

EBERHARD KARLS UNIVERSITÄT TÜBINGEN
WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTLICHE FAKULTÄT
INSTITUT FÜR ERZIEHUNGSWISSENSCHAFT

BACHELORTHESES
zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts

ADHS IM ERWACHSENENALTER

– UNERKANNT UND UNVERSTANDEN –

Eingereicht bei Prof. Dr. Petra Bauer
Tübingen, den 20. Dezember 2012

Jutta Berner

Bachelorstudiengang Erziehungswissenschaft
Studienschwerpunkt Sozialpädagogik



Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit nicht schon an anderer Stelle als Qualifikationsarbeit eingereicht habe und dass ich sie selbstständig ohne unerlaubte Hilfe und ohne die Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen oder aus anderweitigen fremden Äußerungen entnommen wurden, habe ich als solche einzeln kenntlich gemacht.

Ort, Datum: Tübingen, 10. Dezember 2012

Unterschrift: Jutta Berner

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
1. Einleitung	4
2. Einführung in die ADHS im Erwachsenenalter	6
2.1 Historischer Überblick zur Begriffsbildung	6
2.2 Grundlagen zur ADHS im Erwachsenenalter	8
2.3 Auswirkungen und Folgen einer ADHS	9
3. Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter	10
3.1 Grundlagen	11
3.2 Diagnostik anhand der Leitlinien	13
3.2.1 Patienteninterview	13
3.2.2 Fremdanamnese	14
3.2.3 Verwendung standardisierter Untersuchungsinstrumente	14
3.2.4 Testpsychologische Untersuchungen	14
3.2.5 Differentialdiagnostik und Erfassung von Komorbiditäten	15
3.3 Problembereiche im Zusammenhang mit der Diagnose	15
3.3.1 Fehlerquellen bei der Diagnosestellung	16
3.3.2 ADHS und Komorbiditäten	17
3.4 Bedeutung der Diagnose für die Betroffenen	19
4. Erscheinungsmerkmale der ADHS im Erwachsenenalter	21
4.1 Leitsymptom Unaufmerksamkeit	21
4.1.1 Verhaltensbeobachtungen zum Leitsymptom Unaufmerksamkeit	23
4.1.2 Verhaltensanalyse unter Berücksichtigung der Betroffenenperspektive	23
4.2 Leitsymptom Hyperaktivität	26
4.2.1 Verhaltensbeobachtungen zum Leitsymptom Hyperaktivität	27
4.2.2 Verhaltensanalyse unter Berücksichtigung der Betroffenenperspektive	28
4.3 Leitsymptom Impulsivität	29
4.3.1 Verhaltensbeobachtungen zum Leitsymptom Impulsivität	30
4.3.2 Verhaltensanalyse unter Berücksichtigung der Betroffenenperspektive	31
4.4 Sekundäre Symptome für das Erwachsenenalter	33
4.4.1 Emotionale Labilität	33
4.4.2 Desorganisation	36
4.4.3 Selbstwertproblematik	38
4.5 Soziales Erleben	40
4.6 Stärken und Ressourcen	43
5. Fazit	44
Literaturverzeichnis	47

1. Einleitung

„Letztes Wochenende ist etwas passiert, das meine Frau sehr wütend gemacht hat. Am Samstagmorgen will ich den Rasen mähen, stelle aber fest, dass der Benzinbehälter im Rasenmäher leer ist. Also packe ich ihn in meinen Ford Explorer und fahre zu der Tankstelle beim Supermarkt. Während ich den Behälter auffülle, fährt ein guter Freund von mir zum Tanken vor. Wir sind beide begeisterte Angler. Er sagt, er habe zwei Angelruten dabei, und fragt, ob ich nicht mitkommen wolle zum Forellenfischen am Fluß. Ich sage „ja“. Wir nehmen seinen Wagen, meinen lassen wir an der Tankstelle stehen. Nachdem wir etwa eine Stunde geangelt haben, bekommen wir Durst und finden so eine tolle kleine Kneipe, wo Jungs gerne mal abhängen und ein Bier trinken. Inzwischen ist es Nachmittag geworden, drei Uhr, und wir fahren zurück zur Tankstelle, damit ich meinen Wagen holen kann. Von weitem sehe ich schon die Polizisten, die mein Auto inspizieren. Folgendes war geschehen: Nachdem ich am Morgen „mal eben“ zur Tankstelle gefahren war, um Benzin für den Rasenmäher zu holen, und dann nicht mehr nach Hause kam, verständigte meine Frau die Polizei, weil sie Angst hatte, mir sei etwas zugestoßen. Als sie erfuhr, dass ich mit meinem Freund zum Angeln gefahren war, wurde sie so wütend, dass sie tagelang kein Wort redete! Aber so bin ich nun mal. Ich lasse mich einfach von den Geschehnissen um mich herum mitreißen und vergesse, was ich eigentlich erledigen sollte; oder ich ziehe das, was ich mir vorgenommen habe, nicht durch, weil etwas anderes auftaucht, das ich spannender finde“ (Barkley, 2012, S. 15f).

ADHS im Erwachsenenalter wird auch die „hidden disorder“ genannt. Erst langsam dringt die Erkenntnis ins Bewusstsein von Fachwelt und Öffentlichkeit, dass die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung [ADHS] nicht nur im Kindes- und Jugendalter auftritt, sondern einen chronischen Verlauf aufweist und nicht schlagartig über Nacht, mit dem Erreichen des 18. Lebensjahres verschwindet. Mit dem obigen Zitat gewährt ein Betroffener einen kurzen Einblick in sein Leben und zeigt dabei sowohl die Motive, als auch die Folgen für sein Handeln auf. Fest steht, dass das Verhalten der Betroffenen in der sozialen Konklusion, beziehungsweise dem gesellschaftlichen oder gemeinschaftlichen Zusammenleben häufig erhebliche Probleme verursacht. Aber welche Schwierigkeiten und Beeinträchtigungen entstehen durch eine ADHS für die Betroffenen selbst und wie erleben sie diese persönlich? An erster Stelle des Forschungsinteresses innerhalb dieser Arbeit steht die Frage: „Wie zeigt sich eine ADHS im Erwachsenenalter bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Betroffenenperspektive?

Auf der Suche nach Hilfe wenden sich die Betroffenen häufig an Psychologen und Ärzte oder landen im Feld der Sozialen Arbeit. In den seltensten Fällen wird dabei jedoch eine ADHS erkannt. Nach Angabe des Statistischen Bundesamts [StBA] betrug der Bevölkerungsstand 2011 in der Bevölkerungsgruppe der 20- bis 60-jährigen ungefähr 55% der Einwohnerzahl, von annähernd 82 Millionen Menschen (StBA, 2012). Aktuelle Studienergebnisse zeigen hinsichtlich der ADHS im Erwachsenenalter, bezogen auf Deutschland, eine Prävalenzrate von 4,7% auf (De Zwaan et al., 2011, S. 79). Demnach wären in Deutschland aktuell ungefähr zwei Millionen Erwachsene von ADHS betroffen. Dennoch wird die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter kaum gestellt. Aufgrund dieser Tatsache wird in der vorliegenden Arbeit eine weitere Frage untersucht: Warum ist die ADHS im Erwachsenenalter so schwer zu erkennen und zu diagnostizieren?

Ziel der Arbeit ist keine allumfassende Beantwortung der Fragestellungen. Auf Grund der Komplexität der Thematik erlaubt der Rahmen einer Bachelorarbeit nur die skizzenhafte Analyse einiger relevanter Stichpunkte. Anhand der ausgewählten Situationen und Fallbei-

spiele soll ein Eindruck von den massiven Schwierigkeiten und Beeinträchtigungen gewonnen werden, die eine ADHS im Erwachsenenalter kennzeichnen. Dabei sollen möglichst viele Überschneidungen zwischen den Problemen der Betroffenen und den Aufgabenbereichen in der Sozialen Arbeit angedeutet werden, ohne dass diese jedoch explizit ausgearbeitet werden.

