

# **Abschlussarbeit**

für den Abschluss zur

## **Psychologischen Beraterin**

Thema:

**Aufmerksamkeits / Hyperaktivitäts – Syndrom  
bei Erwachsenen**

**Michaela Bakir  
Roskilder Weg 4  
24019 Kiel**

**Matrikel – Nr.: 120846**

**Januar 2006**

## 1. Einleitung

Gesundheit und Krankheit, diese beiden Bezeichnungen werden allzu häufig als absolute Begriffe wahrgenommen. Dabei sind die Grenzen fließend und oft kann man bei sich selbst nicht sagen, ob gewisse Beschwerden schon Krankheitswert haben oder nicht. Geringfügige Abweichungen von der Norm werden erst durch ängstliche Vorstellungen oder wunschbedingt( nicht in die Schule oder zur Arbeit gehen wollen) zu Krankheiten gestempelt. Empfindsame Menschen neigen zu Angst, Willensschwäche, Traurigkeit: Ein Teufelskreis entsteht, und die an sich nicht wesentlichen Symptome führen zu einer verminderten Leistungsfähigkeit, werden überbewertet und beeinträchtigen die Lebensfreude. Die Frage " Krankheit oder Gesundheit " findet ihre Antwort in einem Prozess, in dem man sich bewusst wird, wie die eigene Persönlichkeit und Konstitution ausgebildet ist. Entsprechend wird ein Gleichgewicht angestrebt werden, das aus den gegebenen Faktoren folgt.

Gerade bei der Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung(ADHS) finden sich fließende Übergänge in bezug auf Gesundheit und Krankheit. Die Ausprägung der Symptome und die individuelle Beeinträchtigung einer ADHS kann sich bei betroffenen Personen sehr unterschiedlich zeigen. (Ry – Ra)

## 2. Allgemeines über ADHS

Die Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung bei Kindern, Jugendlichen und auch bei Erwachsenen ist in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen und öffentlichen Interesses gerückt.

Für manche nur eine Modeerscheinung, für andere eine im Erwachsenenalter bisher vernachlässigte psychische Erkrankung mit erheblichen Konsequenzen für den Einzelnen und sein Umfeld.

Im Kindes- und Jugendalter stehen mittlerweile evaluierte Diagnostik- und Therapieverfahren zur Verfügung. Im Erwachsenenalter war ADHS jedoch im deutschsprachigen Raum bis vor wenigen Jahren nahezu unbekannt und die klinische Zuständigkeit war zwischen Kinder- und Jugendlichen – bzw. Erwachsenenpsychiatrie- und psychotherapie fraglich. (Krause et. Al 1998, Overmeyer u. Ebert 1999)

Studien haben inzwischen verdeutlicht, dass sich die ADHS nicht regelhaft mit dem 18. Lebensjahr " auswächst ". (Wender 1995 Wilens et al. 2002a, Krause u. Krause 2002)

Die Häufigkeit von ADHS im Erwachsenenalter wird mit 2% in der Gesamtbevölkerung angegeben. (Krause et al. 1998, Wender 2000, Steinhausen 2003)

Erwachsene mit Aufmerksamkeitsdefiziten und hyperaktiven Verhaltensweisen zeichnen sich einerseits durch Kreativität, Lebendigkeit und Spontanität aus. Auf der anderen Seite gelten sie als unberechenbar und unzuverlässig und leiden oft selbst unter Stimmungsschwankungen, Impulsivität und ihrer Ablenkbarkeit mit den entsprechenden Auswirkungen auf ihr Selbstbild und ihre sozialen Beziehungen.

Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie- und psychotherapie ist weiterhin die hohe Rate an anderen, zusätzlichen Erkrankungen, die gehäuft in Verbindung mit ADHS beobachtet werden(z.B. Depressionen, Sucht, bipolare Störungen, Angst- und Schlafstörungen) von besonderer klinischer Bedeutung.

ADHS kann daher auch als ein “ Risikofaktor “ für andere psychische Störungen angesehen werden. (Ebert et al. 2002, Hesslinger et al. 2003a)

ADHS tritt in manchen Familien gehäuft auf. In Studien zu Ursachen von ADHS wurden zahlreiche neurobiologische Auffälligkeiten und eine sehr hohe genetische Übertragung gefunden.(Dougherty et al. 1999, Faraone et al. 2000, Giedd et al. 2001)

## **2.1 Hauptmerkmale einer ADHS**

1. Aufmerksamkeitsstörung bzw. Unaufmerksamkeit, eine verminderte Konzentrationsfähigkeit, starke Ablenkbarkeit und Desorganisation.
2. Die Hyperaktivität bzw. motorische Unruhe, die sich bei Erwachsenen vornehmlich als innere Unruhe äußert, mit der Unmöglichkeit sich zu entspannen.
3. Die Impulsivität, d.h. mangelnde affektive Impulskontrolle, große Stimmungsabhängigkeit, sowie emotionale Instabilität.

### **Aufmerksamkeitsstörung bzw. Unaufmerksamkeit und Desorganisation:**

Die Patienten haben Schwierigkeiten, Arbeiten zu planen und zu organisieren. Sie sind nicht fähig, selbständig Aktivitäten in Angriff zu nehmen oder diese zu Ende zu führen. Es fällt Ihnen schwer, Anordnungen auszuführen oder sich unterzuordnen. Ihre Zeit können sie sich schlecht einteilen, was gegebenenfalls zu Unpünktlichkeit führt. Häufig schwer erklärbare Arbeitsplatzverluste sind typisch, oppositionelles Verhalten ist nicht selten anzutreffen. Sie sind vergesslich, machen Flüchtigkeitsfehler, halten Arbeiten und Tätigkeiten, die Konzentration erfordern, nicht durch. Sie sind ablenkbar, verlieren häufig Gegenstände, haben vermehrt Unfälle verschiedenster Art. Oft wirken sie geistesabwesend, sind unaufmerksam, hören nicht zu und im Gespräch wechseln sie immer wieder das Thema. Oftmals ist das Kurzzeitgedächtnis gestört.

### **Hyperaktivität:**

Die Hyperaktivität bzw. die motorische Unruhe des Kindesalters verschwindet häufig im Erwachsenenalter, während die anderen Symptome weiterbestehen. Trotzdem bleibt ein Teil der Patienten motorisch unruhig, angespannt und unfähig zur Entspannung. Sie sind zu ruhigen Aktivitäten nicht in der Lage, sind schnell gelangweilt, brauchen ständig Anregung und Betrieb. Entsprechend werden Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden, selten beibehalten. Das Schlafbedürfnis kann sehr unterschiedlich sein, zum Teil kommen sie mit sehr wenig Schlaf aus.

