

Selina Diehm und Gisela Ulmann

Warum wollen Erwachsene eine AD(H)S-Diagnose?

Eine Begründungsanalyse anhand von Einträgen in einem Internetforum

Seit 1968 im DSM II die Rubrik „Behavior Disorders of Childhood and Adolescence“ aufgenommen wurde, in der u.a. „hyperkinetic reaction of childhood“ aufgeführt wurde, gilt diese als nur bei Kindern und Jugendlichen auftretend. Dies änderte sich auch nicht bei deren Umbenennung in „Aufmerksamkeitsstörung – mit und ohne Hyperaktivität“ im Jahr 1980. „Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität“ wurden 1994 als Subtypen von ADHS eingeführt. Die Zahl der so diagnostizierten Kinder und Jugendlichen hat sich seit 1968 vervielfacht, was allgemein und unter anderem von Allen Frances (2013, 206 ff), dem Leiter der Arbeitsgruppe, die DSM IV (1994) erarbeitete und herausgab, heftig kritisiert wird. Problematisiert werden Etikettierung und Stigmatisierung der Betroffenen sowie deren übermäßige Medikalisierung und Therapeutisierung. Frances (2013, 263 ff) fürchtet dies auch für Erwachsene, da das DSM V eine „Lockerung“ der Diagnosestellung auch für Erwachsene ermöglicht.

In Deutschland gilt jedoch als Richtlinie für Diagnosestellungen das ICD-10 der WHO. Die Bundesärztekammer führt dazu folgendes aus:

„Nach ICD-10 kann die Diagnose des sog. hyperkinetischen Syndroms auch als persistierende Störung im Erwachsenenalter gestellt werden. Die Kardinalsymptome sind Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität / Impulsivität und damit dieselben wie im Kindes- und Jugendalter, jedoch müssen Aufmerksamkeit und Aktivität anhand entwicklungsbezogener Normen beurteilt werden. Die ‚erwachsenentypische‘ Ausgestaltung wird allerdings nicht näher definiert. (...) Die Erkennung der Erkrankung bei Erwachsenen (‚ADHS im Erwachsenenalter‘) ist aus mehreren Gründen relativ kompliziert. Erstens sind einzelne Symptome der ADHS im Erwachsenenalter in der Bevölkerung weit verbreitet, ohne Krankheitswert zu haben (...). Zweitens kommt die ADHS selten allein vor; vielmehr geht sie oft mit komorbiden psychiatrischen Störungen einher und wird häufig erst diagnostiziert, wenn diese erkannt werden. Drittens müssen konventionsgemäß die Symptome zu Beeinträchtigungen in mindestens zwei Lebensbereichen führen. Viertens wird für die Diagnose der Nachweis des Beginns in der Kindheit gefordert, wobei im Einzelfall Hinweise darauf unklar oder unzureichend sein können. Fünftens gibt es keinen sicheren Nachweis-Test, sodass die Diagnose einer ADHS auch im Erwachsenenalter eine „klinische Diagnose“ ist, die nur aufgrund des Interviews mit dem Patienten und des darin erhobenen aktuellen psychopathologischen Befundes, der anamnestisch eruierbaren Symptome im

Kindesalter und des Verlaufes gestellt werden kann (...). Da jedoch bei korrekter Diagnosestellung die Behandlung für die Betroffenen mit erheblichen Verbesserungen von Lebensqualität und psychosozialer Funktion verbunden ist, ist eine möglichst breite Kenntnis der Erkrankung im Rahmen der Erwachsenenpsychiatrie anzustreben; wahrscheinlich wird auch der Verlauf der häufig vorkommenden komorbiden Störungen durch die Behandlung der ADHS günstig beeinflusst. (...) Spezifische Behandlungsoptionen sind pharmakologische Therapien und psychotherapeutische Verfahren. Die Stimulanzienbehandlung mit Methylphenidat ist auch im Erwachsenenalter die Therapie der ersten Wahl. Die Verschreibung von MPH unterliegt bekanntlich der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung. In Deutschland sind Stimulanzien für die Indikation ADHS im Erwachsenenalter nicht zugelassen, werden aber im Rahmen eines individuellen Heilversuches verordnet.“

Nun gibt es Menschen, die entweder diese Diagnose als Kinder nicht bekommen oder sie erhielten und deren Persistenz nachweisen müssen – wenn sie eine AD(H)S-Diagnose und entsprechende Behandlung haben möchten.