Die Bedeutung der Thematik für die Soziale Arbeit ergibt sich aus ihren Aufgaben. Folgt man der Auffassung von Thiersch (2002) so beschäftigt sich Soziale Arbeit an erster Stelle mit den persönlichen Schwierigkeiten die Individuen haben und bietet Unterstützung bei der Alltags- und Lebensbewältigung. An zweiter Stelle steht dann die Vermittlung zwischen dem Einzelnen und der Gesellschaft. Nach Thiersch vermittelt Soziale Arbeit dabei „zwischen Subjekt und Gesellschaft in der Perspektive des Subjekts“ (S. 212). Daraus abgeleitet werden kann aus erziehungswissenschaftlicher Sicht, die Berechtigung der Betroffenen, in ihrem Anspruch, nicht nur als „ein Gegenstand von Forschung, Pädagogik und Therapie“ wahrgenommen zu werden, sondern gleichfalls die Forderung anerkannt werden, dass „deren Bericht über sich selbst und das eigene Leben als ein zentraler Hintergrund des Verständnisses von ADHS ernst genommen werden sollte“ (Streif, 2012, S. 23). Das Hinzuziehen der Betroffenenperspektive in dieser Arbeit erfolgt des Weiteren in der Hoffnung, die bisher nicht erkannte Relevanz der Thematik für die Erziehungswissenschaft herauszustellen und wissenschaftliches Interesse zu wecken.

Hinsichtlich des methodischen Vorgehens erfolgt nach der Einleitung zunächst die ausführliche Darstellung der Diagnostik einer ADHS im Erwachsenenalter. Diese detaillierte Darstellung soll die Komplexität des Störungsbildes sowie die Validität einer anhand der dargestellten Kriterien erstellten Diagnose, aufzeigen. Einen hoch aktuellen Hintergrund erhält die Diagnostik zudem durch die weltweit auf breiter wissenschaftlicher Basis stattfindende Kontroverse bezüglich der Diagnosekriterien für die ADHS im Erwachsenenalter und eine in diesem Zusammenhang dringlich erwartete Optimierung, innerhalb des Anfang 2013 erscheinenden DSM-V.

Im Hauptteil der Arbeit werden anhand der in den Diagnosekriterien aufgeführten Symptome, als exemplarisch anzusehende Aussagen Betroffener, einem fachlichen Blickwinkel auf innere Zusammenhänge und Charakteristika der Störung, gegenübergestellt. Da die Thematik ADHS im Erwachsenenalter bisher wissenschaftlich eingeschränkt bearbeitet ist, liegen Aussagen Betroffener nur in einem sehr begrenzten Umfang vor. Als Quellen für diese Arbeit wurden daher neben Selbstbeschreibungen und Falldarstellungen aus der wissenschaftlichen Literatur auch Ausführungen aus der Selbsthilfeliteratur mit wissenschaftlichem Hintergrund oder aus biografischen Veröffentlichungen zum Thema herangezogen, um die Perspektive der betroffenen Erwachsenen darzustellen. Dabei wurde zur Schaffung eines möglichst breit angelegten wissenschaftlichen Hintergrundes Material aus verschiedenen zur Verfügung stehenden Fachrichtungen verwendet.

Innerhalb der Arbeit erfolgt die Exploration der Thematik zunächst anhand einer knappen Einführung in die ADHS im Erwachsenenalter in Kap. 2. Zur Einführung in die Komplexität des Störungsbildes erfolgt anschließend in Kap. 3 ein stichpunktartiger Überblick über die aktuellen Richtlinien zur Diagnostik sowie die diesbezüglich auftauchenden Schwierigkeiten. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einer Darstellung des Stellenwertes der Diagnose aus der Betroffenenperspektive. Der Schwerpunkt der Arbeit wird in Kap. 4 abgehandelt. Hier wird ausführlich die Symptomatik der ADHS beschrieben. Dies erfolgt anhand der Leitsymptome in den Diagnosekriterien, sowie anhand der sekundären Symptomatik einer ADHS des Erwachsenenalters. Die Darstellung bezieht sich dabei sowohl auf die Sichtweise der Fachwelt, als auch auf die Perspektive der Betroffenen. Den Abschluss der Arbeit bildet das Fazit in Kap. 5.

2. Einführung in die ADHS im Erwachsenenalter

Thema dieser Arbeit ist die Klärung der Frage: Wie stellt sich ADHS im Erwachsenenalter dar und warum wird sie bisher so selten erkannt? Die Einführung in die Thematik ADHS wird deshalb bewusst knapp gehalten und beschränkt sich auf Kap. 2. Aufgrund der Aktualität des Themengebiets und den nicht in ausreichendem Maße wissenschaftlich erarbeiteten Informationen über die ADHS im Erwachsenenalter, ist es an manchen Stellen von Nöten, auf Erkenntnisse zum Störungsbild des Kindes- und Jugendalters zurückzugreifen. Dies betrifft in erster Linie den etwas ausführlicheren historischen Rückblick zur Begriffsbildung. Eine Begriffsklärung der in dieser Arbeit verwendeten Bezeichnung findet am Ende des Kap. 2.1 statt.

2.1 Historischer Überblick zur Begriffsbildung

Die Symptome motorische Unruhe, mangelnde Impulskontrolle und Unaufmerksamkeit beziehungsweise Ablenkbarkeit konnten schon vor Jahrhunderten bei Kindern beobachtet werden (Rothenberger & Neumärker, 2010, S. 11). In den Mimiamben des Herondas (250 v. Chr.) klagt die Witwe Metrotime über ihren Sohn Kottalos, der auf dem Dach herumturnt wie ein Affe, seine Wachstafel in der Ecke liegen lässt oder nur auf ihr herumkratzt, statt zu schreiben und überhaupt lieber im Wald herumlungert als in die Schule zu gehen. Wenn irgendwo etwas zu Bruch geht, sind sich sofort alle einig, dass wieder einmal der Sohn der Metrotime etwas angestellt hat (Herzog, 1926, S. 93ff). Im Verlauf der Zeit wurde dieses Verhalten bei Kindern und Jugendlichen als „verwahrlost“, „emotional gestört“, „entartet“, „moralisch schwachsinnig“, „erziehungsschwierig“, „verhaltensbehindert“ oder „verhaltensgestört“ bezeichnet (Hillenbrand, 2008, S. 29). Nach Stein fanden und finden sich für auffälliges Verhalten bis heute auch die Begriffe „verhaltensoriginell“ oder „Kinder und Jugendliche mit überraschendem Verhalten“ (2011, S. 6). Köhler (2004) verwendet in seinem Buch „War Michel aus Lönneberga aufmerksamkeitsgestört?“ die Bezeichnung „Sucherseen“ mit

ausschweifendem Weltinteresse, die sich „mit einem jubelnden JA“ ins Leben stürzen (S. 209, 214). Er behauptet bezüglich gestörtem Verhalten im Zusammenhang mit Aufmerksamkeitsstörungen: „Manche Kinder, die als sozial verhaltensgestört gelten, sind in Wahrheit das genaue Gegenteil, nämlich kommunikativ Hochbegabte in einer Gesellschaft von sozial Minderbemittelten“ (2004, S. 75). Diese These ist aus wissenschaftlicher Sicht weder haltbar noch lässt sich das „jubelnde JA“ mit den gravierenden Beeinträchtigungen, die durch eine ADHS entstehen, angemessen beschreiben. Sie kann aber als ein aktuelles Exempel für die Bemühungen um eine positive Betrachtung der Betroffenen in der pädagogischen Debatte verstanden und als ein versuchter Gegenentwurf zu den negativen Zuschreibungen oder Stigmatisierungen der letzten Jahrhunderte gesehen werden.

