

Verkehrspsychologie und AD(H)S im Erwachsenen-Alter

Das Aufmerksamkeitsdefizit Syndrom mit und ohne Hyperaktivität galt lange Zeit als eine reine Störung des Kindesalters. Dies ist heute widerlegt sowie die Vorstellung, dass AD(H)S eine Krankheit unserer modernen Zivilisation ist!

Von den diagnostizierten Kindern mit einer AD(H)S nehmen ungefähr 30-50 Prozent die Symptomatik mit ins Erwachsenenalter.¹ Weltweit wird der Anteil der Erwachsenen die an einer AD(H)S leiden mit 2,8 Prozent beziffert. Bricht man dies auf Deutschland herunter bedeutet dies, ausgehend von ca. 70 Millionen Bewohner (ab 18 Jahren) das 1,9 Millionen Erwachsene mit einer AD(H)S Symptomatik leben.² Diese Menschen kämpfen oft jahrelang mit Problem, in Form von mangelnder Konzentration, beruflichen Brüchen, fehlendem Organisationsvermögen, chaotischen Beziehungen oder emotionaler Instabilität zeigen.³

Mit Hilfe der Hirnforschung gelang es in den letzten Jahren, neue detaillierte Erkenntnisse zu AD(H)S zu gewinnen. Neben einigen äußeren Einflüssen wie Vergiftungen, Verletzungen, Infektionen während der Schwangerschaft, ist AD(H)S vor allem eine erblich bedingte Störung des hirneigenen Botensystems und der Informationsverarbeitung.

Besonders betroffen sind die Neurotransmittersysteme Noradrenalin und Dopamin.⁴ Als Ursache für den Dopaminmangel im Gehirn werden Dopamintransporter-Probleme angenommen. Ein "zu viel" oder eine Überaktivität der Dopamintransporter führt zu einem raschen Abbau des Dopamins im synaptischen Spalt und verursacht somit einen chronischen Dopaminmangel. Dopamin ist die Vorstufe für Noradrenalin und nur auf der Grundlage eines ausgewogenen Verhältnisses von Dopamin und Noradrenalin kann ein Mensch seine Aufmerksamkeit fokussieren sowie konzentriert seine Aufgaben erledigen.⁵

Neuere Forschungen zeigten zudem, dass im präfrontalen Cortex und in Teilen des Belohnungssystems, besonders des Nucleus accumbens, sich deutlich weniger Andockstationen für das Dopamin befinden, was Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit des Belohnungssystems hat.

¹ Vgl. Claus, Dieter, Aust-Claus, Elisabeth, Hammer Petra-Marina, 2014, S.16, Das ADS-Erwachsenen-Buch

² Vgl. Dr.med. Ralph Meyers, 2019, S. 20, ADS ist heilbar

³Vgl. <https://www.adhs-ratgeber.com>

⁴Vgl. <https://www.spektrum.de/news/die-transmitterchemie-stimmt-nicht/1007330>

⁵ Vgl.Dr.med. Ralph Meyers, 2019, S. 28, ADS ist heilbar

Das anders funktionierende Belohnungssystem dient somit zur Erklärung, warum Erwachsene mit einer AD(H)S-Symptomatik häufiger zu Suchtmitteln oder ungesunden Lebensweisen tendieren. Dies kann als Versuch gesehen werden, den Mangel an positiven Rückmeldungen aus dem Belohnungssystem über andere Methoden zu kompensieren.⁶

In meiner verkehrspsychologischen Praxis treffe ich auf eine nicht unerhebliche Anzahl Menschen die eine AD(H)S Problematik im Erwachsenenalter mitbringen. Sie kommen weil sie durch einen Suchtmittelmissbrauch oder Regelverstößen im Straßenverkehr ihre Fahrerlaubnis verloren haben.

Nachfolgend möchte ich ein Beispiel aus der verkehrspsychologischen Praxis vorstellen:

Männlicher Klient 26 Jahre, zweiter Führerscheinverlust aufgrund einer Alkoholproblematik in Kombination mit einem Unfall. Bei der ersten Auffälligkeit betrug der Blutalkoholwert 1,75 Promille und beim zweiten Vorfall mit Unfall belief sich der Blutalkoholwert auf 1,95 Promille.