Im Rahmen ihrer Bachelorarbeit, die von Klaus Weber betreut wurde, ging Selina Diehm den Gründen dafür nach, warum Erwachsene eine AD(H)S-Diagnose haben wollen. Als Datenquelle wählte sie das Internetforum „ADHS-Chaoten – Die Community für Erwachsene mit ADS/ADHS“ (ADHS-Chaoten 2014) und wählte je 20 Einträge zu den folgenden Fragen aus:

1. Welche Gefühle äußern Menschen, die eine Diagnosestellung anstreben, bezüglich der Diagnoseprozedur? Wie begründen sie diese Gefühle?
2. Welche Gefühle äußern Menschen, die (k)eine AD(H)S-Diagnose bekommen haben – und wie begründen sie diese Gefühle?
3. Welche Gründe geben Menschen für oder gegen Medikamenteneinnahme an?

In den Forumseinträgen werden sich widersprechende Gründe genannt. Da weitere Informationen nicht verfügbar sind, bleiben allerdings die in „Begründungsmustern“ (BGM) enthaltenen subjektiven Prämissen verborgen. Aussagen über die aktuelle Lebenssituation der jeweils Schreibenden fließen nicht mit ein. Insofern bleiben die BGM unvollständig, sie sind aber u.E. dennoch informativ.

1. Ich habe (keine) Angst vor der Diagnoseprozedur, weil ...

Obwohl in den meisten Beiträgen herausgestellt wird, lange auf den ersehnten Termin beim Neurologen oder Psychologe bzw. Facharzt gewartet zu haben, kommt in ihnen doch Nervosität, Angst, Verwirrung und Unsicherheit zum Ausdruck:

„Morgen ist der langersehnte Termin der diagnostik... mir geht es richtig beschissen ... ich bin total aufgeregt und unruhig. ... fühle mich wie vor ner Prüfung bei der ich angst habe eh durchzufallen ...“

„Jetzt ist es aber so, dass ich echt PAAAANISCHE Angst davor habe. Eine psychiatrische Praxis oder gar Klinik möchte ich eigentlich nicht mal betreten. Und was ist, wenn ich die Fragen falsch verstehe und mir deshalb eine psychische Krankheit oder schlimmeres angehängt wird, die ich unter Garantie nicht habe ... und dann sperren sie mich in die geschlossene und lassen mich nie wieder raus ...“

„Ich habe so eine riesen Panik vor diesem Termin. ... Ich habe Angst, dass dabei rauskommt, dass ich einfach nur doof und faul bin und ich somit als Hochstapler enttarnt werde, als der ich mich schon mein ganzes Leben fühle. (...) Und ich kann mich nie im Leben ca. 3 h auf Tests und Gespräche konzentrieren. (...)“

„Morgen hab ich Termin. Ein gefühltes Jahr hab ich drauf gewartet. (...) Puuh. Ich bin nervös wie vor ner Prüfung, hab Herzklopfen. (...) Ich bin so durcheinander, ich könnte anfangen zu heulen (...)“

Als Begründungen für Angst und Unsicherheit lassen sich formulieren:

Ich habe Angst vor dem Diagnostik-Termin, weil

- ich nicht weiß, was dort gemacht wird,
- es zu anstrengend werden wird,
- ich eventuell keine AD(H)S-Diagnose bekomme, doch möglicherweise stattdessen eine andere – schlimme – Diagnose.