Aber auch das andere Extrem kann vorkommen, das heißt, die Patienten wirken antriebslos, ohne Eigeninitiative, sind wortkarg und ziehen sich sozial zurück.

### **Impulsivität:**

Die Patienten neigen zu unüberlegten Handlungen auf verschiedensten Gebieten, auch gefährliche Aktionen ohne Rücksicht auf Konsequenzen. Sie reagieren unüberlegt, oft unerwartet auf äußere Situationen. Sie können sich nicht beherrschen und ihre Handlungen kontrollieren, dies besonders unter Alkoholeinfluss. Auf Kritik reagieren die Patienten mit Kränkung, Zorn und sogar Streit und sie haben Mühe, dieses explosive Verhalten unter Kontrolle zu bringen.

## **Emotionale Instabilität** (sehr typisch bei Erwachsenen)

Die Patienten haben häufig rasche Stimmungswechsel, die kurz anhalten und schnell durch gegenteilige Affekte abgelöst werden. Depressive Verstimmungen werden von einer euphorischen Stimmungslage abgewechselt; Wut und Aggressivität können in tiefe Traurigkeit und Selbstmitleid umkippen. Typischerweise führen kleine Anlässe zu solch abrupten Wechseln und die affektiven Reaktionen führen zu sozialen Phobien innerhalb der Familie und natürlich auch am Arbeitsplatz. Mit zunehmenden Alter herrschen depressive Symptome vor, oft als Leeregefühl und affektive Verarmung geschildert.

## **2.2 Komorbidität**

Wie bereits ausgeführt besteht eine hohe Komorbidität von ADHS und Depressionen, bipolarer Störung, sowie generalisierten Angst- und Zwangsstörungen. Es handelt sich dabei meist um eine echte Kombination von zwei oder mehr Krankheitsbildern und nicht um eine Vortäuschung von ADHS - Symptomen durch die anderen psychiatrischen Erkrankungen oder umgekehrt.

Die Komorbidität mit weiteren psychiatrischen Erkrankungen stellt einen erheblichen Risikofaktor für Suchtmittelmissbrauch, vor allem für Patienten mit dissozialer Entwicklungsstörung dar. (RY-Ra)

## **2.3 Diagnose**

Obwohl die erwähnten ADHS – Symptome allein unspezifisch sein können, ist es wichtig, die Symptome in ihrer Wertigkeit bzw. in ihrer Ausprägung und den dadurch hervorgerufenen Folgeerscheinungen zu beurteilen. Wie bei jeder relevanten Störung finden sich die beschriebenen ADHS – Symptome in ihrem Ausmaß außerhalb normaler Grenzen, persistieren seit Kindheit und haben zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität geführt. Da sich viele Erwachsene mit der Zeit kompensatorische Verhaltensweisen angeeignet haben, ist es wichtig, die dafür verantwortliche Grundstörung herauszuarbeiten. Zur Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter sind der Nachweis von ADHS – Symptomen im Kindesalter zwingend zu fordern, dies nach Angaben des Patienten selbst oder besser zumindest einer Bezugsperson aus der damaligen Zeit. Die Symptome sollten durchgehend, wenn auch mit unterschiedlicher Ausprägung, vom Kindesalter an über das Jugendalter bis ins Erwachsenenalter bestanden haben. (Ry – Ra)

## **ICD 10**

Die Kriterien der ICD 10 (WHO 1992) unterscheiden die Hyperkinetischen Störungen in folgende Subtypen:

- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F 90.0)
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F 90.1)
- Zwei Restkategorien(sonstige, bzw. nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung (F 90.8 bzw. F 90.9)
  
- Eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität kann unter (F 98.8) diagnostiziert werden.

## **DSM – IV - Tr**

- vorwiegend hyperaktiv – impulsiver Subtyp (mindestens 6 der folgenden 9 Kriterien)

1. Zappelig
2. Häufiges Aufstehen
3. Herumlaufen, Unruhegefühl
4. Schwierigkeiten sich ruhig zu beschäftigen
5. Immer “ auf Achse“ oder “ getrieben “
6. Häufig übermäßig viel reden
7. Häufig mit Antworten herausplatzen
8. Nicht warten können
9. Häufig andere unterbrechen

- vorwiegend unaufmerksamer Subtyp (mindestens 6 der folgenden 9 Kriterien)

- 6 Nichtbeachten von Einzelheiten, Flüchtigkeitsfehler
- 7 Schwierigkeiten längere Zeit die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten
- 8 Scheint häufig nicht zuzuhören
- 9 Schwierigkeiten beim Durchhaltevermögen
- 10 Desorganisiertheit
- 11 Vermeidet länger dauernde geistige Anstrengungen
- 12 Häufiges Verlieren von Gegenständen
- 13 Ablenkbarkeit
- 14 Vergesslichkeit

- kombinierter Subtyp (die diagnostischen Kriterien beider Subtypen sind erfüllt.)

## **Wender – Utah – Kriterien**

1. Aufmerksamkeitsstörung
2. Motorische Hyperaktivität (inklusive Gefühl “ innerer Unruhe “)
3. Affektlabilität
4. Desorganisiertes Verhalten
5. Verminderte Affektkontrolle
6. Impulsivität
7. Emotionale Überreagibilität (Psy / ADHS)

### **2.4 Ergänzende Untersuchungen**

- Testpsychologische Untersuchungen
- Spezifische Fragebögen
- Somatische Ausschluss - Diagnostik

### **2.5 Differenzialdiagnose**

Diagnostisch abzugrenzen von der ADHS des Erwachsenenalters sind (nach Ebert 2001, Ebert et al. 2003)

### ◆ **Somatische Erkrankungen :**

In der Kindheit können besonders folgende organische Krankheiten eine ADHS imitieren:

- Schwere Hirnerkrankungen
- Epilepsien (z. B. Absencen)
- Tic Erkrankungen (z. B. Tourett – Syndrom)
- Chorea
- Fragiles x – Syndrom

Im Erwachsenenalter können v. a. folgende Erkrankungen und Faktoren für ADHS – ähnliche Symptome verantwortlich sein:

- Hyperthyreose
- Anfallsleiden
- Restless – Legs – Syndrom
- Virgilanzstörungen bei Schlafstörungen (wie z. B. Narkolepsie, Schlaf – Apnoe – Syndrom)
- Alle primären Hirnerkrankungen
- Medikamente (z. B. Neuroleptika und andere Psychopharmaka), Steroide, Theophyllin, Antihistaminika, Sympathikomimetika, Barbiturate)
- Drogen

### ◆ **Angst- und affektive Störungen :**

Angst und affektive Störungen (verschiedene Formen der Depression und Manie) sind häufige Komplikationen bzw. komorbide Störungen der ADHS. (Psy / ADHS)

### ◆ **Formenkreis der Schizophrenien :**

Desorientiertheit, kognitive Störungen.

