Selbstwertwahrnehmung bei ADHS Erwachsener[1]

Heiner Lachenmeier
FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Affoltern am Albis, Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Summary

ADHD adults' perception of their self-esteem
Problems with self-esteem have proven to be a frequent and central issue for patients with ADHD. The responsible pathogenic mechanisms of ADHD are significantly different from other phenomenologically similar forms of affected self-esteem e.g. classic narcissistic disturbances. The takeover of external judgements and psychodynamic developments are involved as well as specific forms of seemingly logical but false conclusions by the ADHD-patient himself in respect to his worth. Furthermore, the nature and significance of negative hyper-focusing are discussed, including new conceptualisations from a clinical point of view. A number of specific ADHD-mechanisms were detected by integrating neurobiological factors and clinical observations. They are presented in combination with an adaptive model of ADHD, that contributes to the clinical understanding of ADHD-specific problems with self-esteem. Finally, corresponding general conclusions for the treatment of patients with ADHD are drawn.

Key words: ADHD; self-esteem; perception; adaptive model; negative hyperfocus; therapeutic basis of ADHD

Einleitung

Die Bezeichnung «Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung» ist missverständlich.

- Die beiden bestimmenden Merkmale sind nicht immer die wichtigsten, wohl aber die auffälligsten Symptombereiche.
- Der Name impliziert zu Unrecht ein Defizit der Aufmerksamkeitsfähigkeit. Bei gegebenem Interesse können sich ADHS-Betroffene jedoch überdurchschnittlich konzentrieren. Das zeigt das bekannte Phänomen des Hyperfokussierens, dem die Menschheit herausragende Leistungen verdankt [1], und das zugleich die Absenz eines grundsätzlichen Defizits der Fähigkeit illustriert (im Unterschied zum Aufmerksamkeitsdefizit z.B. bei unfallbedingtem Frontalhirnsyndrom).

Korrespondenz:
Heiner Lachenmeier, MD
FMH Psychiatrie & Psychotherapie
Zürichstrasse 49
CH-8910 Affoltern am Albis
hlachenmeier[at]hin.ch

Die Wahrnehmung der grundsätzlichen Gegebenheit der Konzentrationsfähigkeit ist für Behandelnde ebenso wichtig wie für Betroffene. Für Letztere umso mehr, als im Alltag häufig Schwierigkeiten bestehen, diese und gewisse andere Fähigkeiten abzurufen und deren Vorhandensein überhaupt wahrzunehmen. Folglich registrieren Betroffene und Umfeld meist nur das Defizit. Daraus resultiert eine grundsätzlich beeinträchtigte Wahrnehmung des Selbstwertes, mit einer allerdings deutlich anderen Funktionsweise als bei phänomenologisch ähnlichen Formen der Selbstwertproblematik, wie z.B. bei den klassisch narzisstischen Störungen.

Wird ausschliesslich auf die Symptome fokussiert, droht auch dem Arzt eine eingeschränkte Wahrnehmung, welche die Arzt-Patienten-Beziehung negativ beeinflusst. Beim Patienten kann dadurch eine Verstärkung der beobachtbaren Symptome ausgelöst werden, welche ihrerseits zur Fehldiagnose und Fehlbehandlung führt.

Werden mit dem Patienten die Einzelsymptome dagegen im funktionellen Zusammenhang verstanden, kommt es zu weniger Verzerrungen der Symptombereiche und zu höherer diagnostisch-therapeutischer Sicherheit. Es sei daran erinnert, dass der ICD-10 Kapitel V (F) leider nur der Einteilung direkt beobachtbarer Symptome in Kategorien dient (ohne Kausalitäten), und keine Krankheitslehre darstellt [2, 3]. Diese ausschliesslich (Negativ-) Symptom-bezogene Dimension sagt wenig über das Wesen von ADHS aus. In diesem Artikel soll dagegen der Versuch unternommen werden, die Selbstwertprobleme bei ADHS in einen nachvollziehbaren Zusammenhang zur Ätiologie und Pathogenese zu stellen. Neben bekannten Tatsachen werden Beobachtungen von Gesetzmässigkeiten sowie Konzeptualisierungen aus langjähriger Praxisforschung präsentiert. Diese Feststellungen sind nicht durch Studien belegt, werden aber zur Diskussion vorgelegt.

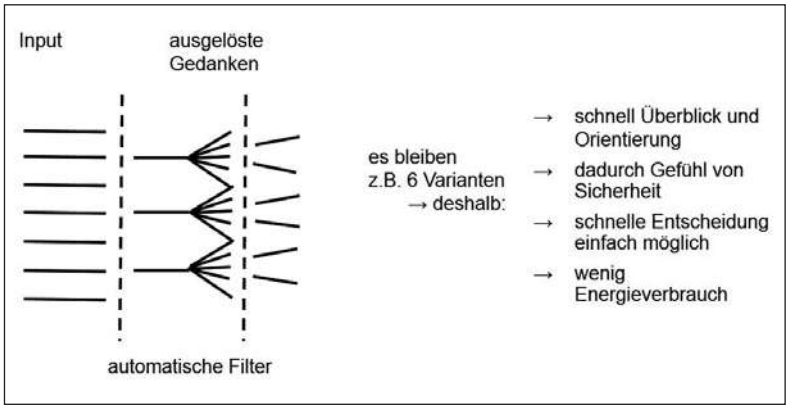
Praxisorientierte Modelle

Um die Gesetzmässigkeiten der funktionellen Abläufe der Selbstwertproblematik im klinischen Alltag nachvollziehen zu können, bedarf es der Kenntnis der zugrundeliegenden ADHS-Modelle.