Nachdem die vorausgegangenen Bezeichnungen vielfach im Bereich der pädagogischen Disziplinen Verwendung fanden, folgt nun ein kurzer historischer Überblick über die diagnostischen Bezeichnungen. Nach Rothenberger und Neumärker (2010) ging es dabei phänomenologisch „(...) immer wieder um die Abgrenzung von gestörtem Sozialverhalten einerseits und hypermotorisch-kognitiven Problemen andererseits (...)“ (S. 11f). Die Autoren verweisen für den deutschen Raum auf die Nervenärzte Kramer und Pollnow, die bereits 1932 eine empirische Studie über die „Hyperkinetische Erkrankung des Kindesalters“ veröffentlichten. Nachdem sich in Europa die These einer Hirnschädigung der Betroffenen nicht bestätigen ließ, ging man von einer Hirndysfunktion aus und führte ab 1962 die Bezeichnung *Minimale Cerebrale Dysfunktion* [MCD] ein. Zu diesem Zeitpunkt entwickelten sich in Europa und in Nordamerika getrennte Ansichten über das Störungsbild. Diese Unterschiede fanden sich unter anderem in den beiden diagnostischen Klassifikationssystemen wieder (S. 11ff). Das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM] ist ein nationales Klassifikationssystem ausschließlich für psychische Störungen, der American Psychiatric Association [APA], während die *International Classification of Diseases* [ICD] das Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation [WHO] ist, bis heute bestehende Unterschiede bezüglich der ADHS werden an späterer Stelle genauer dargestellt. Laut Rothenberger und Neumärker (2010) wandelte sich in Europa die Bezeichnung von MCD in Hyperkinetisches Syndrom. Seit 1992 wird im ICD-10 der Überbegriff Hyperkinetische Störungen [HKS] verwendet. Im DSM wurde das Aufmerksamkeitsdefizit mit und ohne Hyperaktivität [ADHS, ADS, AD(H)S] als Terminologie verwendet, um sowohl die Störungsform mit Hyperaktivität als auch den vorwiegend unaufmerksamen, verträumten Typ beschreiben zu können (S. 12). Krause und Krause (2009) verweisen ferner auf den Begriff Psychoorganisches Syndrom [POS], der in der Schweiz verwendet wird (S. 3) – ein Begriff, der lediglich juristisch und versicherungstechnisch relevant ist. Neuhaus (2009a) zufolge ist die internationale „fachlich korrekte Bezeichnung“ seit 2004: Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung [ADHS] (S. 9). Entsprechend wird der Begriff ADHS in dieser

Arbeit verwendet. Einzig in den wiedergegebenen Literaturziten finden sich diesbezüglich Abweichungen.

2.2 Grundlagen zur ADHS im Erwachsenenalter

ADHS galt in Deutschland bis Ende der 1990er Jahre ausschließlich als eine psychiatrische Erkrankung des Kinder- und Jugendalters (Krause & Krause, 2009, S. 1). Aktuell wird ADHS als „eine häufig chronisch verlaufende Störung mit zahlreichen Entwicklungsbeeinträchtigungen und psychosozialen Adaptionsproblemen“ verstanden (Steinhausen & Sobanski, 2010, S. 168). Als Kernsymptome gelten für alle Lebensabschnitte die Trias Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Alle Symptombereiche unterliegen jedoch einer entwicklungspsychopathologischen Wandlung. So hat die Störung im Grundschulalter ein anderes Gesicht, als in der Lebensmitte (Rösler, 2010, S. 63). Im Erwachsenenalter kommen sekundäre Symptome dazu. Der Symptomwandel über die Lebensspanne ist nicht Thema dieser Arbeit, die Abbildung der Symptomatik des Erwachsenenalters und die daraus resultierenden individuellen Beeinträchtigungen stehen vielmehr im Mittelpunkt des Forschungsinteresses und werden in Kap. 4 ausführlich behandelt.

Weltweit finden sich unterschiedliche Prävalenzzahlen für eine ADHS im Erwachsenenalter. Man nimmt an, dass die Abweichungen „auf methodische Unterschiede zurückzuführen sind“ (Gawrilow, 2012, S. 49). Nach Neuhaus (2012) wurden bisher Zahlen zwischen 3-4% für das Erwachsenenalter angenommen, diese Werte scheinen aber zwischenzeitlich zu steigen. Die Autorin vermutet hier einen Zusammenhang mit „der in Deutschland immer schwieriger werdenden Umwelt für reizoffene und reizfilterschwache Menschen, zum Beispiel am Arbeitsplatz im Großraumbüro, mit ständigen Veränderungen, Umstrukturierungen, [und] zunehmendem Zeitdruck“ (S. 31). Eine aktuelle Querschnittstudie aus Deutschland stellte für das Erwachsenenalter zwischen 18-64 Jahren (n=1,655) eine Prävalenzrate von 4,7% fest. Als weiteres wesentliches Ergebnis arbeiteten die Untersucher heraus: „No association was found with gender“ (De Zwaan et al., 2011, S. 79). Hier ergeben sich Unterschiede zu den Erkenntnissen aus dem Kindes- und Jugendalter. So ist nach Gawrilow (2012) hinreichend belegt, dass ADHS bei Jungen häufiger diagnostiziert wird als bei Mädchen (S. 52). Nach den bisher vorliegenden Untersuchungsergebnissen scheint sich das Geschlechterverhältnis im Erwachsenenalter weitestgehend anzugleichen (Retz-Junginger et al., 2008, S. 815).

Bezüglich der Ursachendiskussion zur ADHS erfolgt an dieser Stelle ein knapper Überblick über die gegensätzlichen Positionen in der Erziehungswissenschaft. Stark verkürzt finden sich nach Becker (2007) in der aktuellen Ursachendiskussion drei Positionen. Während die erste Position im Entstehen der ADHS biologisch genetische Ursachen sieht, vertritt die zweite Position die Ansicht ADHS entstehe, wenn auch nicht ausschließlich, so doch primär, aufgrund umweltbezogener Einflüsse. Nach Ansicht von Becker existiert für die dritte Position kein Störungsbild ADHS und demzufolge wird auch nicht nach einer Ursache

geforscht. Vielmehr sucht diese Position nach „(...) den Ursachen für die Entstehung und Verwendung des Etiketts ADHS (...)“, da sie das Konstrukt „ADHS als ein Produkt sozialer Zuschreibungen“ versteht (S. 190). Eine weitere und differenzierte Darstellung der aktuellen Ursachendiskussion sowie ein umfassender Überblick über Erklärungsmodelle erfolgt nicht, da die Fülle der Thematik nur in einer eigenständigen Arbeit beschrieben werden könnte.

Als wissenschaftlicher Hintergrund dieser Arbeit dient die folgende Zusammenfassung:

ADHS wird nicht von einem singulären Faktor verursacht. In Literatur und Forschung besteht ein weitgehender Konsens darüber, dass primär biologische und genetische Faktoren zur Entstehung einer ADHS führen. Psychosoziale Faktoren können die Symptomatik des Störungsbildes sowohl negativ, als auch positiv beeinflussen (Gawrilow, 2012, S. 61ff).

2.3 Auswirkungen und Folgen einer ADHS

„Bei der ADHS im Erwachsenenalter kann es zu starken alltäglichen, beruflichen, sozialen, psychischen und forensischen Beeinträchtigungen kommen, die einen erheblichen Teil des Leidensdruckes der Betroffenen ausmachen“ (Baer & Kirsch, 2010, S. 15). Diesbezüglich ist es erforderlich, ebenfalls das gehäufte Auftreten von Komorbiditäten zu nennen. Da dieser Sachverhalt im Zusammenhang mit der ADHS im Erwachsenenalter von erheblicher Bedeutung ist, wird dieses Phänomen ausführlich in Kap. 3.3.2 dargestellt.

2002 wurden in einem „International Consensus Statement on ADHD“ folgende Erkenntnisse veröffentlicht:

„ ADHD is not a benign disorder. For those it afflicts, ADHD can cause devastating problems. Follow-up studies of clinical samples suggest that sufferers are far more likely than normal people to drop out of school (32- 40%), to rarely complete college (5-10%), to have few or no friends (50-70%), to underperform at work (70-80%), to engage in antisocial activities (40-50%), and to use tobacco or illicit drugs more than normal“ (Barkley, 2006, S. 54).