“ Knick der Lebenslinie “, multiple unspezifische Symptome und formale Denkstörungen mit gelegentlichen Phobien, überwertigen Ideen und magischem Denken machen Verwechslungen mit “ symptomarmen, blanden “ oder “ prodromalen “ Schizophrenien möglich. (Psy / ADHS)

### ◆ **Persönlichkeitsstörungen :**

Die Diagnose einiger “ Persönlichkeitsstörungen “ basiert auf ähnlichen Kriterien wie ADHS (Ebert et al. 2002). Tatsächlich ähnelt die persistierende ADHS bezüglich ihres Verlaufs einer Persönlichkeitsstörung, da es sich um früh beginnende, durchgehende Merkmale handelt, die als Persönlichkeitszüge auffallen. “ Dissoziale Verhaltensweisen “ sind zwar häufig Folgen der ADHS, gehören aber nicht primär zu ihrer Symptomatik und sollten deswegen im Erwachsenenalter zusätzlich als dissoziale Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden, wenn die Diagnosekriterien hierfür erfüllt sind. (Psy / ADHS)

### ◆ **Teilleistungsstörungen (z. B. Legasthenie, Dyskalkulie) (Psy / ADHS)**

## 2.6 Therapie

ADHS ist nach heutigem Wissen nicht heilbar. Es können aber spontan oder mit therapeutischer Hilfe Bewältigungsstrategien entwickelt werden, die es ermöglichen, mit der Störung besser zurecht zu kommen.

Durch eine geeignete Therapie lernt der Betroffene, sein vorhandenes Potential zu nutzen und mit seinen Schwächen umzugehen. Die Therapie sollte dazu führen, dass sich schulische Leistungen, soziale Kompetenzen und Selbstwertgefühl verbessern. Behandelt wird sowohl mit Medikamenten, als auch mit psychotherapeutischen Methoden und Erziehungskonzepten. (Arbeitsblätter ADHS)

### **Behandlungsmöglichkeiten im Überblick:**

- Erziehungskonzepte (Regelmäßigkeit im Tagesablauf, realistisches Anforderungsprofil)
- Psychologische Beratung
- Bewegungs-, Beschäftigungs- und Verhaltenstherapie
- Pharmakotherapie
- Behandlung von Teilleistungsstörungen

Die Behandlung der ADHS ist so individuell, wie das Krankheitsbild selbst. Je nach Schweregrad und auftretender Symptomatik verändern sich die Schwerpunkte der Therapie. Eine medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien ist in vielen Fällen erforderlich, damit eine Therapie überhaupt erst zur Wirkung kommen kann.

## **3. Eigenschaften eines Beraters**

Grundlegend ist ein humanistisches Menschenbild: Jeder Mensch ist aktiver Gestalter seiner eigenen Existenz. Er trägt all die Ressourcen in sich, die es ihm ermöglichen, nicht nur selbstverwirklichend zu handeln, sondern in der Verwirklichung dessen, woran er glaubt, seine Existenz zu transzendieren und damit sein Leben mit Sinn zu erfüllen.(Bam)

Genauso wichtig wie das Beherrschen der Grundhandlungsmuster der Beratungstätigkeit und Interventionstechniken sind:

### **Empathie:**

Einführendes Verstehen (Empathie) bedeutet “ den inneren Bezugsrahmen “ des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die “ Als – ob “- Position aufzugeben. (Rogers 1959)

### **Unbedingte Wertschätzung:**

Unbedingte Wertschätzung bedeutet, eine Person zu schätzen, ungeachtet der verschiedenen Bewertungen, die man selbst ihren verschiedenen Verhaltensweisen gegenüber hat. (Rogers 1959)

### **Kongruenz:**

Echtheit (Kongruenz) bedeutet, dass der Berater sich dessen, was er erlebt oder empfindet, deutlich gewahr wird, dass ihm diese Empfindungen verfügbar sind und er

dieses Erleben in den Kontakt mit dem Klienten einbringt, wenn es angemessen ist. (Rogers 1997)

Schulz von Thun (1990) weist darauf hin, dass Authentizität Bedingungen in einem selbst braucht. Der Berater benötigt seiner Meinung nach ein Minimum an Selbstwert und größtmögliche Angstfreiheit. Die Forderung kongruent, authentisch zu sein, stellt daher eine anzustrebende Zielvorstellung dar, deren Verwirklichung immer vom Beziehungsprozess abhängig ist. So wie die Beziehung zum Klienten sich langsam entwickeln muss und auch nicht immer gleich ist, so ist auch "Echtheit" nicht etwas Statisches, sondern ein – je nach Klient, Situation, Rahmenbedingungen und persönlichem Entwicklungsstand – mehr oder weniger erfolgreiches Bemühen um Wahrnehmung, Offensivsein und Klärung der eigenen Gefühle, die der Klient in einem auslöst.

In Ausbildung und Supervision sollte daher die Sensibilität, für die eigenen Empfindungen immer wieder geschärft werden. Dazu gehört, sich eingehend mit den persönlichen Grenzen und der eigenen Helfermotivation auseinander zu setzen.

#### **4. Das Erstgespräch**

Das erste Gespräch mit dem Klienten ist ungeheuer wichtig, da hier die Weichen für alle weiteren Gespräche gestellt werden.

Hier beginnt Beziehungsaufbau. Der Berater soll am Ende des Gesprächs ein klares Bild von der Problematik des Gegenüber haben. Grundsätzlich sollte dem Klienten die Möglichkeit der freien Rede gegeben sein. Wörtliche Zitate des Klienten sind sehr wichtig und zu dokumentieren.