Weitgehend gesichert liegt die *Ätiologie* in einer genetischen Varianz [4]. *Pathogenetisch* sind zahlreiche Faktoren und Mechanismen erkennbar.

1 Vortrag bei der Schweiz. Fachgesellschaft für ADHS, Mai 2013

Abbildung 1 Filtermodell: Bei Personen ohne ADHS erfüllt die automatische Filterung und Gewichtung der aufgenommenen Reize sowie der eigenen Gedanken eine Art Navigationsfunktion.

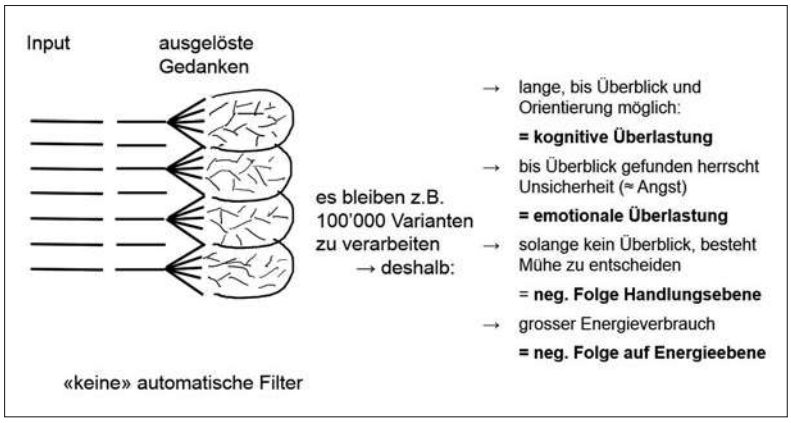


Filtermodell (inkl. Gewichtung)

Neurobiologisch stehen bei ADHS in bestimmten Bahnen und Zentren zu wenig Dopamin und Noradrenalin zur Verfügung. Dopamin unterdrückt dabei irrelevante Reize, während Noradrenalin relevante Reize verstärkt [5]. Die betroffenen Bereiche regeln die Aufnahme von Informationen, die Mobilisation gespeicherter Daten sowie deren Verarbeitung. Die hauptsächlichen Defizite liegen bei der Aufnahme und Verarbeitung von Informationen [6].

Dieser vereinfachte Überblick deckt nicht alle neurologischen Feinheiten ab, eignet sich aber hervorragend dafür, unerklärlich wirkende Phänomene logisch nachvollziehbar zu machen. Übersetzt man die neurobiologischen Verhältnisse konkret auf die Symptombildung sowie auf das subjektive Erleben, dann bedeutet das: Ohne ADHS werden sowohl die hereinkommenden Reize als auch die ausgelösten Gedanken und Assoziationen automatisch gewichtet und gefiltert. Bei Patienten mit ADHS ist dies nicht bzw. weniger der Fall. Die Bedeutung dieser neurobiologischen Grundlage zeigt sich durch deren Verknüpfung mit der Evaluation unzähliger Patientengespräche. Es liess sich folgendes Grundmuster identifizieren (bezogen auf das Erleben des Betroffenen) (Abb. 1 und 2).

Abbildung 2 Filtermodell: Bei Personen mit ADHS führt der reduzierte Filter zu einer quantitativen (kognitiven) Überlastung, mit negativen Folgen auf das emotionale Erleben, das Handeln und auf den Energieverbrauch.



Bereits dieses Grundmuster verdeutlicht, dass es der Wertwahrnehmung generell abträglich ist, wenn beispielsweise in banalen Situationen erlebt wird, wie «die anderen» schnell den Überblick haben, während der Betroffene selbst in einer als Nebel erlebten Unsicherheit mühsam die Orientierung sucht. Bildlich formuliert:

- ADHS-Betroffene verfügen im Gelände des Lebens zwar über eine detaillierte Karte, auf der jedoch weder der aktuelle Standort, noch das Ziel, geschweige denn der Weg gekennzeichnet ist, kurz, auf der sie keinen Überblick haben.
- Ohne ADHS steht eine Übersichtskarte mit Navi zur Verfügung. Es ist evident, dass auf diese Weise schneller die Orientierung gefunden werden kann.

Das heisst nicht, dass ADHS-Betroffene immer langsam wären. In Gebieten, mit denen sie sich eingehend beschäftigt haben, kennen sie quasi jede «Seitenstrasse», sie haben den Überblick sogar über die kleinsten Details gewonnen. Hier sind sie sehr schnell, manchmal schneller als gleich intelligente Nicht-ADHS-ler. Vergleichbar erfahrenen Taxichauffeuren. Lösungen werden nicht nur schneller gefunden, sondern oft gar neue Lösungswege entdeckt.

ADHS-ler sind demzufolge manchmal sehr schnell und kreativ, in anderen Situationen fallen sie massiv ab. Zusammengefasst:

- In gewissen Situationen «top», in anderen «flop».
- Erleben sich subjektiv als «Wackelkontakt». Wird der logisch nachvollziehbare Grund dafür nicht erkannt, drängt sich der Schluss auf «ich *bin* wenig wert».
- Je intelligenter (u.a. wegen grösserem Unterschied «top-flop»), desto eher wird dieser scheinbar logische, aber falsche Schluss gezogen. Es folgen quälende Selbstzweifel, trotz auch allfällig gegebener Spitzenleistungen.