In der in Kap. 2.2 erwähnten Querschnittstudie von DeZwann et al. (2011) finden sich bezogen auf Deutschland folgende Ergebnisse: „Adult ADHD was significantly associated with lower age, low educational level, unemployment, marital status (never married and divorced), and rural residency“ (S. 79). Studien belegen, dass die Betroffenen ihren Arbeitsplatz häufiger wechseln, als andere Menschen und ebenfalls schlechter bezahlt werden (Puls, 2012, S. 101). Exemplarisch erfolgt an dieser Stelle ein ausführlicher Einblick auf die Auswirkungen einer ADHS im Erwachsenenalter, auf das Verhalten im Straßenverkehr. Barkley (2006) zeigt anhand von Studienergebnissen diesbezüglich eine deutlich höhere Anzahl von Verkehrsdelikten bei den Betroffenen gegenüber Menschen ohne ADHS auf. So wurde 21,9% der Betroffenen der Führerschein entzogen gegenüber 4,7% in der Kontrollgruppe. 25,7% der Betroffenen wiesen drei oder mehr Unfälle auf im Gegensatz zu 9,4% in der Kontrollgruppe. Weiterhin verursachten 19,7% der Betroffenen beim ersten Unfall einen Schadenswert über 6.000 US-Dollar, gegenüber 7% in der Kontrollgruppe (S. 287). Barkley (2012) verweist darauf, dass Erwachsene mit ADHS drei bis fünf mal so viele Strafzettel bekommen wie nicht Betroffene. Sie werden zum einen wegen zu schnellen Fahrens und

zum anderen wegen Falschparkens abgemahnt. Barkley sieht hier einen Zusammenhang mit impulsivem Verhalten und der mangelnden Geduld bei der Parkplatzsuche. Er zeigt weiterhin auf: „Die Wahrscheinlichkeit, dass Erwachsene mit ADHS vorzeitig durch einen (Verkehrs-) Unfall ums Leben kommen, ist 2,5 mal höher als bei anderen Erwachsenen“ (S. 280). Einer der Gründe warum Barkley seine Forschung auf diesem Gebiet intensiviert hat, ist der tödliche Autounfall seines Zwillingbruders im Alter von 56 Jahren. Barkley (2012) erwähnt diesbezüglich:

„Der tödliche Autounfall lässt sich indirekt auf Rons ADHS und direkt auf die Fahrgewohnheiten und –muster zurückführen, die damit zusammenhängen: zu schnelles Fahren, Ablenkbarkeit, Alkoholeinfluss und eine riskante Fahrweise, noch dazu ohne Sicherheitsgurt“ (S. 278).

Nach einer weiteren Aussage von Barkley (2012) haben Forschungsergebnisse belegt, dass Erwachsene mit ADHS „im Laufe ihres Lebens fast doppelt so häufig eine schwere Verletzung erleiden, [und] viermal so häufig mit einer schweren, unbeabsichtigten Vergiftung ins Krankenhaus eingeliefert werden“ (S. 283). Vor dem Hintergrund dieses kleinen Ausschnittes aus dem Komplex möglicher Folgen einer ADHS erscheint die Aussage von Drue (2007) mehr als angebracht: „Eine grundsätzliche Frage beschäftigt ADHS-Experten: Wie viel Schlimmes darf man über das Störungsbild mit seinen Komorbiditäten berichten“ (S. 69)? Einerseits können solche Statistiken für eine erhebliche Verunsicherung und Sorge bei den Betroffenen und ihren Familien führen, andererseits kann nur durch die Veröffentlichung der Erkenntnisse auf die Brisanz der Auswirkungen hingewiesen und dadurch aufgezeigt werden, dass ADHS sehr viel weitreichendere negative Folgen mit sich bringt als bloße Unruhe, gemeinhin umschrieben mit der Allegorie des Zappelphilipps.

3. Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter

„Wer ADHS kennt, kann sie auch erkennen.“ Gerhild Drue

Nach wie vor ist die Diagnose ADHS im Gegensatz zur medizinischen, eine klinische Diagnose, das bedeutet, es existiert aktuell keine valide „genetische, laborchemische, neurophysiologische oder bildgebende Diagnostikmethode“ (Lemp, Duketis, Bender & Freitag, 2010, S. 29). Dies gilt gleichwohl für andere psychische Störungen und so kann hier ebenfalls „(...) die Zuverlässigkeit der Diagnosestellung durch Experten, die sich an Leitlinien orientieren (...)“, als gesichert gelten (Döpfner, Banaschewski, Rösler & Skrodzki, 2012, S. 2). Erhebliche Unsicherheit besteht allerdings bezüglich des Expertenstatus. Nach Einschätzung von Döpfner (2012) können als eine Ursache der öffentlichen ADHS Kontroverse, häufige Fehlinformationen in der Presse, gesehen werden. Außenseiter-Meinungen werden in der Presse scheinbar gleichwertig mit wissenschaftlich gesicherten Forschungserkenntnissen dargestellt. Die dadurch entstehende Verunsicherung, auch von Betroffenen, wirkt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auch auf eine angemessene Versorgung derselben

aus. Dies betrifft auch die diagnostische Versorgung von Erwachsenen, die derzeit nicht ausreichend gewährleistet werden kann (S. 1ff).

Laut Kahl (2012) gibt es bisher keine groß angelegte systematische Untersuchung, aus welchen Gründen betroffene Erwachsene therapeutische oder medizinische Hilfe suchen, beziehungsweise was sie veranlasst hat, sich bei einem Psychologen oder Arzt vorzustellen (S. 131). Nach Auffassung von Hallowell und Ratey (2009) ahnt die Mehrheit der Erwachsenen mit ADHS nichts von der Existenz dieser Störung, als Ursache für ihre Schwierigkeiten in der Lebens- und Alltagsbewältigung. Seiner Ansicht nach sind die überwiegenden Gründe, Hilfe in Anspruch zu nehmen: Schwierigkeiten in Ausbildung und Beruf, Suchtverhalten, ständige Zerstreutheit, Konflikte in Beziehungen sowie physische oder psychische Probleme. Vielfach werden andere Krankheiten oder Störungen behandelt und eine ADHS wird übersehen (S. 296). Drüe (2007) berichtet vor dem Hintergrund ihrer Arbeit als Pädagogin und ihren Erfahrungen in der Selbsthilfearbeit, von den Irrwegen betroffener Familien auf ihrer Suche nach fachlicher Hilfe. Ohne die richtige Diagnose findet entweder gar keine Therapie statt oder die vorhandene Zeit wird auf ineffektive Therapien verschwendet (S. 21). Nach Ansicht von Solden (2008) suchen vor allem betroffene Frauen jahrelang vergeblich nach wirkungsvoller professioneller Hilfe. So sind diese vielfach jahrelang in psychotherapeutischer Behandlung, ohne dass das ursächliche Problem, eine ADHS, erkannt wurde (S. 144). Neuy-Bartmann (2012) verweist in diesem Kontext auf das Etikett der Therapieresistenz, mit dem die Betroffenen nach jahrelangen erfolglosen Psychotherapiekarrieren versehen werden (S. 88). Um ‚Hilfekarrieren‘ zu vermeiden muss eine ADHS frühzeitig erkannt werden. An dieser Stelle sei ebenfalls auf den in der Sozialen Arbeit verwendeten Begriff „veränderungsresistenter Familien“ verwiesen. Hier stellt sich die Frage nach möglichen Zusammenhängen mit der ADHS-Problematik.

3.1 Grundlagen

An dieser Stelle erfolgt zunächst eine Begriffsklärung. Dies scheint notwendig, da es in der pädagogischen Berufspraxis häufig zu Irritationen durch eine unbedachte Verwendung der Begriffe *Diagnose* und *Diagnostik* kommt. Im Lexikon Pädagogik wird eine Diagnose, als das „Resultat eines diagnostischen Prozesses“ beschrieben (Tenorth & Tippelt, 2007, S. 152). Der Begriff psychologische Diagnostik ist im Psychologischen Wörterbuch Dorsch definiert als „die in Abgrenzung zu anderen diagnostischen Verfahren (z. B. medizinische Diagnostik) gewählte Bezeichnung für alle Methoden und deren Anwendung, welche zur Messung bzw. Beschreibung inter- und intraindividuelle ps. Unterschiede verwendet werden“ (Häcker, 2009, S. 798).