Art und Weise, wie ein Klient sein Problem präsentiert, drückt immer auch schon aus, wie er sich die Zusammenarbeit mit dem Berater wünscht – das, was üblicherweise als das "Anliegen" des Klienten bezeichnet wird.

Dieses Anliegen – impliziert formuliert oder durch gezielte Nachfragen explizit geklärt – ist zum einen durch die Zielvorstellung bestimmt, die der Klient für sich entwickelt hat (zunächst oft nur als "Beseitigung von etwas"), und zum anderen und insbesondere durch die Erwartungen an den Berater, wie er bei der Realisierung der Zielvorstellung behilflich sein soll. Dieses Anliegen gilt es abzustimmen mit dem was ich als Berater als fachliches Angebot unter Berücksichtigung der persönlichen und kontextuellen Ressourcen für angezeigt und realisierbar halte.

Am Ende der Synchronisationsphase lässt sich dann auf der Basis der gemeinsamen Schnittmenge so etwas wie ein "Kontrakt" zwischen dem Klienten und dem Berater über Modalitäten des gemeinsamen weiteren Vorgehens formulieren.

Das ein solcher Kontrakt im Verlaufe des Beratungsprozesses immer wieder der Modulation bedarf, korrespondierend zu den Entwicklungen im Lösungsprozess, versteht sich von selbst.

Dabei können auch Zwischenverträge ausgehandelt werden. Solche Anpassungen sollten von dem Berater auch explizit eingefordert werden, um deutlich werden zu lassen, wie der Klient Schritt für Schritt vorankommt.

Wie dieser Kontrakt formuliert wird und als Zäsur im Beratungsprozess kenntlich gemacht wird, ist situations- wie klientenabhängig.

Es ist besser, kontinuierlich und entwicklungsadäquat nachzubessern, als auf einen einmaligen und inflexiblen "großen Wurf" zu setzen. (Bam)

#### **5. Möglichkeiten therapeutisch beratender Interventionen**



## 5.1 Verhaltenstherapie

Theorie: Die Theorie beschränkt sich bewusst unter Verzicht auf Konstrukte zur Persönlichkeit und deren Entwicklung auf beobachtbares und messbares Verhalten. Verhaltensstörungen werden entsprechend den erforschten lerntheoretischen Gesetzmäßigkeiten:

- Klassische Konditionierung
- Operante Konditionierung
- Soziale Lerntheorie
- Kognitive Theorien

im Verlauf der Biographie gelernt und aufrechterhalten.

Beziehung: Eine “ positive “ Beziehung wird als Basis für ein funktionierendes “ Arbeitsbündnis “ als erforderlich angesehen.

Ziele: Reduktion des unerwünschten Verhaltens und Erlernen von erwünschtem Verhalten mit Hilfe strukturierender Anleitung (u. a. systematische Desensibilisierung, Reizüberflutung, Verhaltensformung mit Hilfe von Münzverstärkung, Verhaltensverträge, kognitive Methoden zur Selbstkontrolle, Training sozialer Fertigkeiten. (Weinb)

Die Verhaltenstherapie bezieht schon geraume Zeit kognitive und zunehmend auch emotionale und motivationale Vorgänge in die Konzeptualisierung und Behandlung mit ein. Daneben hat sie, wie es Holm – Hadulla (2000) ausdrückt: wesentliche Elemente der therapeutischen Beziehung – Empathie, Wertschätzung, Echtheit, Bestätigung aus der Gesprächspsychotherapie nach Rogers (1957) übernommen.

## 5.2 Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie

Theorie: Es gibt eine Aktualisierungstendenz, diese bezeichnet die Tendenz des Gesamtorganismus, sich zu entwickeln und zu erhalten. Erfahrungen werden von der Aktualisierungstendenz zuerst nur danach bewertet, ob sie dieser Entwicklung des Gesamtorganismus dienen oder diese behindern. Nachdem das Selbstkonzept des Kindes eine erste Gestalt angenommen hat, kann es – bedingt durch die Beziehungsgestaltung zu den Bezugspersonen, dispositionellen Faktoren und lebensgeschichtlichen Erfahrungen – an einer Unvereinbarkeit zwischen der Entfaltung des Gesamtorganismus und der Erhaltung des Selbstkonzeptes kommen. Dies wird Inkongruenz genannt. In Folge einer Inkongruenz können Aspekte des Erlebens nicht in das Selbstbild integriert werden, da sie dieses bedrohen. Diese Erfahrungen werden verzerrt wahrgenommen oder verleugnet.

Beziehung: Die Beziehung ist in der Gesprächspsychotherapie der zentrale Wirkfaktor. Die neue korrigierende Beziehungserfahrung ermöglicht es dem Klienten, Erfahrungen aus diesem Beziehungsangebot in seine Beziehung zu sich selbst zu übernehmen.

Ziel: Verminderung der Inkongruenz zwischen dem organismischen Erleben und dem Selbstkonzept. Ziel ist ein Selbstkonzept des Individuums, das immer mehr (im Idealfall alle) ankommenden Erfahrungen integrieren kann. (Weinb)

## 5.3 Begriff und Bedeutung der klientenzentrierten Gesprächsführung

Eine entscheidende Kenntnis des klientenzentrierten Ansatzes ist es, dem Klienten keine Interpretationen, Ratschläge oder fertige Lösungen anzubieten, sondern die

Auseinandersetzung mit emotionalen Prozessen und das Finden neuer Wege und Betrachtungsweisen zu fördern.

Dies geschieht mit dem Ziel, den Klienten zu befähigen, auch mit künftigen Problemen besser fertig zu werden. Rogers (1972 a) beschreibt diesen Ansatz so: „Er zielt direkt auf die größere Unabhängigkeit und Integration des Individuums ab, statt zu hoffen, dass sich diese Resultate ergeben, wenn der Berater bei der Lösung des Problems hilft. Das Individuum steht im Mittelpunkt der Betrachtung und nicht das Problem. Das Ziel ist es nicht, ein bestimmtes Problem zu lösen, sondern dem Individuum zu helfen, sich zu entwickeln, so dass es mit dem gegenwärtigen Problem und mit späteren Problemen auf besser integrierte Weise fertig wird. Wenn es genügend Integration gewinnt, um ein Problem unabhängiger, verantwortlicher, weniger gestört und besser organisiert zu bewältigen, dann wird es auch neue Probleme auf diese Weise bewältigen.“

## **6. Einleitung zum Fallbeispiel**

Die Anfangsphase der Therapie einer ADHS – die Zeit, in der man dahinter kommt, dass man die Störung hat, in der man Nutzen aus der Einsicht zieht, die das alles mit sich bringt, und entdeckt, dass die medikamentöse Behandlung wirkt – diese Phase ist aufregend. Das Leben des Betroffenen kann dadurch tatsächlich verändert werden. Neue Bereiche tun sich für die Patienten auf. Einigen Menschen scheint das so dramatisch, als wären sie plötzlich in der Lage, eine Fremdsprache zu sprechen, von der sie bislang kein Wort verstanden haben.