Dieser pathogenetische Ablauf mit der teilweise daraus resultierenden Selbstwertproblematik gehört zur «Grundausstattung» bei ADHS. Oft werden Selbstzweifel unter einer betont sicheren Haltung versteckt und sind als Symptom kaum sichtbar. Trotzdem sind die daraus folgenden Probleme meist verheerender als andere, auffälligere Symptome. Wird der Zusammenhang verstanden, können Fehlinterpretationen oft erstaunlich schnell gelöst werden, und zu angemessenem Selbstbewusstsein führen. Verkürzt: «Meine Mühe aus der Menükarte zu wählen beruht auf der grösseren Datenmenge (alle Reize im Restaurant; ungebremste Gedanken, usw.), die ich für das Erlangen des Überblick verarbeiten muss. Ich bin vorübergehend im Nebel, andere haben freie Sicht. Trotzdem schaff ich es!»

Mit dem Filtermodell können zahlreiche der alltäglichen ADHS-Probleme nachvollzogen und neu eingeordnet werden.

Steuerungsmodell

Störungen der exekutiven Funktionen des präfrontalen Kortex und des Arbeitsgedächtnisses mit den typischen Behinderungen der Intention, Vorbereitung, Perzeption, Verschlüsselung der Reize und der Reaktion hierauf [7, 8] bilden etablierte Konzepte: Ein System, das für komplexe, zusammengesetzte Funktionen eine Steuerungszentrale propagiert, welche die Funktionen aktiviert. Bei ADHS ist

die Steuerungszentrale vermindert aktiv. Die Funktionen selbst sind normal vorhanden, nur deren Ansteuerung ist reduziert.

Abbildung 3 Steuerungsmodell: Bei ADHS ist die Steuerungszentrale reduziert aktiv, weswegen die normal vorhandenen Funktionen weniger gut angesteuert werden können (Ausnahme: Fokussierung auf als interessant empfundene Bereiche bedarf keiner speziellen Ansteuerung).

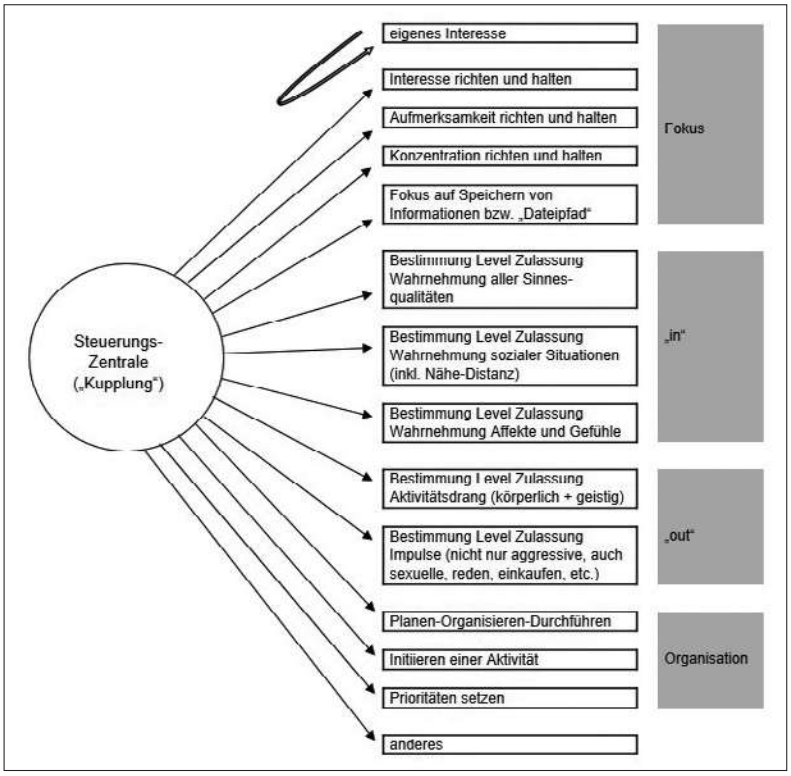
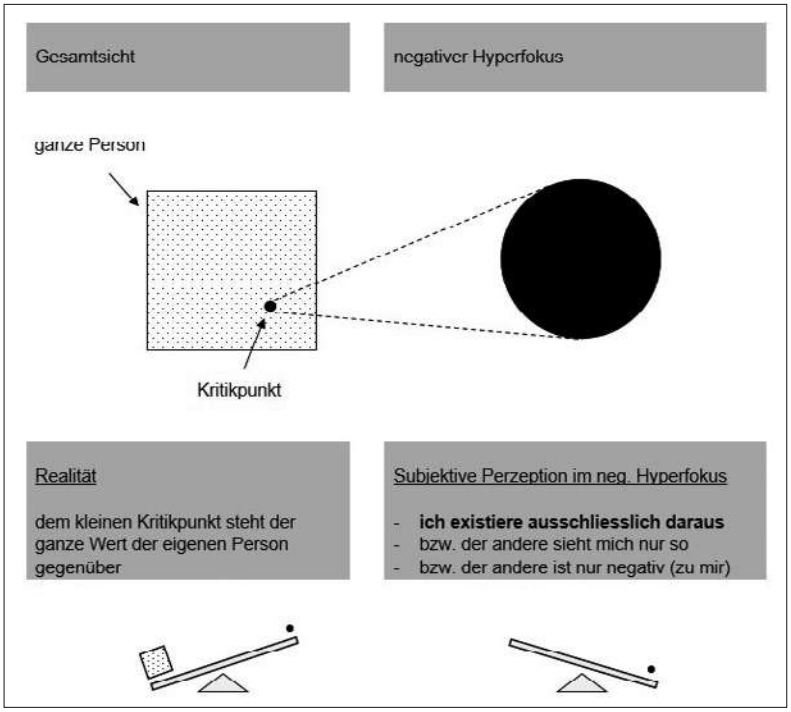


Abbildung 4 Negativer Hyperfokus: Im Zustand des negativen Hyperfokussierens wird der Inhalt des negativen Reizes nicht mehr durch die Gesamtheit der Situation (positive Anteile sowohl der Person des Betroffenen als auch des Umfeldes) relativiert.



