



Ralph Meyers

ADS
ist heilbar

Präzise Diagnose –
erfolgreiche Therapie



Hiermit danke ich meiner Frau María Angélica,
die mir den entscheidenden »Schubs« gegeben hat,
das Buch, das vier Jahre in der Schublage lag,
zu Ende zu schreiben, und mich in allen Lebenslagen
unterstützt mit ihrer Kraft, Liebe und Spiritualität.



Inhalt

Vorwort.....	11
--------------	----

KAPITEL 1

Fakten gegen das Hörensagen –

Der ADS-Check	15
---------------------	----

Eine Frage der Perspektive – Die Symptome von ADS.....	20
--	----

Viele Gründe für dieselbe Störung – Die Ursachen von ADS.....	23
---	----

Neurotransmitter im Ungleichgewicht – Was bei ADS im Gehirn passiert	26
---	----

Lebenslauf mit Hindernissen – Die Folgen von ADS	30
--	----

KAPITEL 2

Von der Untersuchung zur Diagnose	35
---	----

Die Eingangsuntersuchung	36
--------------------------------	----

Eigene Standards in der testpsychologischen Diagnostik.....	41
---	----

Das Messverfahren OPATUS CPTa	43
-------------------------------------	----

Die Verlaufsuntersuchung.....	49
-------------------------------	----

Die häufigsten Fehler in der Therapie von ADS	50
---	----

KAPITEL 3

Alternative und ergänzende Diagnosen

zur ADS-Diagnose	57
------------------------	----

Neurologische Erkrankungen	58
----------------------------------	----

Tic-Störungen und Tourette-Syndrom	59
--	----

Entwicklungsstörungen des Sprechens und Hörens	61
--	----

Epilepsie	65
-----------------	----

Psychische Erkrankungen	68
-------------------------------	----

Mangelerkrankungen	70
Vitamin-D-Mangel.....	70
Eisenmangel.....	71
Vitamin-B ₁₂ -Mangel.....	72
Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose).....	75

Erworbene Schädigungen vor, während und nach

der Geburt	83
Fetale Alkoholspektrumsstörung (FAS).....	84
Persistierende frühkindliche Reflexe.....	88
KISS- und KIDD-Syndrom.....	104
Erworbene Schädigungen durch Drogen.....	111
Erworbene Störung durch Mediensucht.....	115

KAPITEL 4

Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

von ADS	119
----------------------	------------

Medikamente aus der Schulmedizin	121
---	------------

Methylphenidat MPH (Ritalin®, Medikinet®, Equasym®, Concerta® und andere).....	122
Imipraminhydrochlorid (Imipramin®).....	127
Amphetaminpräparate.....	131
Atomoxetin ATMX (Strattera®).....	136
Guanfacin XR (Intuniv®).....	137

Unterstützung des Arztes bei der Auswahl von

geeigneten Medikamenten	141
--------------------------------------	------------

Die Gefahr einer Über- oder Unterdosierung	153
---	------------

KAPITEL 5

Nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

von ADS 161

Pädagogische Interventionen 164

Psychotherapeutische Interventionen 166

Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem
und oppositionellem Problemverhalten (THOP) 166

Marburger Konzentrationstraining (MKT) 167

Tiefenpsychologische Psychotherapie 168

Systemische Therapie 168

EEG-gestütztes Neurofeedback 169

Entspannungstechniken 171

Autogenes Training 171

Progressive Muskelentspannung 172

Lachyoga 173

Risotherapie 174

KAPITEL 6

Prognose und Heilung von ADS 177



Manche Menschen können ihre Aufmerksamkeit nicht mit der gewünschten Präzision und Ausdauer auf die ihnen gestellten Aufgaben fokussieren. Weil sie schnell abgelenkt sind, fällt es ihnen schwer, Angefangenes zu Ende zu bringen. In Schule, Beruf und Privatleben führt das für die Betroffenen oft zu großen Einschränkungen. Meist wird das Symptom der mangelnden Konzentrationsfähigkeit mit dem Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom, also ADS erklärt. Doch viele Fehlinformationen und Missverständnisse sorgen dafür, dass die Betroffenen nicht immer eine zutreffende Diagnose und auch keine optimale Therapie erhalten. Hier einige von ihnen:

- **»Wer sich nicht konzentrieren kann, hat ADS.« – Falsch.** Viele andere Krankheiten haben dieselben Symptome wie ADS, müssen aber ganz anders behandelt werden. Eine exakte Diagnose ist also unbedingt notwendig, nur so passt die Therapie zum Patienten.
- **»ADS wächst sich ganz von alleine aus.« – Falsch.** Ohne Therapie kann das Gehirn sein Defizit nicht aufholen.
- **»ADS ist nicht heilbar.« – Falsch.** Unter bestimmten therapeutischen Voraussetzungen kann das Gehirn sich weiterentwickeln und fehlende Fähigkeiten lernen. Eine lebenslange Behandlung ist dann nicht notwendig. ADS ist also heilbar.
- **»Es gibt keine objektive Diagnosestellung für ADS.« – Falsch.** Es gibt längst objektive Tests zur Feststellung von Konzentrationsmangel, Flüchtigkeit, Unruhe und Impulsivität. Doch leider stützen sich auch heute noch viele ADS-Diagnosen auf die rein persönliche Einschätzung des Diagnostikers (»Blickdiagnose«).

Noch fataler für die Betroffenen ist es, wenn sich Psychologen oder Ärzte zu sehr auf die Wahrnehmung von Eltern, Lehrern, Erziehern und Pflegepersonal stützen – also auf die Meinung von Laien!

Die Unsicherheit im Umgang mit ADS erstreckt sich auch auf die Verordnung von Medikamenten und anderen Therapien. Wenn die Diagnose nicht stimmt, wird die auf ihr aufbauende Behandlung kaum einen Nutzen bringen. Die mangelhafte Abgrenzung zu ähnlichen Symptomatiken kann dazu führen, dass ein unwirksames Medikament in der Dosierung noch erhöht wird; im schlimmsten Fall erweisen sich Therapie und Medikation sogar als schädlich. Noch dazu liegen die Therapieentscheidungen oft in der Hand von Menschen, die fachlich nicht ausreichend dazu ausgebildet sind. Bis vor wenigen Jahren wurden beispielsweise 90 Prozent aller Ritalin®-Verordnungen von Nicht-Fachärzten ausgestellt.

Inzwischen hat die Politik reagiert: Bestimmte Medikamente für die Behandlung von ADS dürfen nur noch von Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinderärzten mit Zusatzqualifikation sowie Erwachsenenpsychiatern verordnet werden. Doch damit ist das Problem der subjektiven und entsprechend unzuverlässigen Diagnosen und Therapien noch nicht gelöst. Dabei gibt es längst *objektive* Verfahren, die die Konzentrationsfähigkeit mit hoher Messgenauigkeit und Aussagekraft erfassen; sie werden jedoch in Deutschland bisher nur selten angewandt. Das liegt zum einen daran, dass sie auch unter Fachleuten nur wenig bekannt sind, zum anderen daran, dass die meisten von ihnen bis heute nicht von den Krankenkassen erstattet werden. Andere europäische und außereuropäische Länder sind da schon einen Schritt weiter.

Dieses Buch hinterfragt kritisch die geltenden Standards und stellt mit dem OPATUS-CPTa-Testverfahren ein bewährtes Werkzeug für die objektive ADS-Diagnose vor, das zudem von den Krankenkassen erstattet wird. Es wendet sich nicht nur an Kollegen, die in ihren Praxen mit dem Thema ADS immer häufiger in Berührung kommen und sich mit ihm näher beschäftigen möchten. Es will auch Menschen mit ADS und deren Familien informieren. Denn Diagnosen und Therapien lassen sie oft ratlos zurück; ihr Verlangen nach Sicherheit ist groß. Viele Betroffene und deren Angehörige fragen sich: »Ist die Diagnose, mit der ich seit vielen Jahren lebe, wirklich korrekt?« Und auch: »Wie kommt es, dass seit einigen Jahren fast jedes Kind mit gewissen Verhaltensauffälligkeiten an ADS leiden soll?« Meiner Erfahrung nach haben sie sich meist schon so umfassend mit dem Thema ADS beschäftigt, dass wissenschaftliche Begriffe und komplexe Zusammenhänge sie nicht schrecken können.

Das vorliegende Buch soll Klarheit schaffen und seine Leser darin unterstützen, die Qualität von Diagnose und Therapie besser einzuschätzen. Falls nötig ermächtigt es sie, eine fundierte Diagnostik, multimodale Therapie und Therapiekontrolle aktiv einzufordern. Es lohnt sich. Denn nach dreißig Jahren psychiatrischer Tätigkeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen weiß ich: Wenn es sich wirklich um ein ADS handelt und höchste Diagnose- und Therapiestandards angewendet werden, ist diese Krankheit heilbar. Eine lebenslange medikamentöse oder therapeutische Behandlung ist dann nicht mehr nötig.