Es gibt Antworten von Menschen, die diese Prozedur „erfolgreich“ durchgestanden haben, die beruhigen. Aber es gibt auch Beiträge von verzweifelten Menschen, die den Arztbrief nicht verstehen und/oder eine andere Diagnose bekommen haben (z.B. Lernbehinderung oder Depression) – oder die überhaupt nicht verstanden haben, ob sie nun eine AD(H)S-Diagnose erhalten haben oder nicht. Weiterhin gibt es Beiträge, denen zufolge zwar die erwünschte Diagnose zuerkannt, aber keinerlei Behandlung angeboten wurde. Schließlich ärgern sich auch manche darüber, dass sie sich vom Diagnostiker eher beleidigt fühlen, z.B.:

Nach der Frage, „Wie es nun weitergeht? (...) ‚Gewöhnen Sie sich einfach an, die Sachen immer wieder genau dahin zu tun, wo Sie sie hergenommen haben.‘ Und das, nachdem ich schon erzählt hatte, dass das etwas ist, was ich kaum beeinflussen kann. (...) Zugespitzt lassen sich ihre Aussagen ungefähr so zusammenfassen: ‚Wenn Sie weniger chaotisch und unorganisiert sind, dann sind Sie weniger chaotisch und unorganisiert‘. Toll. Ich bin maßlos enttäuscht. (...) Ich habe viele Stunden Zeit geopfert, es kostet mehr als 100 Euro, mein Mann hat sich extra frei genommen.“

Die Gründe dafür, eine AD(H)S Diagnostizierung auf sich zu nehmen, führen zur zweiten o.g. Frage.

2. Ich möchte (k)eine ADHS-Diagnose, weil...

Dafür, zwar Hilfe, aber keine AD(H)S-Diagnose bekommen zu wollen, findet sich nur ein Beitrag:

„Ich kann mit diesem ‚Sie sind so und so‘ nicht gut umgehen (...). Dass ich eine Psychotherapie brauche ist mir schon lange klar (...) Ich fühle mich so voreilig in eine Schublade einsortiert.“

Andere Beiträge beziehen sich auf einen „Weg, der ganz ohne Diagnose verwehrt ist“, z.B.:

„Mit der Diagnose und multimodalen Therapie (Medis, VT und Coaching) war ich dann endlich ich selber und konnte mein Verhalten endlich steuern und viele Fähigkeiten einsetzen, die vorher verdeckt waren.“

„Durch die Behandlung hat sich mein Leben gewaltig verbessert. Sicherlich ist noch nicht alles ideal. Aber das Kind hat einen Namen „ADHS“. Und ich weiß, dass ich nicht der Faulenzer, Trottel, Taugenichts usw. bin wie mich mein Umfeld betrachtet hat.“

Als Begründung lässt sich formulieren:

Ich möchte eine ADHS-Diagnose, weil ich mit ihr Hilfe (Medikamente und/oder Therapie) bekommen kann.

Im gleichen Beitrag ist ein weiterer Grund angegeben, der sehr häufig genannt wird: „Das Kind hat einen Namen“ – ich habe eine Störung bzw. eine Krankheit und kann nichts für mein von anderen nicht akzeptiertes Verhalten:

„Dein Anders-Sein hat nun (endlich) einen Namen. Nun kannst Du in aller Ruhe überlegen, was du nun tust. (...) Also so ganz nach dem Motto: „Problem erkannt – Problem gebannt“.“

„Aber sieh es doch mal so, die Probleme hast du jetzt schon und die bekommen nur einen Namen, sonst ändert die reine Diagnose erst einmal gar nicht. Was sich ändert ist der Weg, der dadurch frei wird.“

„Wie du siehst, versuche ich eine Diagnose zu bekommen. Warum? In erster Linie für mich selbst. (...) Das ich nicht ein absoluter Vollversager bin, dass die ganzen Probleme die ich habe nicht pure Charakterschwäche sind. Das Selbstbewusstsein ist nun mal immer mehr am Boden.“

„Diagnose und jetzt irgendwie ratlos. (...) Irgendwie hat das alles für mich trotzdem das Positive, dass meine ganzen Misserfolge dann vielleicht doch nicht nur darauf zurückzuführen sind, dass ich halt faul und blöd bin, sondern zumindest zum Teil noch auf was anderes.“

Als Begründung lässt sich formulieren:

Ich möchte eine ADHS-Diagnose weil sie mir die Gewissheit gibt, dass ich (eine Krankheit habe und) nicht für Misserfolge verantwortlich bin.