Langjährige Beobachtungen legen nahe, dass neben exekutiven auch weitere Funktionen betroffen sind. Damit das Modell besser nachvollziehbar und für Patienten auf den Alltag übertragbar ist, wird folgende Darstellung vorgeschlagen (Abb. 3).

Hier sei nur ein Punkt herausgegriffen, der für die Wertproblematik grosse Bedeutung hat. Bei reduzierter Steuerung fliesst die Energie automatisch dorthin, wo es spannend ist. So kann bekanntlich nicht nur die hohe Ablenkbarkeit bei ADHS modellhaft erklärt werden, sondern auch das kreative Phänomen des positiven Hyperfokussierens mit überdurchschnittlicher Konzentrationsfähigkeit. Letzteres vermag die Selbstwertwahrnehmung durchaus zu stärken. Ungünstig ist dagegen die Tatsache, dass Hyperfokussieren auch bei negativen Reizen auftreten kann.

Der «Fluch» des negativen Hyperfokus: eingeengt und ungebremst

Zieht ein negativer Reiz, z.B. Kritik oder Enttäuschung, die Wahrnehmung auf sich, engt sich bei reduziert aktiver Steuerungszentrale die Aufmerksamkeit übermässig darauf ein. Es entsteht ein negativer Hyperfokus. Verheerend ist, dass das eingeengte Feld subjektiv als Ganzes empfunden wird, und innerhalb dieses Fokus Gedanken und Assoziationen ungebremst ausufern.

– Verstärkung (Radikalisierung) der situationsbezogenen Einschätzungen, Gefühle und Impulse (quantitative Verstärkung).
– Inhaltliche Veränderung möglich, wenn nur noch ein Teil der Lage wahrgenommen wird (qualitativ-inhaltliche Verzerrung).

Folglich nimmt im negativen Hyperfokus der Betroffen auch nicht mehr seine gesamte Persönlichkeit mit allen dazugehörigen Eigenschaften und Potenzen wahr. Der entsprechende Wert fällt quasi auf der Waage nicht mehr ins Gewicht, die kleinste reale oder vermutete Kritik (bzw. eigene Zweifel) kippt das Werteverhältnis (Abb. 4).

Selbstverständlich kann das Phänomen des negativen Hyperfokussierens bei allen Menschen auftreten, nur sind bei aktiver Steuerungszentrale deutlich stärkere Reize dafür notwendig als beim ADHS.

Ist ein ADHS-Betroffener in einem negativen Hyperfokus gefangen, bleiben subjektiv nur zwei Möglichkeiten:

– Entweder «Verteidigung bis aufs Blut» («kritikunfähig») mit der Vorstellung: Nur Entkräftung der Kritik garantiert Eigenwert.
– Oder Hinnahme der Kritik. Das bedeutet im vollständig negativen Hyperfokus «keinen Wert» (der wohl schlimmste mögliche Zustand). Sofortige Depressivität bis hin zu Suizidalität können resultieren.

Ein negativer Hyperfokus kann unzählige Male pro Tag ausgelöst werden, in unterschiedlichem Ausmass. Die Belastung ist gross, vom Energieverschleiss her und punkto Wertwahrnehmung bzw. Verunsicherung. Jedesmal werden quälende Selbstzweifel mobilisiert. Zudem bergen diese Situationen stets das Risiko impulsiv-eskalierender Konflikte. Im Hyperfokus sind nicht nur die situativ bedingten Gefühle verstärkt, sondern ebenso die entsprechenden Impulse. Auf-

grund reduzierter Hemmmechanismen [9] wird leicht ein impulsiveres Verhalten ausgelöst.

Der schnelle – und schnell auslösbare – Wechsel zwischen positiven und negativen Hyperfoci bedingt die bei ADHS bekannten starken Stimmungsschwankungen (cave Verwechslung mit bipolaren und Borderline-Störungen).

Negatives Hyperfokussieren ist eines der verheerendsten Phänomene im Leben von ADHS-Patienten. Immerhin ist es meist gut therapierbar, wenn auch mit erheblichem Aufwand. Der Patient muss zuerst lernen, negative Hyperfoci zu erkennen, um sodann die spezifischen Abläufe darin zu verstehen. Schliesslich muss er Methoden entwickeln sich daraus zu lösen, und diese intensiv üben. Parallel reduzieren Stimulanzien die leichte Auslösbarkeit negativer Hyperfoci.

Für das Verstehen und Behandeln von ADHS sind Kenntnisse im Umgang mit negativem Hyperfokussieren zentral. Es sei nochmals an das Beispiel der Kritikunfähigkeit im Modus des negativen Hyperfokus erinnert. Will der Arzt eine problematische Facette des ADHS-lers konfrontieren, ist er gefordert, kontinuierlich sicherzustellen, dass der Patient in Kontakt mit seinem Wert bleibt oder zumindest wahrnehmen kann, dass der Arzt seinen Wert achtet. Unter diesen Gesprächsbedingungen sind ADHS-ler sogar meist überdurchschnittlich kritikfähig. Ungünstige Verhaltensweisen können dann ohne Risiko direkt bearbeitet werden.

