an gesunder Spannungs- und Entspannungsfähigkeit, zeitigt die anfallsartige Affektstauung und die entsprechenden Explosionen in einem dreiphasigen Durchgang von Aufstauphase, Anfallsphase, Beruhigungsphase.

Therapeutisch gesehen ist deshalb ein von aussen kommender Rhythmus im Alltagsleben zu erlernen und der Alltag ruhig in guten Rhythmen zu gestalten, auch mit Hilfe von rhythmischen Therapiemethoden. Hinzu kommt nun aber auch noch die nötige Edukation des Ichs, der ichhaften Kontrollfähigkeit, da in diesem Fall die Ichabwehr innerdynamisch und innerpsychisch aufgebaut werden muss.

Arbeiten wir auch tiefenpsychologisch an dieser Störung, so ist es notwendig, die hinter der Störung liegende Affektivität in Form von *groben Affekten wie Wut, Hass, Neid, Zorn, Eifersucht bis zu Tötungsimpulsen* bewusst zu machen, diesen Impulsen ein ungefährliches Feld der Manifestation als Ventil anzubieten. Es hat sich in der Psychotherapie, vor allem in der schicksalsanalytisch orientierten Therapie, immer wieder gezeigt, dass dieser Ansatz, *die Wut und Affekte erzählbar und erlebbar zu machen, eine Besserung der Symptomatik zur Folge hatte.*

3.2. Kombinationen mit anderen diagnostischen Kategorien

a) ADS mit Hyperaktivität = ADHS (e -↑, k ↓ mit s +)

Wie im obigen Artikel erwähnt, gibt es nun ein ADS, welches (nicht obligatorisch) mit Hyperaktivität kombiniert ist.

Ich finde es äusserst wichtig, dass wir eine Diagnostik haben, *welche das Kernsyndrom mit oder ohne Hyperaktivität* als Zusatzdiagnose beschreibbar macht. Denn, im Gespräch mit verschiedenen Diagnostikern medizinischer oder therapeutischer Richtung, habe ich in diesem Punkt die Irritationen erlebt. Es gab sehr viele Klienten, welche deutlich unter dem Kernsyndrom gelitten haben, aber mitnichten eine Hyperaktivität an den Tag legten. Hier begann nun der Diskurs unter den Fachleuten, ob diese Diagnose überhaupt richtig wäre und welches die entsprechende Medikation wäre.

Hier kann die Schicksalsanalyse eventuell auch etwas Licht ins Dunkel bringen, da in ihrem System klar wird, dass sich das Kernsyndrom noch deutlich im epileptiformen Affekt-Bereich befindet (e -), während die Hyperaktivität aus einem anderen Triebbedürfnis, der Aggression, stammt (s +). Laut der Schicksalsanalyse wird es so deutlich, dass es sich beim ADHS um eine Kombination von Störungen aus zwei verschiedenen Triebbereichen in Kumulation handelt. Es wird auch deutlich, dass es eine Diagnose geben muss, welche nicht durch die zwei Triebbedürfnisse / Faktoren Aggression und Affekt bedingt ist, sondern nur durch die eine, die affektive Störung (e -).

Es zeigt sich aber immer wieder in der ganzen Psychopathologie und Diagnostik, dass gerade diese zwei Triebbedürfnisse: die des groben Affektes (e -) und der Aggression (s +) vermischt und vermengt werden - während sie in der Schicksalsanalyse unterschieden werden.

Daher scheint es mir dringlich, dass die Diagnose ADS vor allem für das Kernsyndrom zu brauchen ist, während ADHS schon eine Kombination darstellt. Und es ist wünschenswert, dass die Diagnose ADS auch ohne Hyperaktivität stellbar ist!

b) ADS mit Depression / Dysphorie (e -, k ↓ mit d +)