Die in einer erziehungswissenschaftlichen Arbeit zu erwartende umfassende, kritische Auseinandersetzung mit dem Begriff Diagnostik im Sinne einer Selektionsdiagnostik, ist nicht Teil dieser Arbeit. Dennoch soll hier folgend, in Anlehnung an den aktuellen Diskurs zu

dieser Thematik, zumindest eine Erweiterung des im Dorsch definierten Begriffs vorgenommen werden. Steller und Dahle (2001) zeigen einen Paradigmenwechsel hinsichtlich der Konzepte psychologischer Diagnostik auf und verweisen auf das Modell einer problemlöseorientierten Diagnostik. Angestrebt wird hierbei nicht mehr die Erfassung und Abbildung diagnostischer Daten an sich, vielmehr wird Diagnostik immer in Bezug auf eine Entscheidung oder ein Behandlungsziel durchgeführt (S. 46). Als Hintergrund für den in dieser Arbeit verwendeten Begriff der Diagnostik kann das von Kubinger (1996) als Alternative zur Selektionsdiagnostik genannte Konzept der förderungsorientierten Diagnostik, bzw. dessen Erweiterung auf eine therapiegeleitete Diagnostik gesehen werden (S. 15). Der Klassifikationsbegriff wird von Freyberger (2001) definiert als „die Einteilung oder Einordnung von durch bestimmte gemeinsame Merkmale charakterisierten Phänomenen in ein nach Klassen gegliedertes System“ (S. 50). Phänomene sollen damit systematischer beschrieben und zugeordnet werden können. Obwohl in der Erziehungswissenschaft eine kritische Sichtweise bezüglich psychiatrischer Klassifikationssysteme vorhanden ist, so ist nach Auffassung von Stein (2011) eine Kenntnis der Diagnosesysteme und der dazugehörigen Kriterien in der sozialen und pädagogischen Arbeit nicht nur hilfreich, sondern für eine effektive Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen, unerlässlich. Er sieht sie des Weiteren als Grundvoraussetzung an, um aus Akten gewonnene Informationen kompetent und fachlich angemessen bewerten zu können (S. 42f, 113). Entsprechend erfolgt nachstehend ein stichpunktartiger Überblick der psychologischen Klassifikationspraxis und ihrer Bedeutung für die ADHS-Diagnose im Erwachsenenalter.

Psychologische Diagnosen werden aktuell anhand der bereits im Text erwähnten multiaxialen Klassifikationssysteme ICD-10 oder DSM-IV gestellt. Das DSM-IV wird mehrheitlich in der internationalen Forschung angewendet, während in Deutschland, laut gesetzlicher Vorgabe, nach ICD-10 diagnostiziert werden sollte (Stieglitz, Nyberg & Hofecker-Fallahpour, 2012, S. 4f). Während in der ICD-10 eine Klassifikation anhand von Störungsbildern erfolgt, findet im DSM-IV eine Differenzierung nach Subtypen statt. In der ICD-10 erfolgt die Klassifizierung unter dem Oberbegriff „Hyperkinetische Störungen“, zwischen der „F90.0 einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“, der „F90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ und „F90.8 sonstige hyperkinetische Störungen“. Unter dem Begriff Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung werden im DSM-IV hingegen drei verschiedene Subtypen voneinander abgegrenzt: der „vorwiegend Unaufmerksame Typus (314.00)“, der „vorwiegend Hyperaktiv-Impulsive Typus (314.01)“ sowie der „Mischtypus (314.01)“. Nicht nur die Verwendung unterschiedlicher Begriffe, sondern auch die Unterschiede in der Einteilung sorgen für Vergleichsschwierigkeiten. Hierzu zählen insbesondere, die zwangsläufig voneinander abweichenden Größenordnungen je nach angewendetem Klassifikationssystem. Da im ICD-10 der vorwiegend unaufmerksame Typus nicht enthalten ist, sind Prävalenzzahlen, die mit dem ICD-10 ermittelt werden, grundsätzlich niedriger, als nach dem

DSM-IV. Konvergenz besteht in den aufgeführten Leitsymptomen. Als Kernsymptome gelten sowohl im ICD-10 als auch im DSM-IV: Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Nach Ansicht von Steinhausen (2010) besteht des Weiteren eine Übereinstimmung zwischen den beiden Systemen in der Festlegung zusätzlicher diagnostischer Kriterien, die zu einer klaren Abgrenzung des Störungsbildes von den häufig isoliert auftretenden Symptomen beitragen sollen (S. 21). Eine Übersicht hierzu findet sich bei Imhof, Skrodzki und Urzinger (2010). Sie verweisen darauf, dass es für die Erstellung einer ADHS-Diagnose notwendig ist, dass:

„Symptome von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden sind; die Symptome länger als 6 Monate vorliegen müssen; die Störungen überwiegend schon vor dem siebten Lebensjahr in Erscheinung treten; die Beeinträchtigungen sich in mindestens zwei Lebensbereichen zeigen und beobachtet werden können; deutliche Hinweise auf Beeinträchtigungen im sozialen, schulischen und familiären Umfeld vorhanden sein müssen“ (S. 77).

3.2 Diagnostik anhand der Leitlinien

„In den gängigen Diagnosesystemen DSM-IV und ICD-10 sind keine expliziten Kriterien für das Erwachsenenalter genannt“ (Ebert, Krause & Roth-Sackenheim, 2003). Aus diesem Grund wurden 2003 in Deutschland von einem Expertenkomitee mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [DGPPN] *Leitlinien zur Diagnose und Therapie der ADHS im Erwachsenenalter* entwickelt, um bis zur Erscheinung des DSM-V diagnostische Mindestanforderungen zur Verfügung zu stellen (S. 939). Ein ausführlicher Einblick in die Diagnostik anhand der Leitlinien erscheint im Rahmen dieser Arbeit als ein systematischer Einstieg in die Komplexität des Störungsbildes und seiner Auswirkungen sinnvoll.

Um eine ADHS im Erwachsenenalter diagnostizieren zu können, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein: „Für die Diagnosestellung einer ADHS im Erwachsenenalter ist es notwendig, dass sowohl im Erwachsenenalter die Kriterien einer ADHS durchgehend erfüllt sind als auch in Kindheit und Jugend die Kriterien erfüllt waren“ (Ebert, 2003, S. 939). Das bedeutet, eine ADHS die erst im Erwachsenenalter beginnt, gibt es nicht.

3.2.1 Patienteninterview

Ein relevantes Element der psychologischen Diagnostik einer ADHS im Erwachsenenalter ist das Patienteninterview. Ein Bestandteil des Interviews stellt die „vollständige psychiatrische Untersuchung“ dar, die hier ausdrücklich auch andere Störungsbilder miteinbeziehen muss und als eine erweiterte Anamnese verstanden werden kann (Ebert, 2003, S. 939f). Für ein besseres Verständnis dieses in der Erziehungswissenschaft selten verwendeten Begriffs, verweise ich auf die Definition des Wortes „Anamnese“ nach Kubinger und Deegener (2001), der in diesem Zusammenhang von einer „Sammlung der typischerweise mit dem gegebenen Sachverhalt in Verbindung stehenden Informationen“ spricht (S. 12). Anamnestisch erfasst werden sollen ausdrücklich auch ADHS-spezifische Sachverhalte. Hierzu zählt eine ADHS-

spezifische Entwicklungsanamnese, sowohl körperlicher als auch intellektueller Art. Des Weiteren sollen störungstypische Symptome aus der Kindheit und deren Entwicklung und Ausprägung bis zum aktuellen Zeitpunkt sowie die jeweils daraus resultierenden Schwierigkeiten und Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen ausführlich erfasst werden. Erweiternd kann eine ebenfalls eine ADHS-spezifische Familienanamnese erfolgen (Ebert, 2003, S. 939ff).