Andererseits ist die Mühsal nach der Anfangsphase der Behandlung in der Regel nicht vorbei. Bei einigen Glücklichen ist das der Fall, für die meisten Menschen hält die ADHS jedoch auch weiterhin täglich Probleme bereit. Zwar hilft die Behandlung dabei, die Symptome abzuschwächen, sie kann sie aber nicht beseitigen. Die ADHS geht nicht weg. Man kann sie nicht operativ entfernen. Wenn man sie als Erwachsener hat, behält man sie sein Leben lang.

Menschen, die wegen ADHS in Behandlung sind, haben gewöhnlich immer noch mit Problemen des Sich - Organisierens, der Impulsregulierung und der Ablenkbarkeit zu kämpfen. Mehr noch schlagen sie sich aber mit den Sekundärproblemen herum, die sich im Laufe der Jahre herausgebildet haben, in denen sie mit einer unerkannten ADHS gelebt haben. Es sind Symptome wie z. B. ein beschädigtes Selbstbild, ein geringes Selbstwertgefühl, Depressionen, Angst vor anderen Menschen, Selbstbeargwöhnung, Unzuverlässigkeit in zwischenmenschlichen Beziehungen und Wut über die Vergangenheit. Diese Wunden heilen nur sehr langsam. (Ha / Ra)

### **6.1 Besonderheiten in der Beratung mit ADHS – Klienten**

Liegen keine zusätzlichen Erkrankungen mehr vor, das ADHS eventuell medikamentös kompensiert, kann in der Beratung erlernt werden, störende oder sogar gefährdende Strukturen zu erkennen, sie sich bewusst zu machen, sie aufzubrechen und durch geeignete zu ersetzen.

### **6.2 Voraussetzungen, die ein Berater von ADHS – Klienten mitbringen sollte:**

1. Kenntnisse haben über das Krankheitsbild der ADHS und durch Weiterbildung auf dem neuesten Stand des Wissens sein.
2. Die Fähigkeit aufweisen, einer betroffenen Person geduldig zuzuhören.
3. Die Fähigkeit haben, zukunftsorientiert zu denken und zusammen mit dem

- Betroffenen neue Ziele zu formulieren.
4. Der Berater sollte strukturiert arbeiten können und diese Struktur dem Klienten vermitteln (so werden aus Zielen – Taten!)
  5. Der Berater sollte sich bewusst sein, dass eine erfolgreiche Beratung Zeit in Anspruch nimmt, und daher bereit sein, diese Zeit zu investieren.
  6. Der Berater sollte nicht die Verantwortung für den Klienten übernehmen, ihn aber in all seinen Bestrebungen und realisierbaren Plänen unterstützen.
  7. Es ist vom Berater zu bedenken, ob im Bedarfsfall, im Interesse seines Klienten, mit Fachpersonen, Schulen, Arbeitgeber Gespräche geführt werden sollten (vernetztes Denken und Handeln ist häufig der einzige Weg, eine scheinbar ausweglose Situation wieder ins Lot zu bringen).
  8. Der Berater sollte flexibel sein. Ausschlaggebend ist der Betroffenheitsgrad und die besondere Situation des Betroffenen.
  9. Ein guter Berater sollte sich durch seine integre Persönlichkeit auszeichnen.
  10. Ein guter ADHS – Berater sollte Mitgefühl und Verständnis haben und wird so – wenn immer möglich – ermutigende und positive Feedbacks geben. (Ry – Ra)

## 7. Fallbeispiel

Frau X ist 48 Jahre alt. Sie erscheint zum Erstgespräch. Ihre Erscheinung ist sehr gepflegt, die Kleidung geschmackvoll. Frau X verhält sich sprachgewandt, ungezwungen, jedoch etwas bedrückt und zurückhaltend.

Sie berichtet, dass sie seit 3 Jahren geschieden sei und nachdem nun die familiären Probleme geklärt seien, sie selbst wieder Zuversicht und Kraft gewonnen habe, eine berufliche Neuorientierung anstrebe. Ihren früheren Beruf habe sie seit der Geburt ihrer Kinder, vor über 20 Jahren nicht mehr ausgeübt. Für ihr neues Berufsziel müsse sie viel lernen und sehe sich dadurch mit den alten Schulschwierigkeiten konfrontiert. Sie leide unter Konzentrationsstörungen, erhöhter Ablenkbarkeit und habe Probleme den Stress zu bewältigen.

Vor ca. einem Jahr wurde bei Frau X ein Aufmerksamkeits – Defizit – Syndrom diagnostiziert und psychotherapeutisch behandelt. Eine Stimulanzientherapie musste nach mehreren Versuchen abgebrochen werden, da allergische Symptome auftraten. Frau X gibt an, dass sie sich bis zu den, schon altbekannten Schulschwierigkeiten sehr gut und ziemlich ausgeglichen gefühlt habe.

Als zur Zeit besonders belastend empfinde sie nach eigenen Beobachtungen:

- 1- Eine zeitweilige innere Unruhe und ein herabgesetztes Selbstwertgefühl mit Rückzug und depressiven Verstimmungen.
- 2- Sie verliere sich oft beim Schreiben oder Lesen in Träumen. Den Zusammenhang und Bezug zum eben Gedachten zu verlieren, empfinde sie als sehr schrecklich.
- 3- Wenn sie die Orientierung verliere oder den Faden in einem Satz beim Sprechen, so kommt das Gefühl, es wachse ihr alles über den Kopf. Die Angst vor dem spontanen Gespräch sei daher enorm.

### 7.1 Problemanalyse

Durch die vorangegangene Psychotherapie hat Frau X sich mit dem ADHS – Syndrom sehr stark auseinandergesetzt und ist erstaunlich gut informiert. Auch konnte ich mir ein gutes Bild über ihr Verhalten im Alltag machen, den sie glaubhaft gut meistert.