Im Artikel wird darauf hingewiesen, dass oft bei ADHS auch extreme Unzufriedenheit, Dysphorien vorliegen. Dabei handelt es sich um eine spezielle differentialdiagnostisch von der klassischen Depression abzugrenzende „epileptiforme Dysphorie“, welche aufgrund der latenten Wut entsteht und charakterisiert wird durch ihren anfallsartigen Charakter, ihr schubweises Auftreten und Verschwinden. Diese epileptiforme Dysphorie wiederum aber ist nicht obligatorisch für das ADS als Kernsyndrom. Es ist wieder eine fakultative Kombination mit einem weiteren, zusätzlichen Bedürfnis oder Triebbereich, dem der Stimmungsebene (e - mit d +). Demzufolge kann man wiederum eine Unterkategorie in der Diagnostik machen, ein ADS *mit* Dysphorien epileptiformer Art oder *ohne* Dysphorien epileptiformer Art unterscheiden.

c) ADS mit epileptiformem Kleben (e -, k ↓ mit d -)

Hierbei handelt es sich ebenfalls um eine recht häufig anzutreffende Kombination des Epileptiformen mit dem Anal-Retentiven, dem Bedürfnis nach „Zurückhalten“, welches als Krankheitsbild auch bei der Epilepsie auftaucht: das epileptiforme Kleben, die affektive Klebrigkeit, die Unfähigkeit zur raschen Umstellung etc. Auch diese Funktion des Klebenbleibens ist fakultativ beim ADS-Syndrom, kann auftreten oder nicht, sollte aber in einer Unterkategorie der Diagnose festgehalten werden.

d) ADS mit paranoiden Anteilen (e -, p -)

Es wird im besprochenen Artikel erwähnt, dass sich die Patienten oft von der Umwelt nicht verstanden, benachteiligt und schlecht behandelt fühlen, was in der Schicksalsanalyse als kleines Selbstgefühl oder als paranoides Benachteiligungsgefühl bezeichnet wird (p -). Die Patienten fühlen sich vom Selbstwertgefühl her gesehen klein, ohnmächtig gegenüber der mächtigen Welt, fühlen sich überfordert durch den Anspruch des Erwachsenseins, haben kindliche Regressionswünsche. Diese Kombination von Wut, Affekt mit schlechtem Selbstgefühl oder auch der Funktion der Projektion, nennt Szondi das **Epi-paranoid**. Dies ist eine sehr häufig anzutreffende Kombination zweier Bedürfniskreise. Hier wird, tiefenpsychologisch gesehen, die eigene Wut nach aussen projiziert und man selbst fühlt sich verfolgt von gefährlichen und nicht wohlmeinenden Menschen und Schicksalen.

Nach Erfahrung der Schicksalsanalyse ist dies eine häufige Kombination, welche aber nicht wie im Artikel beschrieben, mit plötzlichen Überwertigkeitsgefühlen (p +) wechseln muss, sondern auch chronifiziert sein kann.

e) ADS mit wechselhaftem Selbstgefühl (Wechsel von p - zu p +)

Dass das Selbstgefühl wechselt zwischen Ohnmacht (p -) und Überwertigkeit (p +) ist ebenfalls schon eine weitere Differentialdiagnostik, muss nicht obligatorisch sein, sondern stellt schon wieder ein Spezifikum dar.

Meines Erachtens ist es sehr wichtig, zu unterscheiden, ob das Selbstgefühl chronisch in der Ohnmachtsphase bleibt (wie unter Punkt d) oder ob plötzliche Überkompensationen mit Überwertigkeiten erfolgen, welcher mehr einer schizoiden Überkompensation und einer spiegelbildartigen Umdrehung entsprechen.

4. ADS UND BERUFE

Äusserst bemerkenswert ist, dass der Artikel auch Hinweise gibt auf Berufe, von welchen sich die ADS-Patienten angezogen fühlen: von spannenden, risikoreichen und lebhaften Berufen, von riskanten Sportarten etc. Dies entspricht haargenau den Forschungsergebnissen der Schicksalsanalyse, welche auf der Liste der epileptiformen

Berufe, welche latente Affektstauungen erfolgreich abbauen, auch die *Risikoberufe* und die *Spannungsberufe* aufführt.

Darüber hinaus aber erwähnt die Schicksalsanalyse noch weitere paroxysmale und epileptiforme Berufe, vor allem auch die *Verkehrsberufe* (welche das epileptiforme Ausreissen sozialisiert haben) oder die Berufe mit den *Elementen* (welche ein Analogon zu unseren Affekten mit dem dreiphasigen Durchlauf von Aufstau, Anfall und Beruhigung sowie mit der Polarität lebenserhaltend, helfend und tödlich sind).