Überblick-Pathogenese der ADHS-Symptomatologie

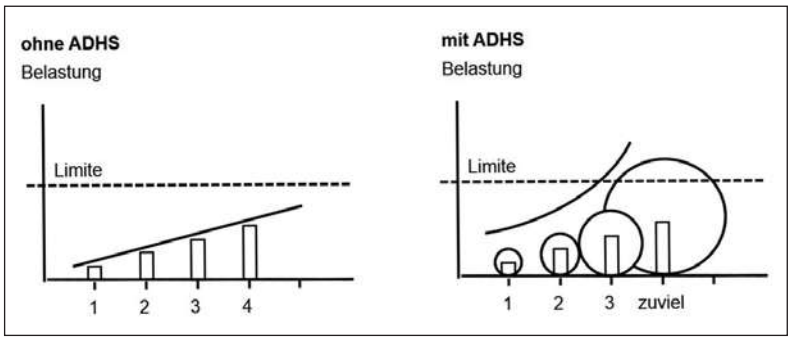
Die zahlreichen ADHS-Symptome können auf diversen pathogenetischen Abläufen beruhen. Die entsprechende Einordnung hilft in den Behandlungen von ADHS-Patienten bei der situativen Entscheidung, wann welche therapeutischen Mittel erfolgversprechend sind (wo helfen Medikamente – und welche; wo hilft psychoedukatives, kognitives, systemisches oder psychodynamisches Vorgehen; und wo helfen Strukturen und technische Hilfsmittel; usw.).

Die Einteilung in Tabelle 1 hat sich mit der Zeit herausgebildet und in der Praxis bewährt. Die funktionelle Zuordnung der beobachtbaren Symptome muss bei jedem Patienten individuell erfolgen:

Tabelle 1
Einteilung der ADHS-Phänomene.

	Rahmen pathogenetischer Mechanismen	Einzelne Beispiele der Symptomatik
Primäre ADHS-Phänomene (direkte Folgen der neurobiologische Kondition)	Reduzierter Filter	Fehlender Überblick, «Gnusch»
		Unsicherheit, Angst
		Mühe zu entscheiden
		Zeitweise Erschöpfung
		Usw.
	Reduzierte Steuerung	Teils veränderte Wahrnehmung
		Impulsivität
		Ablenkbarkeit
		Konzentrationsprobleme
		Hyperaktivität
		Usw.
	Negativer Hyperfokus	Instabile Stimmung
		Kritikempfindlich
		Usw.
Sekundäre ADHS-Phänomene	Ungünstige Coping-Mechanismen	Scheingelassenheit (es ist mir egal, wenn ich im Chaos lebe = untauglich)
		Usw.
	Nebenwirkungen von Coping-Mechanismen	Immer alles nachfragen = an sich zielführendes Coping bei mangelndem Speichern, doch man wird zur unerträglichen Nervensäge
		Perfektionismus als Überkompensation = tauglich, doch man wird mit nichts fertig und erschöpft sich
		Usw.
	Eigene Fehlinterpretationen (kognitive Ebene)	Selbstwertproblematik
		Angstsymptomatik
		Depressive Symptomatik
		Zwangssymptome
		Usw.
	Missverständnisse sowohl mit als auch durch andere (systemische Ebene)	Beziehungsschwierigkeiten
		Aussenseiter
		Gestörtes Sozialverhalten
		Usw.
Tertiäre ADHS-Phänomene	Ungelöste reaktive Gefühle und Konflikte aufgrund ADHS-bedingter schwieriger Erlebnisse (psychodynamische Ebene)	Alle Formen «neurotischer» Probleme inklusive psychodynamisch bedingte Selbstwertprobleme

Abbildung 5 Unterschiedliches «Zählen»: Bei ADHS löst jede neu hinzukommende Aufgabe ungebremst Assoziationen aus, die nicht sofort überblickbar sind, und somit subjektiv zur Einschätzung der Überforderung führen. Die Limite der Belastbarkeit wird schnell erreicht.



Konkrete Beispiele, wie die Wertwahrnehmung verschwindet

Es sei nochmals erwähnt, dass zwei Mechanismen für die verminderte Selbstwertwahrnehmung bei ADHS eine zentrale Rolle spielen: Die reduzierte Filterung mit konsekutiv mangelndem Überblick inkl. resultierender Fehlinterpretationen, und das negative Hyperfokussieren. Typische Beispiele dienen als Orientierungshilfe für das strukturelle Erfassen der Gesetzmässigkeiten in der klinischen Arbeit. Bis man diese bei konkreten Ereignissen logisch nachvollziehen und therapeutisch nutzen kann, bedarf es einiger Übung.

Das «Mount-Everest-Syndrom»

Fallvignette 1:
45-jähriger Familienvater mit ADHS. Typischer Ablauf beim Mittagessen: Seine Frau bittet ihn, nach seiner Arbeit im Supermarkt einzukaufen. «Kein Problem», meint er. Kurz darauf fragt sie, ob er auch noch zur Apotheke gehen könne. Leicht irritiert akzeptiert er. Wieder etwas später: «Sie habe sich gerade überlegt, wie schön doch Blumen…». Weiter kommt sie nicht. Der Mann schimpft los, er sei für alles verantwortlich, komme sich ausgenutzt vor und werde nicht respektiert. Die Frau ihrerseits fragt sich, wen sie denn da geheiratet habe. Auf dem Arbeitsweg beruhigt er sich und realisiert, dass die Aufträge einen geringen Aufwand bedeuten. Er sendet seiner Frau eine SMS, dass er alles erledigen wird. Sie ist trotzdem verärgert. Er seinerseits versteht sich selbst nicht, macht sich Vorwürfe. Die Wertwahrnehmung ist am Boden.