Eine ADHS-Diagnose entschuldigt also Diagnostizierte vor sich selbst. Aber eine psychiatrische Diagnose stigmatisiert auch. Menschen mit starken Konzentrationsproblemen oder schwer beherrschbarer Impulsivität fühlen sich jedoch offenbar mit einer AD(H)S-Diagnose den „Anderen“, die gleiches erfahren haben, zugehörig. Dafür sprechen folgende Beiträge:

„Habe heute meine letzten Termin und mir wurde eine abschließende Diagnose versprochen (...) Ich warte jetzt schon 5 Wochen ... oder sind es schon 7??? ... egal jedenfalls viiiieel zu lange auf den Moment heute Abend weiss ich endlich ob ich zu euch gehöre oder doch nicht.“

„Das 1. Hindernis ist überwunden, das ist schon mal sehr sehr viel. Sehr viele von uns hier sind Monate/Jahre hinter ihrer Diagnose ADHS hinter her gelaufen.“

Als Begründung lässt sich formulieren:

Ich möchte eine ADHS-Diagnose, weil ich so Gewissheit habe, dass ich zur „ADHS-Gruppe“ gehöre und damit möglicherweise Solidarität und eine Anerkennung meiner Probleme erfahre.

(Warum) teilt man anderen die Diagnose mit – oder (warum) nicht? Hierzu können folgende Aussagen angeführt werden:

„Erzählt habe ich es bisher nur meinem Freund und meiner Mutter und beide glauben, die Diagnose sei Quatsch.“

„Alle, die nicht davon betroffen sind, halten ADHS erst mal für ne Quatschdiagnose. Das wird ja auch ständig in den Medien so propagiert. Bei mir zu Hause war das auch erstmal die gängige Meinung. Ich habs dann auch ne zeitlang nicht mehr drauf rumgeritten. Und trotzdem haben die betreffenden Personen scheinbar drüber nachgedacht und sowas wie ein ‚Grundverständnis‘ erworben. Heute, 12 Monate später hab ich die Genehmigung, ADHS zu haben.“

„Ich finde eine offizielle Diagnose eher von Vorteil (...) Beruflich ist das sicher ein zweischneidiges Schwert. Aber man muss ja nicht zwangsläufig den Arbeitgeber sofort und über alles informieren.“

Als Begründungen lassen sich formulieren:

Ich teile meine ADHS-Diagnose

- meinen mir nahen Menschen mit, in der Hoffnung, dass sie mich auch entschuldigen.
- meinem Arbeitgeber nicht mit, weil ich Sanktionen befürchte.

3. Ich möchte (keine) Medikamente einnehmen, weil

Medikamente nicht zu nehmen wird z.B. folgendermaßen erklärt:

„Nach meiner offiziellen Diagnose habe ich Medikamente erst einmal abgelehnt. Erst einmal um zu gucken, ob es nicht auch Wege ohne geht. (...) Meine Beweggründe dafür sind, das ich damals, bevor die Familie kam, ja auch irgendwie ohne klar gekommen bin.“

„Also ich lebe seit 2 Jahren komplett ohne Medis und bin froh darum! (...) Was mir momentan hilft ist eine VT, regelmäßiger Sport und bissl auf die Ernährung achten. Und ich experimentiere gerade mit homöopathischen Mitteln (...)“

„Ich habe es schon probiert (...) Wenn ich (unter großer Anstrengung und mit Medis) meine ‚Eigenarten‘ unterdrücke, bin ich ein perfekter Mitläufer, der in der Masse untergeht und sich gut integriert. Aber dazu müsste ich mich auch noch dümmer stellen als ich bin. Also nichts hinterfragen und bloß keine Kritik üben.“