KAPITEL 1

Fakten gegen das Hörensagen – Der ADS-Check

Das Wichtigste in Kürze:

Konzentration ist die Fähigkeit, unnötige, momentan unwichtige Reize auszufiltern, um sich umso intensiver und aufmerksamer den für die jeweilige Situation wichtigen Informationen zuwenden zu können.

- Menschen mit ADS leiden an einer verminderten Konzentrationsfähigkeit. Durch eine Lernverzögerung sind sie nicht in der Lage, zwischen wichtigen und unwichtigen Informationen zu unterscheiden.
- Die drei Subtypen des ADS sind durch folgende Symptome besonders gekennzeichnet: Unaufmerksamkeit (ADS), Hyperaktivität (ADHS) und eine Kombination aus beidem (Mischtyp).
- Es gibt ein objektives Maß für ADS.
- Es macht nur Sinn, die Symptomatik zu behandeln, wenn der Betroffene tatsächlich in seiner Lebensqualität beeinträchtigt ist.

Viele Ungenauigkeiten und auch Fehlinformationen über ADS geistern durch die Medien – leider sind sie auch in Forschung und Wissenschaft immer noch weit verbreitet. Die große Unsicherheit darüber, was ADS überhaupt ist, führt unter anderem dazu, dass manche Kinder sofort in eine Schublade gesteckt werden, sobald sie unaufmerksam und unkonzentriert sind bzw. ein etwas lebhafteres Verhalten zeigen. Andererseits sind da die Erwachsenen, die gar nicht wissen, dass sie ADS haben, und sich nicht erklären können, warum vieles in ihrem Leben ihnen so große Mühe macht. Wer über

ADS reden will, muss also erst einmal für Klarheit sorgen.

ADS ist die Kurzform für den Begriff Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom. Bei ADS im engeren Sinne fällt es den Betroffenen schwer, sich zu konzentrieren und aufmerksam zu bleiben. Von ihrer Umgebung werden sie oft als verträumt wahrgenommen.

ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) ist ein Sonderfall von ADS. Auffallend ist die mit einer hohen Impulsivität einhergehende Hyperaktivität. Die mangelnde Impulskontrolle der Betroffenen bedeutet nicht nur, dass sie kaum ruhig auf einem Stuhl sitzenbleiben können. Es fällt ihnen auch schwer, sich an ihre soziale Umgebung anzupassen.

Nicht immer sind ADS und ADHS klar voneinander getrennt. Mehr als die Hälfte der Betroffenen vereinen beide Symptomatiken auf sich (siehe Abbildung 1). Sie gehören der sogenannten Mischform an. Je nach Situation können sie etwas gar nicht mitbekommen, in anderen impulsiv reagieren.

Insgesamt ergibt sich also eine Dreiteilung der ADS-Symptomatik:

- Unaufmerksamer Typ (ADS im engeren Sinne)
- Hyperaktiver/impulsiver Typ (ADHS)
- Mischtyp (ADS/ADHS)

Die genaue Differenzierung dieser ADS-Typen hat großen Einfluss auf die Auswahl der geeigneten Therapieform.

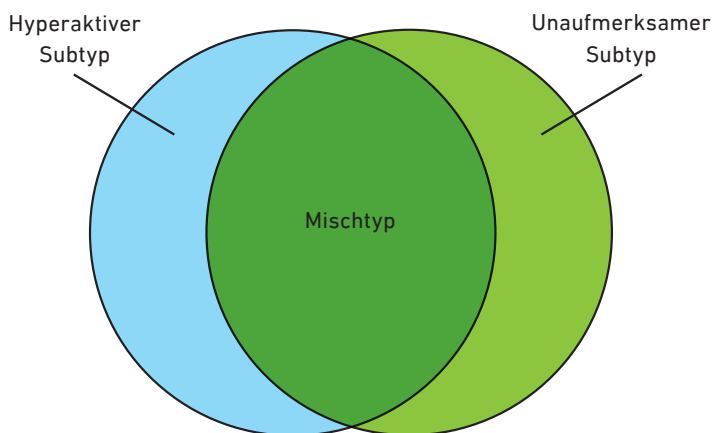


Abbildung 1: Die drei Untergruppen der ADS-Symptomatik.
 ADS: Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom; ADHS: Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom. Etwa 50 Prozent der von einer Aufmerksamkeitsstörung Betroffenen gehören zum Mischtyp.