Herr B. charakterisierte sein Leben wie folgt: „Mir fehlte zeitlebens eine gewisse Disziplin und Zielstrebigkeit. Angefangen hat es schon in der Schule ich war ständig am rumzappeln und fiel besonders als vorlauter Klassenkasper auf. Den Schulstoff habe ich eigentlich ganz gut kapiert, aber es war auch nicht sonderlich spannend und bei Fächern wie Mathe habe ich komplett abgeschaltet. Im Vordergrund stand der Spaß. Es war jedoch auch so, dass ich Aufgaben die mir Spaß machten immer mit voller Leidenschaft durchgezogen habe.

Im Umgang mit Menschen fällt es mir schwer einfach auf jemanden zuzugehen, jedoch ist es für mich sehr wichtig was die Anderen über mich denken, auch wenn ich es mir öfters nicht eingestehe. Treffe ich auf jemandem mit der gleichen Wellenlänge, dann kann ich sehr aufgeschlossen und vertrauenswürdig sein. Besonders gut kann ich in sämtliche Fettnäpfchen treten und ich bin oft ein Tollpatsch. Da ich ständig an meinen Fähigkeiten zweifle ist mein Selbstbewusstsein nicht sonderlich ausgeprägt.

Mit 13 Jahren habe ich den Alkohol entdeckt. Mit dem Alkohol wurde die Welt schlagartig lustiger, ich fühlte mich dann gut drauf und die Langeweile meiner Klein-

⁶ Vgl. <https://www.spektrum.de/news/die-transmitterchemie-stimmt-nicht/1007330>

stadtwelt wurde erträglicher. Zudem beruhigte mich der Alkohol und nahm mir meine innere Unruhe und das Zappelige. Mit 15 habe ich mich regelmäßig am Wochenende mit Bier betrunken, dabei wurde ich mit dem Alkohol selbstbewusster und redseliger. Bis zum meinem 17. Lebensjahr habe ich ausschließlich Bier getrunken, dann habe ich den Sekt für mich entdeckt und schaffe es nach kurzer Zeit zwei Flaschen Sekt zu trinken. Mit dem 18. Geburtstag kam der Schnaps dazu, zu meinen Spitzenzeiten trank ich bis zu zwei Flaschen Whiskey am Abend. Jedoch machte mich der harte Alkohol aggressiv, so dass ich mich in Schlägereien verwickelte und mit dem Gesetz in Konflikt kam.

Nach meiner ersten Auffälligkeit im Straßenverkehr, habe ich versucht kontrolliert zu trinken. Dies funktionierte eine Zeitlang relativ gut, dann gab es wieder Abende an denen ich total betrunken war. Diese Ausrutscher habe ich mir schön geredet: „Ich habe die Sache schon im Griff, bin ja nicht mit dem Auto gefahren“.

Herr B. kam nach der zweiten Auffälligkeit zu uns in die verkehrspsychologische Praxis. Für die Erlangung seiner Fahrerlaubnis benötigte mein Klient nochmals ein positives medizinisch-psychologisches Gutachten. Die „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ fordern bei Alkoholmissbrauch eine einjährige Abstinenz durch forensisch gesicherte Urinkontrollen oder Haaranalysen sowie die Aufarbeitung der Alkoholproblematik.

In den darauffolgenden Therapiesitzungen wurde die AD(H)S Symptomatik erstmalig zur Sprache gebracht und in Verbindung mit der Alkoholproblematik bearbeitet. Zunächst wurde der Grad der Schwere der Alkoholproblematik diagnostiziert inwieweit hier von Alkoholmissbrauch oder schon von einer Abhängigkeit ausgegangen werden kann.

Dies erfolgte auf der Grundlage des ICD-10, F1x.2 Abhängigkeitssyndrom Punkte 1, 2, und 4. Der biografischen Anamnese, Schilderungen aus dem Alltag des Klienten, Kompensationsstrategien sowie psychologischen Fragebögen (z. B. Wender Utah Rating Scale) untermauerten die Diagnose AD(H)S.

Herr B. berichtet z.B. von starker Ablenkbarkeit, häufigen emotionalen Schwankungen, innerer Unruhe, Kreativität die sich im Zeichnen ausdrückte, Empathie, Ungeduld, Grenzen austesten, Aufschieberitis, Unfähigkeit, ein Buch bis zu Ende zu lesen,

schnell den roten Faden zu verlieren, Reizempfindlichkeit, Hyperfokussiertheit bei interessanten Dingen, Einzelgängertum usw.

Begonnen wurde der therapeutische Prozess zunächst mit der Psychoedukation um die neurologischen Zusammenhänge zwischen AD(H)S und Alkohol, besonderer Schwerpunkt die Suchtaffinität.