3.2.2 Fremdanamnese

Von zentraler Bedeutung ist die Fremdeinschätzung der Symptomatik durch Dritte. Hierzu werden Vertrauenspersonen wie Partner oder Eltern gerechnet. Soweit ausführbar, wird die Befragung einer wichtigen Vertrauensperson empfohlen. Die Inhalte der Befragung sollten dabei mit den Inhalten des Patienteninterviews übereinstimmen. Hierbei können ebenfalls standardisierte Beurteilungsskalen eingesetzt werden und von der Vertrauensperson ausgefüllt werden. Dies erscheint notwendig hinsichtlich der besseren Vergleichsmöglichkeiten. Des Weiteren können schriftliche Aussagen aus Kindheit, Jugend und Adoleszenz zur Diagnostik hinzugezogen werden. Alte Schul- und Ausbildungszeugnisse sowie Beurteilungen über Leistungs- und Sozialverhalten liefern oftmals wertvolle Hinweise über Manifestation und Fortgang der Symptome und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen (Ebert, 2003, S. 940). Dieser diagnostisch relevante Schritt kann sich in der Praxis als außerordentlich schwierig erweisen, da mit einer ADHS oftmals soziale Isolation verbunden ist und keine Personen zur Verfügung stehen könnten, die die gewünschten Auskünfte erteilen können. In einem solchen Fall stellen alte Schulzeugnisse häufig die einzige Möglichkeit zur Symptomfassung aus Fremdperspektive dar.

3.2.3 Verwendung standardisierter Untersuchungsinstrumente

Zur Begriffsbestimmung kann diesbezüglich auf die gängige Bezeichnung *Fragebögen* beziehungsweise *Checklisten* verwiesen werden (Schmid, 2012, S. 19). Nach Fisseni (2004) wird versucht, mit einem Fragebogen ein Verhalten stichprobenartig zu erfassen. Der Fokus liegt dabei auf der Deskription des zu untersuchenden Zielmerkmals anhand standardisierter Situationen. Im Gegensatz zu Leistungstests gibt es hierbei jedoch keine richtigen oder falschen Antworten. Die so gewonnenen Aussagen zielen gleichwohl auf eine differenzierte Richtungserfassung hinsichtlich des in Betracht gezogenen Zielmerkmals ab (S. 204). In den Leitlinien (Ebert, 2003) werden standardisierte Untersuchungsinstrumente sowohl für die Kindheit, als auch zur Erfassung der aktuellen Symptomatik genannt (S. 940).

3.2.4 Testpsychologische Untersuchungen

Bei Fisseni (2004) findet sich folgende Umschreibung für psychologische Tests: Ein „Test bezeichnet ein diagnostisches Prüfverfahren, das in standardisierten Situationen eine Verhaltensstichprobe erhebt – als Indikator einer Personeneigenschaft – und Vergleiche mit

Gruppen oder/und mit Kriterien ermöglicht“ (S. 21). Das Erstellen einer individuellen ADHS-Diagnose ist anhand eines einzelnen Testwertes nicht möglich. Dennoch können testpsychologische Untersuchungen zur Absicherung einer Diagnose herangezogen werden. Sie können ebenfalls sowohl für die Konzeption als auch für die Überprüfung einer Therapie genutzt werden. In den Leitlinien werden neben der IQ-Messung ebenfalls Testuntersuchungen zu Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen vorgeschlagen. Erwähnung finden hier für den Einzelfall zudem spezielle Begabungstests beziehungsweise Tests im Bezug auf eine oder mehrere Teilleistungsschwächen (Ebert, 2003, S. 940).

3.2.5 Differentialdiagnostik und Erfassung von Komorbiditäten

Im Psychologischen Wörterbuch *Dorsch* findet sich folgende Definition: „Differentialdiagnose (...) ist die Unterscheidung einander ähnlicher Erscheinungen (...) auf Grund bestimmter, kennzeichnender Symptome“ (Häcker, 2009, S. 209). Im Lexikon für Pädagogik wird Komorbidität definiert als „Vorkommen von mehreren diagnostisch unterschiedlichen und eigenständigen Krankheits- oder Störungsbildern bei einer Person“ (Tenorth & Tippelt, 2007, S. 413). Anhand der Leitlinien (Ebert, 2003) sollen gezielt komorbide oder differentialdiagnostisch relevante Diagnosen anamnestisch berücksichtigt werden. Hierzu zählen Persönlichkeitsstörungen, Angst- oder Tic-Störungen. Des Weiteren werden affektive Störungen genannt, wie beispielsweise Depressionen. Ergänzend wird auf Schlafstörungen und Teilleistungsstörungen hingewiesen. Da die Symptome einer ADHS des Erwachsenenalters auch durch neurologische beziehungsweise internistische Grunderkrankungen sowie durch psychotrope Substanzen, respektive die Psyche beeinflussende Stoffe, verursacht werden können, ist an dieser Stelle ein differentialdiagnostischer Ausschluss erforderlich. Zu den organischen Erkrankungen, die in der Krankengeschichte erfragt werden sollen, zählen besonders Schilddrüsenerkrankungen, Narkolepsie, Anfallsleiden, Schädel-Hirn-Verletzungen und das Restless-Legs-Syndrom. Im Zusammenhang mit der Einnahme von psychotropen Substanzen beziehungsweise als Nebenwirkung von Medikamenten werden unter anderem Antihistaminika, Neuroleptika und verschiedene Psychopharmaka genannt. Neben der anamnestischen Befragung ist eine körperliche Untersuchung beziehungsweise die Erhebung eines aktuellen internistischen und neurologischen Befundes erforderlich. Als somatische Zusatzdiagnostik werden eine Schilddrüsenuntersuchung sowie die Erstellung eines EEGs empfohlen. Liegen Hinweise auf organische Erkrankungen vor, sollten darüber hinaus tiefergehende Zusatzuntersuchungen veranlasst werden (S. 940).

3.3 Problembereiche im Zusammenhang mit der Diagnose

Während sich für die Betroffenen in erster Linie die Frage stellt: „Wer kennt sich mit der ADHS im Erwachsenenalter aus und kann eine sichere Diagnose stellen?“, beschäftigt sich die Fachwelt bezüglich einer validen Diagnose mehr mit Diagnostikverfahren und Inhalten sowie der Suche nach Fehlerquellen. Als Zwischenschritt zur Erarbeitung objektiver Diagno-

serichtlinien sind die oben dargestellten Leitlinien zu sehen bis das Störungsbild der ADHS im Erwachsenenalter in den Klassifikationssystemen kategorisiert sein wird. Das DSM-V wird voraussichtlich im Mai 2013 erscheinen. Ein Link unter dem die aktuellen Entwicklungen zum DSM-V eingesehen werden können, findet sich im Literaturverzeichnis dieser Arbeit.

3.3.1 Fehlerquellen bei der Diagnosestellung

Aufgrund vermuteter häufiger Fehldiagnosen und Diagnosefehlern wird im Bezug auf die ADHS im Kindesalter eine breite öffentliche und interdisziplinäre Kontroverse geführt. Dies trifft jedoch für die ADHS im Erwachsenenalter kaum zu und die aktuelle Auseinandersetzung mit der Thematik findet bisher überwiegend im klinischen Kontext statt. Im Rahmen dieser Arbeit wurde bezüglich der Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter keine Literatur mit erziehungswissenschaftlichem Hintergrund gefunden, der Themenkomplex ADHS wird hier nach wie vor im Kontext des Kindes- und Jugendalters diskutiert.

Hallowell und Ratey (2009) nennen als häufigsten Grund für Fehler bei der Diagnostik, die Unkenntnis über das Störungsbild (S. 74). Der chronische Verlauf der Störung und der damit einhergehende Symptomwandel sind in der beruflichen Praxis vielfach nicht bekannt. Erschwerend wirkt dabei der Umstand, dass ADHS bisher als reine Störung des Kindes und Jugendalters verstanden wurde. Die Symptomkriterien in DSM-IV und ICD-10 beschreiben Verhaltensweisen von Kindern und eine Anpassung der Kriterien an Verhaltensweisen im Erwachsenenalter fand bisher nicht statt. Gawrilow (2012) verweist auf die Komplikation in der beruflichen Praxis für jemanden, der die Störung bisher nur aus dem Kindesalter kannte, eine ADHS trotz des veränderten Symptombildes zu erkennen: „Eine ADHS im Erwachsenenalter sieht (...) ganz anders aus als eine ADHS im Kindes- oder Jugendalter“ (S. 105). Krause und Krause (2009) gehen von einer großen Anzahl nicht gestellter oder falscher Diagnosen aus, bei denen eine ADHS im Erwachsenenalter als Ursache der Problematik nicht erkannt wurde. Einen Beleg für ihre Vermutung bildet die geringe Zahl der bisher im Erwachsenenalter gestellten ADHS-Diagnosen (S. 47).