Als Illustration ist im Anhang die Liste der typischen epileptiformen Berufe beigefügt, welche vor allem auch in einer Berufsberatung mit ADS-Patienten von äusserster Wichtigkeit sein könnten. Denn wie Leopold Szondi erwähnt, ist die *Berufswahl als Präventive und Heilweg gegen Krankheiten* (auch familiäre Belastungen) anzusehen.

Aus dem Kernsyndrom ersehen wir, dass bei der Berufswahl oder auch bei einer Hobbywahl oder Alltagsgestaltung einerseits die epileptiforme Affektstauung durch eine entsprechende Tätigkeit abgebaut sowie das Ich und die Kontrolle gestärkt werden sollte. Es ist aber dringlich nötig, dass man *beide* Faktoren / Triebbedürfnisse aufbaut und in die Manifestation in Form einer Tätigkeit bringt, nicht nur die eine.

Beispiel: so kann bei einer KV-Tätigkeit zwar die Ich-Kontrolle im Sinne einer Disziplinierung und Erlernung von Steuerung kreativ sein, aber das affektive Bedürfnis muss ebenfalls ausgelebt werden - damit es nicht zu einer Unterdrückung der Affekte durch die Ich-Kontrolle kommt, was nur die epileptiforme Somatisierung erhöhen würde. Hier müsste idealerweise eine Tätigkeit gefunden werden, welche Affekt (e -) mit Kontrolle (k) kombiniert. (Dies wäre z.B. der Fall bei sämtlichen Verkehrsberufen mit Einhaltung strenger Fahrpläne und Kontrollen.)

5. SCHRIFTPSYCHOLOGIE / GRAPHOLOGIE ALS WICHTIGES ZUSATZINDIZ FÜR ADS

Die Schriftpsychologie / Graphologie erwies sich in meiner über 35 jährigen Praxis als erstes, ökonomisch rationellstes und unaufwendigstes Instrument zur Ersterkennung des ADS oder POS heraus. Für den geübten Graphologen ist es schon auf den ersten Blick, ohne eine Totalanalyse der Handschrift, möglich, festzustellen, ob es sich um einen epileptiformen Schriftcharakter handelt. Der epileptiforme Schriftcharakter, welcher für ADS und POS typisch ist, stellt sich mit einem Mangel von Spannung und Entspannungsrhythmus dar (kann in der Analyse des Druckverlaufes mit 8-facher Vergrösserung unter einem Mikroskop rasch erkannt werden). Gemäss unserer Schulvorlage lernen wir die Norm, dass im Abstrich der Handschrift die Spannung zunehmen soll gegen den Körper hin, dass aber beim Aufstrich des Buchstabens eine Entspannung stattfinden sollte. Dieser Ablauf im motorischen Wechsel zwischen Spannung und Entspannung ist aber beim Epileptiformen gestört, zeigt sich meist als *Dauerverkrampfung und Daueranspannung*.

Die Schrift nämlich ist in hervorragendster Form eine Kombination zwischen *Charakter*, *Persönlichkeit* und *Affekten* sowie *Hirnphysiologie* und *Motorik*. Die Handschrift ist mithin nicht nur ein projektiver Test oder ein Ausdruckstest, sondern zeigt auch hirneurophysiologische und *neurowissenschaftliche* Aspekte der Person. Diese

Kombination von Persönlichkeitsausdruck und Hirnfunktionen ist einmalig in einem Testverfahren.

Die Handschrift zeigt sowohl die Affektstauungen wie die Affektabläufe, die Tendenz zu Jähzorn, Wutbereitschaft aber auch die hirnphysiologisch mitbedingten motorischen Abläufe. Dieser einmalige, *Tiefenpsychologie mit Hirnphysiologie* verbindende „Test“ (die Handschrift) müsste unbedingt in die Diagnostik der ADS einbezogen werden, vor allem da die Handschrift tiefgehender ist als Symptomenlisten und Fragebogen, da sie nicht steuerbar ist auf der mikromotorischen Ebene, vom Willen nicht beherrschbar ist.