Zur Beratung kam sie aus folgenden Gründen:

6.1 Richtiges Lernverhalten erarbeiten

6.2 Kontrolle der Stimmungsschwankungen

Das zwanglose Verhalten von Frau X scheint mir jedoch etwas aufgesetzt. Zu diesem Zeitpunkt hat ihr herabgesetztes Selbstwertgefühl sie in eine soziale Phobie mit Rückzug, Abkapselung, sowie dem Auftreten depressiver Symptome geführt.

## **7.2 Diagnose**

Da ich Einsicht in den ärztlichen Befund, den Frau X mir mitbringt, nehmen darf, kann ich entnehmen, dass es sich bei ihr um eine einfache Aufmerksamkeits- – Defizit – Störung (ICD 10 – F 90.0) handelt.

Zur Zeit unseres Erstgespräches empfinde ich die Klientin als ziemlich beeinträchtigt und da die deutschen Leitlinien in diesem Fall eine Behandlung empfehlen, überweise ich sie zu ihrem behandelnden Psychiater. Vielleicht wird eine nochmalige medikamentöse Therapie erwogen werden.

## **7.3 Verlauf der Beratung**

### **7.3.1 Zusammenarbeit mit dem Psychiater**

Gerne bin ich bereit Frau X nach der Untersuchung bei ihrem Psychiater zu beraten und das lasse ich sie wissen.

Kommt die Klientin erneut, erbitte ich ihr Einverständnis, die genaue Diagnose und Therapieplan von ihrem behandelnden Arzt zu erfahren.

Erhalte ich die Daten von Frau X, stimme ich meinen Beratungsansatz mit dem Arzt ab und informiere mich genauestens über mögliche medikamentöse Gaben. Im Sinne der Klientin halte ich einen regelmäßigen Austausch zu ihrem Psychiater aufrecht.

### **7.3.2 Beratungsvorschlag**

Da ich die Schwere der Symptome der Klientin schwer einschätzen kann, hängt das detaillierte Vorgehen von der Diagnose des Psychiaters ab. Die Beratung eines AD(H)S – Patienten ist stets additiv zur psychiatrischen und, oder psychotherapeutischen Behandlung. Sie kann erst erfolgen, wenn zusätzliche Erkrankungen, wie Depression oder Angststörungen nicht mehr vorliegen.

Ist dies der Fall, wäre meine Präferenz im Falle von Frau X eine klientenzentrierte Gesprächsführung und verhaltenstherapeutische Maßnahmen.

### **7.3.3 Beratungsziele**

1. Wöchentlich stattfindende Beratungseinheit als Begleitung während der medikamentösen Einstellung
2. Aufklärung und Beratung über Störungsproblematik und Entstehung der Störung (klientenspezifisch)

3. Erlernen von Selbstbeobachtung hinsichtlich der Störungssymptome, sowie Verbesserung der Eigensteuerung

#### 7.3.4 1. Beratungsgespräch

Als Frau X wieder in die Beratung kommt, erfahre ich, dass eine erneute Stimulanzientherapie eingeleitet wurde. Die Klientin ist guter Stimmung, da sie u. a. große Hoffnung in die medikamentöse Therapie setzt. Nach Rücksprache mit ihrem Psychiater, den ich sofort erreichen kann, erfahre ich, dass dieser keine Einwände gegen eine begleitende psychologische Beratung erhebt und meine Interventionsvorschläge befürwortet. Die Grundvoraussetzung der hohen Eigenmotivation ist bei Frau X gegeben. Durch Empathie, Wertschätzung, Authentizität und positives Feedback möchte ich die Klientin stabilisieren, ihr Sicherheit, Rückhalt und Geborgenheit vermitteln.

Während Frau X mir von ihren Konzentrationsstörungen als Kind in der Schule erzählt, die gleichen Schwierigkeiten, die ihr jetzt im Erwachsenenalter die Freude an der Umschulung verderben, gerät sie in eine Übererregung, die ich schon bei ihrem ersten Besuch feststellen konnte. Um ihr die Möglichkeit zu geben, sich zu beruhigen, biete ich ihr ein Glas Wasser an. Nach dieser kurzen Ablenkung, merke ich, wie sie ruhiger wird und wir können weiter machen.

Auf meine Aufforderung hin, fährt sie fort, mir über ihr Verhalten als Kind in der Schule zu erzählen. Sie habe sich ständig in Tagträumen verloren und dem Unterricht nur bruchstückhaft folgen können. In all ihren Zeugnissen, sei auf ihre geistige Abwesenheit und leichte Ablenkbarkeit hingewiesen worden. Trotz allem habe sie alle Schul- und Berufsabschlüsse erfolgreich beendet.

In starkem Zusammenhang kann ich ihre momentanen Stimmungsschwankungen mit ihren damaligen und jetzigen Schwierigkeiten erkennen. Bereits am Telefon bat ich Frau X, ein aktuelles Schulbuch mitzubringen. Ich fordere sie nun auf, mir zu zeigen, wie sie beim Lernen vorgeht. Zuvor jedoch bitte ich sie um Erlaubnis, eine Videoaufzeichnung machen zu dürfen. Anhand der Aufzeichnungen finden wir Schwachstellen in ihrem Lernverhalten z.B. Planung, Zeitmanagement, Problemlösung und versuchen nun gemeinsam Bewältigungsstrategien zu erarbeiten.

Es ist deutlich zu sehen, dass die Klientin ihre Maßlatte sehr hoch angelegt hat, da sie den ausgesuchten Text sehr schnell bearbeitet, sich aber für viel zu langsam hält. Weiterhin fängt sie mit der Bearbeitung an, ohne ein Ziel festgesetzt zu haben, was ihr eine anschließende Lernkontrolle sehr erschwert. Das soeben Gelesene konnte sie daher auch nur schwer und lückenhaft wiedergeben.

Daraufhin lasse ich sie zuerst das Lernziel abstecken, sich einen Überblick verschaffen. Um was geht es genau, was ist das Thema, damit das Gelesene Sinn macht und einzuordnen ist, respektive besser an vorhandenes Wissen und Erfahrungen angeknüpft werden kann.

Die Lernkontrolle fällt dementsprechend wesentlich besser aus. Danach unterhalten wir uns über den Arbeitsplatz, das Arbeitsumfeld und die Länge der Lerneinheiten.

Aus den Ausführungen von Frau X entnehme ich, dass bei ihr zu Hause, sowohl Arbeitsplatz als auch Umfeld sehr geordnet sind, da sie Unordnung nicht ertragen könne.