Breiter Konsens besteht darüber, dass es sich bei den nachfolgenden Aspekten um erhebliche Mängel in den Klassifikationssystemen hinsichtlich der Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter handelt. Nach Steinhausen (2010) knüpfen die aktuellen Symptomkriterien vor allem an Verhaltensweisen von Jungen im Alter zwischen sechs und zwölf Jahren an. Des Weiteren werden weder der Wandel der Symptomatik über die Lebensspanne noch geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt (S. 15). Die fehlende Zuordnung emotionaler Symptome wird kontrovers diskutiert. Eine wissenschaftliche Position rechnet den Ursprung dieser Symptome komorbiden Störungen zu, während die Merkmale für andere Wissenschaftler ausdrücklich zu den Symptomen einer ADHS im Erwachsenenalter gerechnet werden (Rösler, 2010, S. 65). Auch wenn dies bisher nicht im DSM-IV sondern nur in den Wender-Utah-Kriterien, dem ersten diagnostischen Instrument für die ADHS im Erwachse-

nenalter, berücksichtigt wurde (Wender, 2000, S. 259ff). Außerdem ist nach Ansicht von Barkely (2006) die geforderte Altersschwelle bezüglich der erstmals in Erscheinung getretenen Symptomatik für das Erwachsenenalter zu restriktiv angesetzt. Je älter ein Mensch zum Zeitpunkt der Diagnostik ist, umso schwieriger wird der genaue Rückblick in die Kindheit. Kritisch betrachtet werden muss seiner Ansicht nach auch der Bedeutungsgehalt der geforderten Beeinträchtigung der Betroffenen. Je nachdem, ob sich der Begriff *Beeinträchtigung* am Leistungsvermögen des Individuums innerhalb der Gesellschaft orientiert oder als individuelle Einschränkung verstanden wird, durch die das persönliche Potenzial der Betroffenen nicht voll ausgeschöpft werden kann, ergeben sich zwangsläufig andere Ergebnisse. Aus den Punkten für die Leitsymptomatik müssen jeweils 6 oder mehr Punkte zur Erstellung einer ADHS Diagnose im Kindesalter zutreffen. Barkley zu Folge ist die Anzahl der geforderten Punkte zu hoch für das Erwachsenenalter. Gründe sieht er diesbezüglich sowohl im Symptomwandel, als auch in den veränderten Lebensbedingungen eines Erwachsenenlebens gegenüber dem in der Kindheit (S. 76ff).

Auf weitere Aspekte der Kontroverse wird im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen. Festzustellen ist jedoch: „Die Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter ist ein klinischer Entscheidungsprozeß“ (Konrad & Rösler, 2009, S. 1306). Auf Grund dessen können Fehler bei der diagnostischen Abklärung nur durch eine hohe Fachkompetenz vermieden werden. Nach Ansicht von Neuhaus (2012) beinhaltet diese ein umfassendes und aktuelles Wissen über das Störungsbild und seine Symptomatik in jedem Lebensalter, grundlegende Kenntnis der neurobiologischen Hintergründe, differentialdiagnostische Kenntnisse, Erfahrung im Bereich störungsbildrelevanter Komorbiditäten sowie eine detaillierte Kenntnis der zu Verfügung stehenden Untersuchungsverfahren. Neben ausreichend vorhandener Zeit für die Diagnostik verweist sie ebenfalls auf Erfahrung in der Einschätzung der gezeigten Symptomatik innerhalb der Testsituation. Dazu gehört das Wissen darüber, welche Einflüsse die Symptomatik in einer Untersuchungssituation verschlechtern können, wie beispielsweise Langeweile, Wiederholung und wenig Feedback, oder im entgegengesetzten Fall die Symptome einer ADHS verschleiern können, wie etwa der Neuheitswert einer Situation oder hohe Sympathie in einer 1:1-Konstellation (S. 112ff).

3.3.2 ADHS und Komorbiditäten

Nach Ansicht von Krause und Krause (2009) kann die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter ohne umfassende Kenntnisse der differentialdiagnostisch relevanten Störungsbilder nicht erfolgen. Diese Kenntnisse sind notwendig, um eine differentialdiagnostische Abgrenzung oder in einem weiteren Schritt die Erfassung möglicher komorbider Störungen oder Erkrankungen durchführen zu können. Die Unterscheidung, ob es sich dabei um eine Komorbidität oder eine Differentialdiagnose handelt, ist auch für Experten häufig problematisch, da sich charakteristische Symptome oft überschneiden oder überlagern und sie vor

allem viel Zeit kostet (S. 111ff). Solden (2008) bemerkt diesbezüglich, „je länger man die ADS hat, umso schwieriger ist sie von anderen Dingen zu unterscheiden“ (S. 163).

Nach Barkley (2006) besteht kein Zweifel daran, dass „a diagnosis of ADHD conveys a significant risk for other coexisting psychiatric disorders“ (S. 184). Eine alleinige ADHS im Erwachsenenalter tritt relativ selten auf (Rösler, 2010, S. 66). Deutlicher wird die Problematik durch die folgende Aussage: „Close to 80% of adults with ADHD have at least one other psychiatric disorder at some point in their lifetime“ (Hechtmann, 2009, S. 91). Barkley (2012) zufolge treten bei mehr als der Hälfte der Betroffenen zwei weitere psychische Störungen auf (S. 28). Gesicherte Zahlen zur Häufigkeit komorbider organischer Erkrankungen liegen bisher nicht vor. Es besteht daneben kein wissenschaftlicher Konsens über die Ursache der Häufigkeit komorbider Störungen im Zusammenhang mit der ADHS im Erwachsenenalter. Nach Ansicht von Baer und Kirsch (2010) könnte das verstärkte Risiko „sowohl an einer erhöhten genetischen Vulnerabilität für psychiatrische Erkrankungen generell liegen, aber auch Folge ihrer Lebensentwicklung sein“ (S. 17). Möglicherweise könnte auch beides zutreffen. Retz-Junginger et al. (2008) stellt zudem im Altersvergleich betroffener Menschen mit ADHS fest, dass das Spektrum komorbider Störungen und Erkrankungen im Erwachsenenalter erheblich breiter als in der Kindheit ist. Mögliche Einflussfaktoren könnten ihrer Ansicht nach die mit zunehmendem Alter erhöhte Wahrscheinlichkeit belastender Lebensereignisse sowie das generell spätere *age of onset* psychiatrischer Störungen sein, die sich vielfach erst in der späten Adoleszenz manifestieren (S. 813).

Nach Marks, Newcorn und Halperin (2001) zeigt sich bei betroffenen Erwachsenen eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit „for one or more comorbid psychiatric conditions including mood disorders, anxiety disorders, learning disorders, antisocial personality disorder, and substance use disorders“ (S. 233). Krause und Krause (2009) nennen daneben Autismusstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Chronic Fatigue sowie Fibromyalgie. Barkley (2006) verweist auf das erhöhte Risiko einer Asthmaerkrankung sowie von Schlaf- und Einschlafstörungen (S. 168). Eine häufige Schwierigkeit stellt bei der ADHS im Erwachsenenalter die Suchtproblematik dar. Neuhaus (2012) nennt in diesem Kontext exemplarisch das häufig nicht in Verbindung mit ADHS gebrachte Auftreten von Kaufsucht, Computerspielsucht, Ess-Brech-Sucht oder Sexsucht. Einen weiteren Zusammenhang sieht sie auch in der Sucht nach Anerkennung. In der Hoffnung auf Wertschätzung müssen sie jedoch – bedingt durch die ADHS Problematik – erheblich mehr Anstrengung und Zeit für ihre Arbeit investieren, was dazu führt, dass sie von ihrem Umfeld häufig fälschlicherweise als „workaholics“ bezeichnet werden (S. 104f.). Nach Wilens (2009) belegen Studienergebnisse im Bereich der Suchtproblematik, dass eine unerkannte und unbehandelte ADHS das Risiko signifikant erhöht, im späten Jugend- oder frühen Erwachsenenalter einen Suchtmisbrauch zu entwickeln (S. 258). Sobanski und Alm (2004) führen Studienergebnisse an, die

eine drei- bis vierfach erhöhte Prävalenzrate für Alkohol- und Drogenmissbrauch bei Erwachsenen mit ADHS gegenüber Kontrollpersonen ausweisen (S. 703).