Nicht immer sind die ADS-Symptome in ihrer Ausprägung so tiefgreifend, dass sie einen Betroffenen in seiner Lebensführung spürbar beeinträchtigen. Die Störung kann aber auch so massiv sein, dass ein Mensch stark unter ihr leidet:

- **Auf direkte Art und Weise.** Über unser Hören, Sehen, Schmecken, Riechen und Fühlen wird unser Gehirn im Wachzustand ständig mit einer Unmenge an Informationen konfrontiert. Doch nur ein winziger Teil dieser Informationen ist wichtig für die Situation, in der wir uns befinden. Damit der relevante Teil der Sinneseindrücke sinngebend verarbeitet werden kann – wir uns also konzentrieren können – muss unser Gehirn ca. 99 Prozent der einlaufenden

Informationen ausfiltern und ausblenden. Genau diese Funktion ist bei ADS-Betroffenen beeinträchtigt. Ohne Behandlung müssen sie mit einem ständigen Übermaß an Reizen fertig werden, das dann zum Beispiel zu Rastlosigkeit und Ungeduld, ständiger Müdigkeit, Unzufriedenheit oder Depressivität führt.

- **Aufgrund der psychosozialen Langzeitfolgen.** Weil Betroffene sich oft wegen der Reizüberflutung aus einer Situation ausklinken oder durch Verhaltensauffälligkeit ihre Umgebung nerven und überfordern, tun sie sich schwer damit, sich in Gruppen einzufügen. In Familie und Freundeskreis sowie in Schule, Ausbildung und Beruf eckt ihr soziales Verhalten an. Die Folge ist eine mehr oder weniger starke Ausgrenzung, die ihr gesamtes Leben bestimmen kann. Sogar ihre Gesundheit ist durch verschiedene Ausprägungen des ADS in Gefahr. Der Teil »Lebenslauf mit Hindernissen – Die Folgen von ADS« geht ab Seite 30 genauer auf die Zusammenhänge ein.

Ein immer noch weit verbreitetes Missverständnis lautet, dass nur Kinder unter ADS leiden. Man war lange Zeit der Meinung, dass sich die Störung im Jugendalter »auswächst«. Tatsächlich wandeln sich bestimmte Formen der motorischen Hyperaktivität, die *kein* ADS sind, im Verlauf der Pubertät in eine vorübergehende innere Unruhe um, bevor sie ganz verschwinden. Doch bei einem echten ADS ist das nicht der Fall. Heute weiß man, dass auch viele Erwachsene unter ADS leiden. Sie hatten die Störung zweifellos schon als Kind, doch bei vielen von ihnen wurde sie nicht diagnostiziert.

Fallbeispiel: Frau Müller ist Mitte fünfzig, ausgebildete Steuerberaterin und Mutter zweier Teenager mit ADS, die bei mir in Behandlung sind. Als die Therapie ihrer Töchter erfolgreich abgeschlossen ist, ist für Frau Müller der Weg frei, wie schon lange geplant wieder in ihren Beruf einzusteigen. Doch in der Zwischenzeit hat sich viel geändert; unzählige fachliche und auch organisatorische Neuerungen muss Frau Müller lernen. Anfangs ist sie sich sicher, dass sie es schaffen wird, im Selbststudium den Stoff aus fast zwei Jahrzehnten nachzuholen. Doch sie muss erkennen, dass sie sich nicht genügend konzentrieren kann. »Das liegt doch nicht nur am Alter?«, fragt sie mich. Tatsächlich hat Frau Müller ein bislang unentdecktes ADS. Während ihrer Ausbildung hat sie die Symptome durch viel Einsatz ausgleichen können, doch heute sind ihre Möglichkeiten begrenzter. Eine entsprechende Behandlung steigert ihre Konzentrationsfähigkeit wieder so weit, dass sie nach einer sehr lernintensiven Zeit wieder als Steuerberaterin arbeiten kann.

Aus der Praxis kenne ich viele Beispiele von Erwachsenen mit nicht diagnostiziertem ADS, die jahrelang ohne ärztliche Begleitung mit den Symptomen fertig werden mussten. Zu den von ihnen angewandten Strategien, mit der Reizüberflutung fertigzuwerden, gehört zum Beispiel der Gebrauch von Tranquilizern oder auch einfach nur das Feierabendbier, mit deren Hilfe sie herunterdrehen und funktionieren können und – unbewusst – die ADS-Symptomatik sozial verbergen.

Erst seit etwa zwanzig Jahren wird zu ADS im Erwachsenenalter geforscht; trotz einiger Erfolge steckt dieses Fachgebiet immer noch in den Kinderschuhen. Dabei ist der Handlungsbedarf groß. Weltweit sollen 2,8 Prozent der erwachsenen Bevölkerung an ADS lei-