Lerneinheiten habe sie noch nie festgelegt, sie fange an, die Zeit vergehe, es komme vor, dass sie stundenlang am Schreibtisch sitze und kaum etwas vom Lernstoff aufgenommen habe.

Ich rate ihr, die Lerneinheiten stark zu verkürzen, ca. 20 Minuten. Hierzu lasse ich sie einen Wecker stellen. In den kurzen Pausen (ca. 5-10 Min.) empfehle ich ihr unbedingte körperliche Bewegung.

Zum Abschluss der Stunde gebe ich Frau X die Hausaufgabe "ein Tagebuch" zu führen. Es soll der Eigenwahrnehmung dienen und die Wirksamkeit ihrer Medikamente gut einzuschätzen helfen.

Vorerst schlage ich ihr dann noch wöchentliche Beratungseinheiten von 60 Minuten vor.

### 7.3.5 2. Beratungsgespräch

Nach der Begrüßung spreche ich mit Frau X zunächst über allgemeine Dinge (Wetter, Verkehr u. a.).

Wie ich auch dieses Mal erkenne, braucht sie ein paar Minuten, um sich zu beruhigen und sich entspannter auf die Beratung zu konzentrieren. Außerdem schafft dies eine vertrautere Atmosphäre und ich kann auch vorab erfahren, wie ihr die Stimulanzientherapie bekommt. Es ist mir sehr wichtig, dies vor jeder Stunde zu erfahren.

Danach frage ich Frau X nach den Aufzeichnungen von zu Hause. Zwar hat sie welche mitgebracht, allerdings nur sehr wenig, knapp und in Stichworten. Ich möchte gerne von ihr wissen, ob es ihr schwergefallen sei, täglich Aufzeichnungen zu machen. Sie bejaht. Genau wie beim Lernen falle es ihr schwer, sich hinzusetzen und sich zu sammeln. Sie wolle gerne mehr und ausführlicher über ihren Tagesablauf schreiben, habe jedoch zu viele andere Dinge, die sie beschäftigen.

Sie vergesse oft die Zeit, da sie immer wieder in Situationen gerate, in denen sie in Handlungen verharre (z.B. stundenlanges Lesen) oder diese verzögere oder abbreche, da sie sich "wegträume", also ihre Konzentration nicht aufrecht erhalten könne. Letztlich leide ihre Lernbewältigung und ihre emotionale Stabilität darunter.

Zum Lernen an sich befragt, gibt sie an, dass die Lerneinheiten von 20 Minuten zu kurz für sie seien, da sie geraume Zeit benötige um sich sammeln zu können und somit zu schnell wieder Pause machen müsse.

Also rate ich ihr die Lerneinheiten auf ca. 40 Minuten zu erweitern.

Nun überlegen wir gemeinsam, wie sich Frau X selbst motivieren könne, regelmäßig und ohne Druck in die Handlung zu gehen (speziell beim Lernen). Auf Anheiß fallen ihr so einige Dinge ein, die sie sich bei Einhaltung ihrer Lerneinheiten, als Belohnung gönnen möchte (z. B. Spaziergang, gutes Essen u.a.).

Ich gebe ihr ein positives Feedback, da sie in der Lage ist, sich gezielt selbst etwas Gutes zu tun.

Um einen angemessenen Zeitrahmen abstecken zu können, möchte ich, dass sie sich feste Stunden- Tages- und Wochenpläne erstellt. Einen Wecker hat sie sich bereits auf ihren Schreibtisch gestellt.

Zur nächsten Stunde möchte ich, dass sie ihre täglichen Ausführungen ausführlicher aufschreibt. Dann soll sie sich Pläne erstellen, die gut und regelmäßig in ihren Tagesablauf integriert werden können und sichtbar aufgehängt werden.

Nicht versäume ich es, Frau X bei der Verabschiedung zu ermuntern und meiner Freude darüber Ausdruck zu geben, dass sie alle erarbeiteten Interventionen motiviert aufgreift.

### **7.3.6 3. Beratungsgespräch**

Nach unserer Eingangsunterhaltung, in der ich mich davon überzeugen kann, dass es Frau X gut geht und auch die medikamentöse Therapieeinstellung bisher gut gelingt, widmen wir uns zunächst den täglichen Eintragungen. Sehr erstaunt und erfreut bin ich darüber, dass Frau X dieses Mal sehr ausführliche Eintragungen vorgenommen hat. Sie äußert, dass es zunächst wieder einige Überwindung gekostet habe und immer einfacher verlief, je mehr sie merkte, dass sie durch die Niederschrift intensiveren Zugang zu ihren Gefühlen bekam. Außerdem sei es einfacher, auf diese Weise ihre Bewältigungsstrategien zu befolgen.

Da Frau X sehr stark visuell ausgerichtet ist, empfehle ich ihr, sich auch im Unterricht ständig Notizen zu machen. Um ihr Lernen in Bildern gut nutzbar zu machen, weise ich sie auf die Methode des Mind Mapping hin. Wenn es ihr möglich ist, rate ich ihr diese Methode in einem Seminar zu erlernen.

Aus den täglichen Eintragungen geht deutlich hervor, wie auch schon von Frau X erwähnt, dass es in ihrem Leben zu viele Schauplätze gibt. Es ist mir sehr wichtig, möglichst viele Verstärker herauszuarbeiten und dann herauszunehmen. Ebenso muss sie lernen Prioritäten zu setzen.

Für die nächste Stunde schlage ich eine Bastelarbeit vor. Frau X soll auf buntem oder weißem Papier mit jeweils einem Wort aufschreiben, was sie sich momentan ständig in Erinnerung rufen möchte.

Diese Schilder, nicht zu viele, werden dann gut sichtbar in ihrer Wohnung aufgehängt.

Neben den täglichen Eintragungen ist es ihre Aufgabe für die nächste Stunde, die für sie passenden Worte zu formulieren.

### **7.3.7 4. Beratungsgespräch**

Nach unserem Anfangsritual, in dem ich feststellen muss, dass es Frau X nicht ganz so gut geht, erfahre ich, dass ihr die letzte Dosiserhöhung nicht gut zu bekommen scheint. Da sie sich ohnehin wöchentlich telefonisch bei ihrem Psychiater melden muss, hat dieser bereits eine Rückdosierung verordnet. Die gute Motivation von Frau X ist erhalten geblieben, so dass wir an die Besprechung der Eintragungen gehen können.