Verwendung des Filtermodells zur Erklärung des Beispiels: Jeder neue Auftrag der Frau bedeutet für ihren ADHS-Mann einen Input, der neue Assoziationen und Gedanken – einer verästelten Baumkrone gleich – auslöst, über die zuerst der Überblick gefunden werden muss, bis der neue Plan steht. Das bedeutet dreimal hintereinander ungebremste, exponentiell-ausufernde zerebrale Belastung. Ohne ADHS ist der Aufwand dank automatischem Filter ungleich kleiner. Salopp gesagt: ADHS-ler zählen nicht «1 2 3 4 usw.», sondern «1 2 3 zu viel» (Abb. 5).

Der Mann erlebt genau dies: «Es ist zu viel», bzw. er zieht den Schluss «ich bin unfähig».

- Trotz der nur kleinen Aufträge empfindet er *subjektiv* Überforderung (qualitative Unfähigkeit), worauf der Fehlschluss eigener Minderwertigkeit und reaktiv heftige Verteidigung (negativer Hyperfokus) erfolgt.
- *Objektiv* handelt es sich «lediglich» um Überlastung (quantitative Limite): Zu viele «Verästelungen» müssen überprüft werden.
- *Real* ist nicht der Inhalt der Aufträge das Problem, sondern das dreimalige Evaluieren «verästelter Baumkronen».

Verheerend ist, dass der Mann sich dieser Verhältnisse nicht bewusst ist. Er kann deshalb nicht anders als den zwar logischen, aber falschen Schluss ziehen: «Ich bin nichts wert». Erst auf dem Weg gewinnt er den Überblick über die Aufträge und realisiert, dass es sich bildlich gesprochen nicht um den «Mt. Everest» (8848 m), sondern um den «Üetliberg» (Hausberg von Zürich, 869 m) handelt. Das erlaubt ihm die gefühlte Erkenntnis, den Aufträgen gewachsen zu sein. Doch aufgrund seiner Überreaktion schwelen die Selbstzweifel trotzdem weiter und nagen an seiner Wertwahrnehmung.

Die Situation wurde mit dem Paar detailliert besprochen. Beide erkannten, dass die Bereitschaft des Mannes zur Mitarbeit gegeben war. Nicht das Auftragsvolumen, sondern die Anzahl ausgelöster und zu ordnender «Gedankenbäume» war das Problem. Die Lösung bestand in *einer einzigen* Auftragserteilung pro Mittagessen. Der Umfang der zu erledigenden Arbeiten spielt dabei eine untergeordnete Rolle. Wird dies berücksichtigt, braucht die Frau nicht auf seine Mitarbeit zu verzichten, um ihn zu «entlasten». Und er gerät weniger in das destruktive «Mount-Everest-Syndrom». Die gegenseitige Achtung verbessert sich: Ein Gewinn für beide Seiten, der zudem die therapeutische Bedeutung der funktionellen Gesetzmässigkeiten demonstriert.

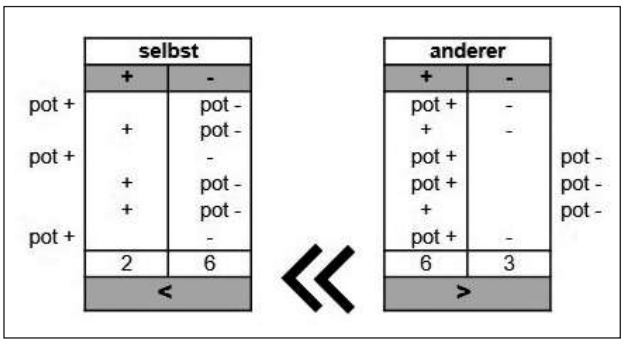
ADHS-bedingte «Bilanzfälschung»

Gerade intelligente ADHS-ler mit bestem Leistungsausweis können sich oft nur bedingt einschätzen. Sie sind sich ihrer Qualitäten wenig bewusst.

Fallvignette 2:
Einer jüngeren Chirurgin mit ADHS wurde eine Habilitationsstelle angeboten. Gleichzeitig kam das lukrative Angebot eines privaten Forschungsinstituts. Obwohl sie sich freute, quälten sie Selbstzweifel. Verantwortlich war nicht die normale Unsicherheit angesichts neuer und grösserer Aufgaben. Vielmehr zweifelte sie an ihrer Kompetenz und befürchtete, bestenfalls durchschnittlich zu sein. Sie mutmasste, ob die Angebote fälschlich bei ihr gelandet seien. In diese Richtung hatte sie unzählige Gedanken. Die Frage nach der Bedeutung von zwei Topangeboten quittierte sie mit der Bemerkung, das sei ja das Peinliche. Jetzt würde ihr wohl Arroganz vorgeworfen. Die Möglichkeit, es könne auch bedeuten, dass ihre Leistungen tatsächlich sehr gut seien und anerkannt würden, hatte sie nicht in Betracht gezogen und erstaunte sie sichtlich.