„Also ich habe akzeptiert, dass ich nie der ‚normale‘ Arbeiter sein werde (...) Ich bin ein sehr sehr kreativer Mensch. (...) Das Gefühl Medikamente zu nehmen und dann zu einem Mann im grauen Anzug zu mutieren, der stupide seiner Arbeit nachgeht, ist für mich eine schreckliche Vorstellung. Als ob man einen Vogel in einen Käfig steckt.“

Als Begründung lässt sich formulieren:

Ich nehme keine Medikamente, weil

- ich es ohne versuchen möchte bzw. Alternativen probiere,
- ich meine besonderen Eigenschaften nicht verlieren möchte.

Die meisten, die Medikamente bejahen und einnehmen, begründen dies erwartungsgemäß mit erfahrenen Vorteilen, z.B.:

„Ich persönlich möchte meine Medikation nicht mehr missen. Es ist wie eine Brille, wenn die Augen schlechter werden, oder wie eine Krücke, wenn man ein gebrochenes Bein hat. (...) Sie verändern dich nicht, nehmen aber unheimlich viel Stress aus der Alltagsbewältigung.“

„und viele, wie auch ich, merken erst WENN sie das Medikament nehmen, in was für Bandagen sie sich jahrelang gepackt haben, damit sie funktionieren.“

„Es gab nichts in meinem Leben was mir annähernd so viel gebracht hat wie diese Medikament (...) Ich hab die Möglichkeit bekommen wie ein ‚normaler‘ Mensch zu leben (...)“

„Mein Medikament brauche ich im Alter (...) Zeigte man sich mir gegenüber intolerant, konnte meine Impulsivität schon mal zu ungewollten Eskalationen führen (...) Das alles und noch viel mehr wird durch meine gottseidank

funktionierende Medikation für mich besser beherrschbar, und somit für meine nähere Umgebung besser erträglich.“

Als Begründung lässt sich formulieren:

Ich nehme Medikamente, weil

- sie mir helfen, ohne Stress besser zu funktionieren,
- weil ich mich dann mit meinen Mitmenschen besser verständigen kann

Fazit

Die Aussagen von Erwachsenen im o.g. Internet-Forum, zeigen, welche Gründe Erwachsene haben können, sich wegen der oft von ihnen konkret beschriebenen Verhaltensprobleme vor einer ADHS-Diagnoseprozedur (nicht) zu fürchten, eine ADHS-Diagnose (nicht) zu wollen und (keine) Medikamente zur Lösung ihrer Probleme einnehmen zu wollen. Bedingungen haben subjektiv verschiedene Bedeutungen, führen zu situativ-subjektiv unterschiedlichen Prämissen und entsprechenden Gründen und Handlungen. Über die jeweils unterschiedlichen situativen Bedingungen sowie darüber, ob deren subjektive Bedeutungen und entsprechende Prämissen adäquat sind und ob andere Handlungen möglich wären, sagt die Analyse allerdings nichts aus. Auch findet sich in keinem Beitrag die Überlegung, ob die Bedingungen so zu ändern wären, dass die Verhaltensprobleme weniger problematisch wären.

Immerhin könnten die Beiträge Menschen die Möglichkeit eröffnen, sich zu eigenen Begründungen zu verhalten, d.h. diese daraufhin zu überprüfen, ob sie funktional sind, um die eigenen Probleme zu bewältigen.

Literatur:

- ADHS-Chaoten 2014, <https://adhs-chaoten.net/>
 American Psychiatric Association (APA), (1968): Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – DSM II. APA Washington D.C.
 Dies., (1980): Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – DSM III. APA Washington D.C.
 Dies., (1987): Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – DSM III-R. APA Washington D.C.
 Dies., (1994): Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – DSM IV. APA Washington D.C.
 Bundesärztekammer (2014),
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3163.3169>
 Frances, Allen (2013): *Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Köln: DuMontBuchverlag
 World Health Organization, (1994): *ICD-10 Kapitel V (F)*; Forschungskriterien. Huber Bern