Da sie alle erarbeiteten Bewältigungsstrategien gut befolgt, allerdings wie sie sagt, nicht ohne Anfangsschwierigkeiten, sieht ihr wöchentlicher Tagesablauf wesentlich ausgeglichener aus.

Wie Frau X sagt, liegt es auch daran, dass sie jede Woche zur Beratung kommt. Hierdurch beobachtet sie sich verstärkt und kann sich besser und schneller sammeln. Diese Faktoren haben zur Folge, dass ihre Stimmungslagen stabiler sind.

Nun möchte ich, dass Frau X beginnt, die Schilder herzustellen und frage sie, welche Merkworte für sie wichtig sind.

Ihre Worte lauten: Wecker, Lebensqualität, Bremse, Schauplätze.

Nun möchte ich eine kurze Erklärung zu den Worten:

Schauplätze: Symbolisiert ihren Arbeits- Familien- und Freizeitbereich. Wo kann gestrichen, delegiert oder umverteilt werden bzw. Verantwortung abgegeben werden. Ebenso möchte sie die Wichtigkeit aller Dinge neu überdenken und beurteilen.

Wecker: Er soll sie daran erinnern, regelmäßig Pausen einzulegen, sich zu erholen oder eine andere Tätigkeit in Angriff zu nehmen (z. B. Pausen bei der Arbeit oder Lernen, bzw. nicht verharren, z.B. beim Lesen).

Lebensqualität: Sie möchte besser auf ihre Ernährung achten (sehr wichtig für ADHS – Betroffene, da sie u.a. oft an Allergien leiden und sich auch Zucker sehr ungünstig auswirkt). Weiterhin möchte sie regelmäßiger Sport treiben. (Ich rate ihr zu einer Ausdauersportart, wie z. B. Joggen).

Bremse: Sie steht dafür, dass Frau X immer wieder einmal inne halten möchte, um sich selbst zu beobachten und zu befragen und gegebenenfalls gegenzusteuern.

Als die Schilder hergestellt sind, möchte ich mit Frau X alle schon angewendeten und neuen Vorschläge nochmals besprechen. Ich lasse sie wissen, dass ich ihre einzelnen Schilder gut durchdacht finde und würde gerne Veränderungen, die sich daraufhin ergeben in der nächsten Stunde besprechen.

### **7.3.8 Weiterer Verlauf und Ausblick**

Den Beratungsverlauf möchte ich weiterhin an die Bedürfnisse und Wünsche von Frau X anpassen. Wie ich immer wieder feststelle, ist das Gespräch für sie ein außerordentlich wichtiger Faktor. Im Hinblick auf die Beratungsstunden gelingt es ihr immer besser sich zu beobachten und zu strukturieren. Bei Rückschlägen tut es ihr gut, wenn ich sie motiviere und keine Werturteile ausspreche. Auch aus Missgeschicken kann sie etwas lernen. Die sogenannte Sandwich – Methode hat sich gut bewährt: Lob, kritische Bemerkungen, Lob. Auf diese Weise kann ich die Aufmerksamkeit von Frau X gut anstacheln, erreichen, dass sie am Ball bleibt und nicht in Selbstmitleid und Selbstabwertung versinkt.

Alle Erfolgserlebnisse quittiere ich ihr mit Verstärkung.

Wird Hilfe von mir in Anspruch genommen, ist es sehr wichtig, dass ich nachsehe, ob es meiner Klientin auch ernst damit gemeint ist.

Als Berater muss ich flexibel sein, immer wieder Fragen stellen, um sicher zu sein, dass die gewählte Strategie auch richtig ist, sonst muss ich diese ändern.

Da Frau X Anweisungen und Informationen oft nur bruchstückweise mitbekommt (typisch für AD(H)S – Betroffene), hilft es weiter, wenn ich nachfrage bzw. sie Notizen machen lasse.

In Abständen werden Frau X und ich uns die Fragen stellen:

- Wo stehen wir?
- Welche Teilziele sind erreicht?
- Welches kleine Ziel ist als nächstes anzuvisieren?

Zu diesem Zeitpunkt kann ich noch nicht beurteilen, wie lange Frau X der Beratung bedarf.

Meiner Meinung nach wird es noch längere Zeit dauern, bis sie folgende



Schritte eigenverantwortlich unternimmt und aufrecht erhält:

- 14.2 Identifizierung von Schwierigkeiten und Problemen in bezug auf die aktuelle Situation.
- 14.3 Formulierung von Zielen.
- 14.4 Strukturierung und Planung.  
Problemlösungsmöglichkeiten zu formulieren und Ziele in Taten umzusetzen.
- 14.5 Zeitmanagement, Balance halten.
- 14.6 Eigenständige Bewerkstelligung von Selbststeuerung, Selbstkontrolle und Selbstregulierung.
- 14.7 Stimmungsschwankungen müssen schnell erkannt und gegengesteuert werden.

Wird die Beratung beendet, würde ich es begrüßen, wenn sich Frau X bis dahin eine Person ihres Vertrauens ausgewählt hat und dieser regelmäßig zusammenfassend berichten würde.

Da AD(H)S nicht heilbar ist, sind Rückfälle oft vorprogrammiert.

## **8. Literaturliste**

Doris Ryffel - Rawak: Wir fühlen uns anders! - Verlag Hans Huber 2003.

Doris Ryffel - Rawak: ADHS bei Frauen – den Gefühlen ausgeliefert. Verlag Hans Huber 2004.

Doris Ryffel – Rawak: ADHS – Coaching.

Gabriele Müller / Kay Hoffmann: Systemisches Coaching. Carl – Auer – Systeme Verlag 2003.

Edward M. Hallowell / John Ratey: Zwanghaft zerstreut. rororo Verlag 2005.

M. H. Schmidt, H. Dilling, W. Mombour, editor:  
Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD 10 (F). Verlag Hans Huber, 4 edition, 2000.

Bambacher: Lösungsorientierte Beratung. Beltz Verlag 1999, 2001.

Sabine Weinberger: Klientenzentrierte Gesprächsführung. Juventa Verlag 2005.

Carl R. Rogers: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie Fischer Verlag 2005.

Bernd Hesslinger, Alexandra Philipsen, Harald Richter: Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Hogrefe Verlag 2004.

Bildungszentrum für Hyperkinetik. ADS - Coaching