Die weitere Bearbeitung erfolgte ressourcenorientiert im Rahmen des systemischen Ansatzes sowie der Verhaltenstherapie. Mit ressourcenorientierten Interventionen bearbeiteten wir die Stabilisierung des Selbstbewusstseins, Umgang mit Emotionen, Impulskontrolle, Umgang mit Alkohol, Rückfallprävention.

Eine ressourcenorientierte Intervention zur Stabilisierung des Selbstbewusstseins, stellte die Arbeit mit der Lebenslinie dar.

Wichtige Fragen dazu:

- „Welche „natürlichen“ Einschnitte (Geburt, Schule, Pubertät, Ausbildung usw.) hat es gegeben“?
- „Welche sonstigen tieferen Lebenseinschnitte/Wendepunkte haben sie erlebt“?
- „Was waren die jeweiligen persönlichen Herausforderungen in der Situation“?
- „Was war nach der Krise anders als vorher“?
- „Welche persönlichen Grenzen (z.B. körperlich, mental) wurden berührt“?
- „Was hat Ihnen in der jeweiligen Situation geholfen, die Situation zu bewältigen“?
- „Was zeichnet Sie aus“?
- „Auf was sind Sie stolz in Ihrem Leben“?
- „Was macht Sie glücklich und dankbar“?
- „Welches sind meine schönsten Erinnerungen“?
- „Wer liebt mich oder wenn liebe ich“?

Parallel zur Lebenslinie wurde die Alkohol-Konsumkurve eingetragen, mit Startpunkt/Endpunkt, Anstiege/Abfälle und Mengen.

Am Ende entstand durch diese Arbeit ein komplexes Bild, das wichtige Lebensmuster sowie Ressourcen verdeutlichte. Mit fortschreitendem therapeutischen Prozesses gelang es Herr B. sein bisheriges Leben zu würdigen und mit einem gewissen

Stolz und Nachsicht auf seinen Weg zu blicken. Er lernte sich Glücksmomente ohne Alkohol zu verschaffen, begann ein Sportprogramm, erarbeitet zukünftige Ziele und widmete sich verstärkt seinen Zeichnungen.

Seine emotionalen Schwankungen kann Herr B. heute mit der „Stopp-Übung“ im Zaun halten. Im Rahmen einer Imaginationsübung übten wir die negativen Gedankenkreisel über Stopp-Befehle zu verlassen und den Fokus bewusst auf etwas Positive zu lenken.

Für Herrn B. hat sich Im Laufe unserer gemeinsamen Arbeit vieles zum Positiven verändert. Er kann eine fast einjährige Abstinenz nachweisen, verzeichnet Erfolge in seinem Beruf, hat sich verlobt und wir demnächst mit seiner Partnerin eine gemeinsame Wohnung beziehen, die Beziehung zur Familie ist heute von Respekt und Vertrauen geprägt. Für seine Bilder erhält er viel Zuspruch und Lob das er jetzt annehmen kann.

Die jedoch größte Bereicherung für seine Zukunft erfuhr Herrn B. über die Beschäftigung mit dem Thema AD(H)S. Er lernte seine persönlichen Ecken und Kanten anzunehmen und konnte sie auf eine humorvolle Art in sein Lebenskonzept integrieren. Persönlich habe ich die Arbeit mit Herrn B. als sehr bereichernd empfunden, und ich wünsche ihm alles Gute für seinen weiteren Lebensweg.

Die dargestellte Fallbesprechung zeigt sehr deutlich, wie anstrengend ein Erwachsenen-Leben mit AD(H)S sein kann, gleicht es doch einer permanenten Gradwanderung mit hohem Risiko zum Scheitern.

Zudem zeigen neuere Untersuchungen, dass 50% aller Erwachsenen die von AD(H)S betroffen sind, häufig auch eine Begleiterkrankung in Form von Alkohol-/Drogenmissbrauch, Depressionen, Angst-, Zwang- und Essstörungen oder Lernschwierigkeiten aufweisen⁷.

Isabella Stotter, Wirtschaftspsychologin (B.A.), Heilpraktikerin für Psychotherapie, Systemischer Coach und Supervisor, systemische Traumatherapie
Inhaberin der Verkehrspsychologie in der Praxisgemeinschaft Verkehrssicherheit in Ravensburg

⁷ Vgl. Claus, Dieter, Aust-Claus, Elisabeth, Hammer Petra-Marina, 2014, S.16, Das ADS-Erwachsenen-Buch