Man kann sich fragen, ob nicht gerade intelligente ADHS-ler, die viele ADHS-Probleme dank ihrer Intelligenz ausglei-

Abbildung 6 ADHS-bedingte «Bilanzfälschung»: Unterschied des Umgangs mit vorläufigen Wertungen, abhängig davon, ob diese den ADHS-Betroffenen selbst oder eine andere Person betreffen.



chen können, eine bessere Übersicht haben müssten. Das Gegenteil ist oft der Fall. Gerade bei diesen ist das Risiko für die ADHS-bedingte «Bilanzfälschung» besonders hoch:

- Bei ungefiltert-ungewichtetem Funktionieren entsteht bei jedem Input ein «Gedankenbaum». Je höher die Intelligenz desto «verästelter» bildet sich dieser aus.
  Die Einschätzung braucht entsprechend länger. Neue Inputs folgen bevor die Einordnung abgeschlossen ist. Demzufolge reicht es nur für vorläufige Wertungen.
- Mit vorläufigen Wertungen gehen ADHS-ler, falls sie integer sind (erfahrungsgemäss die Regel), unterschiedlich um, je nachdem, ob diese andere oder sie selbst betreffen (Abb. 6).
- Bezüglich anderen werden nicht nur definitive Plus- und Minuspunkte in die Bilanz aufgenommen, sondern auch erst potentielle Pluspunkte. Man will nicht ungerecht sein. Potentiell negative Punkte werden aus gleichem Grund zunächst ignoriert.
- Dadurch wird der andere überbewertet (zumindest solange, bis er sich allenfalls als eindeutig negativ qualifiziert; dann aber kippt die Bewertung ins andere Extrem).
- Mit der eigenen Person wird umgekehrt verfahren. Potentiell negative Punkte werden einbezogen (man will nicht arrogant sein), potentiell positive dagegen nicht.
- Der Eigenwert wird folglich unterbewertet.
- Insgesamt resultiert eine massive Fehlwahrnehmung der effektiven Werteverhältnisse zwischen sich und anderen.

Oft verzichten Betroffene deshalb auf berufliche oder private Wege, die sie gehen könnten – und möchten. Wird dieses Muster besprochen, befürchten Patienten zu Unrecht, sie könnten eingebildet werden. Indes resultieren aus der realistischeren Einschätzung vielmehr Sicherheit und dadurch konstruktivere Beziehungen.

Clever – nicht dumm

Zur Überwindung der Desorganisation empfiehlt sich das Etablieren von Strukturen. Obwohl dies in der Regel einleuchtet, gelingt es häufig nicht. Der Grund kann in einer Fehlverknüpfung bezüglich der Selbstwertwahrnehmung liegen.

Fallvignette 3:
Ein 30-jähriger Mann hat Mühe damit, die Wäsche zu erledigen. Berge schmutziger Wäsche in der Wohnung, leere Schränke und schmuddlige Kleidung sind die Folge. Beim Anblick des Wäschebergs wird ein «Gedankenbaum» der Art: «Soll ich heute, oder erst morgen? Warum habe ich nicht schon gestern?» ausgelöst.

Das Durchdenken des «Gedankenbaumes» zur Festlegung des Wäschetermins benötigt Zeit und ist langweilig. Der kleinste Reiz reicht zur Ablenkung (red. Steuerung). Unterschwellig läuft der Gedankenbaum jedoch weiter und frisst Energie. Das schlechte Gewissen («Energiefresser par exellence») steigt, ausgelöst durch das *«warum habe ich nicht schon gestern?»*. Der Fehlschluss eigener Minderwertigkeit (zusätzlich von aussen durch den Wäscheberg belegt) ist unausweichlich. Meist kommt als Verstärker ein negativer Hyperfokus dazu.

Der Rat zu einem fixen Wäscheplan kann bei diesem Mann zwar ein bewusstes Einverständnis, unterschwellig jedoch eine Fehlverknüpfung auslösen: «Wenn ich für derart Banales einen fixen Plan brauche, dann bin ich wirklich dumm». Dagegen sträubt er sich – und damit auch gegen das Etablieren der Struktur.

Um die Chance zum Strukturaufbau zu verbessern empfiehlt es sich, ihm das ihm peinliche Verhalten nachvollziehbar zu machen:

- Die funktionelle Ursache für das endlose Denken *«soll ich …»* erarbeiten: Der reduzierte Filter ist es, der zu uferlosem Denken *und* Nicht-Entscheiden führt.
- Folglich muss man bei wiederkehrenden Pflichtaufgaben verhindern, überhaupt mit dem Denken zu beginnen! Denn nur über den Startpunkt wird nachgedacht.
- Das wirkliche Ziel des fixen Waschtermins wird klar: Verhindern eines «sinnlosen Gedankenbaums».
- Die Struktur wird nicht mehr als «Symptom» vermeintlicher Dummheit wahrgenommen, sondern als Ausdruck der eigenen, trickreichen Cleverness anerkannt: Ein präziser Eingriff am richtigen Ort.
- Zusatzregel aufgrund gleicher Logik: Wird ein Termin *ausnahmsweise* verpasst, *nicht* über das Nachholen der Wäsche nachdenken. Der nächste Termin steht bereits, bis dann reicht die Wäsche.

Wenn zuinnerst begriffen und *emotional* erkannt ist, dass eine solche Struktur – bzw. ein solcher Rhythmus – Ausdruck von Cleverness ist, steigt die Chance zur Umsetzung. Es entsteht berechtigtes Selbstbewusstsein.