Die Handschriftanalyse wäre aber auch als *differentialdiagnostisches Unterscheidungsmittel* zwischen epileptiformer Störung und hysteriformer Angststörung eine ausgezeichnete Hilfe, da beide Teile sehr gut in der Schrift sichtbar und unterscheidbar sind.

6. DER SZONDI-TEST IN DER DIAGNOSTIK DES ADS

Der vom Tiefenpsychologen und Arzt Leopold Szondi erschaffene „Szondi-Test“, der bewährte Test der Schicksalsanalyse, ist ebenso ein Hilfsmittel zur Feststellung von epileptiformen Störungen, deren eine das ADS / POS sein kann.

Der Szondi-Test diagnostiziert epileptiforme Störungen aufgrund von ausführlichen Listen von Syndromen, einer ausgefeilten Syndromatik - auf welche ich hier nicht im Ganzen eingehen will. (Es sei hierzu hingewiesen auf das „Manual zum Szondi-Test“ von I. Grämiger, Zürich, 2005)

Im Folgenden werde ich für „Szondianer“ nur erwähnen, wie die von mir unter 3.2 postulierten Kombinationen des ADS mit anderen diagnostischen Kategorien, festgestellt werden können.

Das Kernsyndrom des ADS ist erkennbar durch die Affektstörung und die mangelnde Ich-Kontrolle:

| | |
|---|---------|
| e - und epil. Syndrome k ↓ | (= ADS) |
|---|---------|

a) 1. Kombination:

Das obige Kernsyndrom ist kombiniert mit **Hyperaktivität / Aggressivität** (mit **s +!**)

Dies entspricht dem ADS Kernsyndrom welches wirklich jetzt kombiniert ist mit der Hyperaktivität (s +!) und mithin der Definition des ADHS entspricht (e -, k↓, mit s +!).

b) 2. Kombination:

Das obige Kernsyndrom ist kombiniert mit **Dysphorie / Depression** (mit **d +**)

Dies entspricht einem ADS mit depressiver, düsterer Affektlage (und dürfte mit einem Kombinationspräparat von Antiepileptika und Antidepressiva aufhellbar sein.) (e - k↓, d +)

c) 3. Kombination:

Das obige Kernsyndrom ist kombiniert mit **epileptiformem Kleben** (d -)
(e - k↓ mit d -)

d) 4. Kombination:

Das obige Kernsyndrom ist kombiniert mit **Minderwertigkeitsgefühlen**, Benachteiligungsgefühlen, Ohnmacht und schlechtem Selbstgefühl (mit p -)
Hierbei handelt es sich um das typische **Epi-paranoid**. (e -, k ↓ mit p -)

e) 5. Kombination:

Das obige Kernsyndrom ist kombiniert mit einem **Wechsel im Selbstgefühl** (Minderwertigkeitsgefühl wechselnd mit Selbstüberschätzung) (e -, k↓ mit p - / p +)

Es scheint mir enorm wichtig, dass zum **Kernsyndrom** nur der **Affekt** und der **Kontrollverlust** (ADS = e -, k↓) gehören und dass sämtliche anderen Zusätze / Kombinationen mit anderen Reaktionen als *fakultativ* (als „Unterkategorien“) diagnostiziert werden - damit wieder eine **Klarheit** der Diagnose gewährleistet ist!

Literaturhinweis:

- Preuss Ulrich: ADHS bei Erwachsenen. Diagnose und Behandlung von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. In ARS MEDICI 11, 2005
- Städeli Hermann (Hrsg.): Die leichte frühkindliche Hirnschädigung, Huber, Bern, 1972
- Grämiger Ines: Kompendium der Schicksalsanalyse IV, Selbstverlag, Zürich, 2004
- Grämiger Ines: Lehrbuch der schicksalspsychologischen Graphologie Band IA und Band IB, Selbstverlag, Zürich, 2001
- Grämiger Ines: „Manual zum Szonditest“, Stiftung Szondi Institut, Zürich, 2005)

Abkürzungen:

| | |
|------|---|
| ↑ | : erhöht |
| ↓ | : erniedrigt |
| ...! | : bei Bedürfnis mit quantitativem Überdruck |
| > | : grösser als |
| < | : kleiner als |
| ->> | : gegen |
| = | : identisch mit |