Tertiäre und ADHS-unabhängige Selbstwertproblematik

ADHS-Betroffene erleben beim Aufwachsen überdurchschnittlich oft Konflikte [10]. Diese können zu unverarbeiteten reaktiven Gefühlen oder verhinderten Entwicklungsschritten führen, also zu einer psychodynamischen Pathologie (z.B. überichdominierte Selbstwertproblematik). Zu Beginn der Beschäftigung mit ADHS ging der Autor (früher mit fachlichem Fokus auf Psychodynamik) davon aus, dass deshalb bei ADHS die Prävalenz psychodynamischer Probleme überdurchschnittlich sei.

Überraschenderweise zeigte sich ein anderes Bild. Soweit beurteilbar beruhen bei ADHS viele Phänomene, die psychodynamisch bedingter Symptomatik ähnlich sehen, auf ADHS-funktionellen Abläufen, wie sie oben dargestellt wurden. Phänomenologisch besteht allerdings ein grosses Risiko zur Verwechslung [11].

Liegt jedoch gleichzeitig zur ADHS eine erhebliche psychodynamische Problematik vor, lehrt die Erfahrung, in der Regel zuerst die ADHS-spezifischen Abläufe zu bearbeiten. Therapeutisch ist nach dem Verstehen der ADHS-Funktionalität die Arbeit im Unbewussten einfacher und erzeugt weniger Angst. Vergessen wir nicht: Ohne funktionelle Kenntnis ihres ADHS geraten Betroffene durch reduzierten Überblick häufig in Angst («Nebelangst»). Angst, egal welcher Provenienz, kann auch die unbewusste Abwehr inkl. der entsprechenden Symptomatik verstärken.

Therapeutische Grundregel bei ADHS

Die Wahrnehmung des eigenen Wertes beeinflusst bei allen Menschen (mit und ohne ADHS) das Verhalten. Da bei ADHS der Kontakt zum Eigenwert sehr leicht abreisst, kann sich das (Beziehungs-)Verhalten abrupt ändern. Ebenso schnell kann es wieder konstruktiv werden, wenn der Zugang zum Eigenwert wieder hergestellt ist.

Therapeutisch liegt darin eine grosse Herausforderung:

1. Der Arzt/Therapeut muss jederzeit erfassen, ob der Patient mit seinem Wert in Kontakt ist, bzw. zumindest gefühlsmässig wahrnimmt, dass er vom Arzt geschätzt wird. Achtung: ADHS-Patienten erkennen sofort gespielte Achtung. Nur genuine Achtung taugt als «Trägersubstanz» der Selbstwertwahrnehmung des Patienten.
2. Es ist schwierig, sich sofort darauf einzustellen, wenn die Wertwahrnehmung des Patienten plötzlich abreisst. Zuerst muss festgestellt werden, wie und warum es dazu kam. Die Wiederherstellung des Wertkontaktes bzw. zumindest der Wahrnehmung ärztlicher Wertschätzung hat dann absolute Priorität. Der Inhalt des Gespräches muss solange zurückgestellt werden. Dieser Grundsatz folgt aus den Gesetzmässigkeiten der Funktionsweise der ADHS.
3. Solche Abbrüche der Wertwahrnehmung bieten wertvolle therapeutische Chancen (vorausgesetzt, sie treten nicht zu häufig auf). Letztlich ist es für jeden Patienten entscheidend, ob er diese Abläufe bei sich versteht und lernt, selbst damit umzugehen. Das gelingt am besten, wenn es im «Hier und Jetzt» mit dem Therapeuten stattfindet.
   - Dergestalt sind oft erstaunliche strukturelle Erfolge möglich, mit grösserer Nachhaltigkeit als beim Durcharbeiten vergangener ADHS-Ereignisse.
   - Als Arzt lernt man dabei Wesentliches über den speziellen Patienten und generell über ADHS. Auch Ärzte lernen am nachhaltigsten «in action».

In diesem Sinne gebührt zum Schluss der Dank allen ADHS-lern, die dem Autor etwas beigebracht haben.

Literatur

1 Krause J, Krause KH. ADHS im Erwachsenenalter. Schattauer, Stuttgart, <New York; 2005.
2 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. WHO. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern Göttingen Toronto: Hans Huber; 1991.
3 Stieglitz RD, Freyberger HJ. Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. In: Berger M (Hrsg.). Psychische Erkrankungen. Urban & Fischer; 2012. p. 41–62.
4 Faraone S. A Family Genetic Perspective. New York: APA; 2004.
5 Stieglitz RD, Hofecker M. Workshop «ADHS bei Erwachsenen». Winterthur, 21.06.2007.
6 Armstrong CL, Hayes KM, Martin R. Neurocognitive problems in attention deficit disorder. Alternative concepts and evidence for impairment in inhibition of selective attention. Ann N Y Acad Sci. 2001;931:196–21
7 Krause J, Krause KH. ADHS im Erwachsenenalter. Stuttgart, New York: Schattauer; 2005.
8 Brown TE. Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults. Yale University Press; 2005.
9 Bari A, Robbins TW. Inhibition and impulsivity: Bahavioral and neural basis of response control. Progress in Neurobiology. Elsevier. 2013;108:44–79.
10 Claus D, Aust-Claus E, Hammer PM. Das ADS-Erwachsenen-Buch. Ratingen: Oberstebrink; 2005.
11 Lachenmeier H. Vortrag ADHS und ISTDP. Zürich, 19.03.2013. Verfügbar unter http://www.istdp.ch/cms/media/download_gallery/Lachenmeier_ADHSuISTDP.pdf