3.4 Bedeutung der Diagnose für die Betroffenen

Lieb, Heßlinger und Jacob (2009) sehen in der Diagnosestellung bereits den ersten Schritt der Behandlung (S. 136). In einigen erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Bereichen wird das Erfahren einer Diagnose als stigmatisierendes und etikettierendes Erlebnis für die Betroffenen betrachtet (Hanses, 2004, S. 101f). Bezüglich der ADHS im Kindes- und Jugendalter vertreten Sauerbrey und Winkler (2011) die Ansicht, dass ein Kind oder Jugendlicher im Moment der Diagnose unter den „Begriff ADHS gerät“ und dadurch erfährt, „dass mit ihm etwas nicht stimmt“ (S. 14). Dies steht im starken Kontrast zu den Berichten erwachsener Betroffener: Diese berichten häufig davon, dass sie seit ihrer Kindheit gespürt hätten, dass mit ihnen etwas nicht in Ordnung ist und erzählen von ihrer fortwährenden Suche nach einer Ursache (Hallowell & Ratey, 2009, S. 296). Die Auswirkungen dieses Gefühls auf den Selbstwert werden in Kap. 4.4.3 ausführlicher dargestellt.

Betroffene Erwachsene beschreiben den ersten Moment, in dem sie von ihrer ADHS erfahren, als eine Art „Erleuchtung“: „Just filling out the diagnostic questionnaires has been a learning experience for me (...). For the first time, I can see that there is a pattern to my chaos, a pattern that has kept repeating itself year after year“ (Murphy & LeVert, 1995 , S. 27f). Der Psychiater Edward Hallowell sagt über sich selbst:

„Ich hatte das Gefühl, als wäre mir eine Last von den Schultern genommen. Ich war all das nicht, was man mich in der Schule geheißen hatte: kein „Tagträumer“, kein „Faulpelz“ (...), ich hatte auch nicht latent einen unbewältigten Konflikt in mir, der mich ungeduldig und umtrieblich machte“ (Hallowell & Ratey, 2009 ,S. 9f).

Nach Auffassung von Murphy und LeVert (1995) ermöglicht die Diagnose betroffenen Erwachsenen, ihre Vergangenheit erstmals unter einem neuen Blickwinkel zu betrachten (S. 30). Die Entstehung von Verständnis für die erlebten Konflikte und die Klärung der Frage nach dem „warum?“ werden zunächst als Erleichterung erlebt. Doch „ausruhen kann man sich auf dieser Erkenntnis nicht“ (Neuy-Bartmann, 2012, S. 40). Solden (2008) beschreibt den nun einsetzenden Prozess als Zwischenschritt zur Bewältigung der ADHS. Die Autorin verwendet dabei den in der Bewältigungsarbeit bei unheilbaren Krankheiten entstandenen Begriff des „Trauerzyklus“, bestehend aus den Phasen Verleugnen, Wut, Verhandeln, Depression und Akzeptanz. Ihrer Ansicht nach muss „jeder bei dem eine ADS diagnostiziert wird, alle Phasen durcharbeiten“ (S. 183). So reagieren, auch auf Grundlage der öffentlichen Meinung und der kritischen Berichterstattung in den Medien, Betroffene häufig mit Irritation, Ungläubigkeit, Verdrängung oder Bagatellisierung (Neuhaus, 2010, S. 220). In einer nächsten Phase erfolgt ein weiterer Rückblick in die eigene Vergangenheit und diese wird mit der ADHS in Verbindung gebracht. Vielfach taucht nun zunächst ein Gefühl der Wut auf. Wut wegen der verpassten Chancen, Wut auf das System, die Familie, Lehrer und alle die

nicht geholfen haben (Solden, 2008, S. 186). Eine Betroffene, die ihre Diagnose mit 50 Jahren erhielt, schreibt diesbezüglich im Rückblick:

„Ich habe sehr lange mit einer unbehandelten ADHS gelebt. Ich habe so viel durchgemacht. Mir kommen die Tränen, wenn ich an die vielen Niederlagen und Ausgrenzungen denke. Ich bin so oft verletzt worden, wurde bestraft, obwohl ich nichts dafür konnte. Manchmal werde ich wütend, dass man mich so lange leiden ließ“ (Ryffel-Rawak, 2007, S. 146).

Nach einer Phase der Verhandlung, in der sich Betroffene mit den aktuellen Schwierigkeiten und der Hoffnung, diese jetzt leichter bewältigen zu können, auseinandersetzen, folgt eine Phase der Depression. Neuhaus (2010) merkt diesbezüglich an: „Es ist schmerzlich und problematisch erkennen zu müssen, wie mühsam man sich immer wieder (...) innerlich antreiben muss, um ungeliebte Tätigkeiten und Routinen abzuarbeiten“ (S. 221f). Nach Ansicht von Solden (2008) können den Betroffenen ihre Schwierigkeiten in dieser Phase noch größer erscheinen als vor der Diagnose, da ihnen der Umfang ihrer Probleme jetzt erst richtig bewusst wird und sie erkannt haben, welcher langer Weg noch vor ihnen liegt. „Es ist durchaus natürlich, dass einem jetzt erst so richtig bewusst wird, was man bislang versäumt hat – Träume, Hoffnungen und Möglichkeiten“ (S. 187). Erst nachdem diese Stufen dieses nicht linearen Prozesses durchlaufen wurden, kann eine Akzeptanz des Störungsbildes als Teil der eigenen Persönlichkeit und als Teil der eigenen Lebensgeschichte erfolgen.

4. Erscheinungsmerkmale der ADHS im Erwachsenenalter

Nachdem im vorausgegangenen Kapitel mit der ausführlichen Darstellung der ADHS Diagnostik und der dabei bestehenden Schwierigkeiten eine theoretische Grundlage über die Vielschichtigkeit der Störung geschaffen wurde, wird darauf aufbauend ein Überblick über die Symptomatik im Erwachsenenalter gegeben. Die Darstellung erfolgt schwerpunktmäßig anhand der Leitsymptome, einerseits aufgrund ihrer diagnostischen Relevanz in den internationalen Diagnose-Klassifikationssystemen. Andererseits erscheint dies gerechtfertigt durch den interdisziplinär hohen Bekanntheitsgrad der Leitsymptome. Da in den Kriterienkatalogen bisher „keine Ausgestaltung der Kernsymptomatik für das Erwachsenenalter“ vorliegt (Sobanski und Alm, 2004, S. 702), werden in dieser Arbeit ebenfalls die sekundäre Symptome dargestellt. Diese wurden in der verwendeten Literatur als relevante Merkmale der ADHS im Erwachsenenalter aufgezeigt.

4.1 Leitsymptom Unaufmerksamkeit

Diagnostische Kriterien der Unaufmerksamkeit nach DSM-IV:

„Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

- a) beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten,
- b) hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten,
- c) scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen,
- d) führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständnisschwierigkeiten),
- e) hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,
- f) vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben),
- g) verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug),
- h) lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken,
- i) ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich“ (DSM-IV, 2003, S. 126).

Die Bezeichnung Aufmerksamkeitsdefizit bildet eine der beiden Kernformulierungen im Störungstitel ADHS. Der Begriff selbst führte zu einer breiten öffentlichen und wissenschaftlichen Begriffsdebatte. Als Folge entstanden Vermutungen, nach denen das Aufmerksamkeitsdefizit als fehlende Aufmerksamkeit für betroffene Kinder und Jugendliche gedeutet wurde oder unter dem Begriff eine generelle Unfähigkeit zur Aufmerksamkeit verstanden wurde. Da die mit der Diagnose ADHS versehenen Kinder und Jugendlichen sich andererseits je nach Kontext auffallend gut konzentrieren konnten, wurde die Gültigkeit der Diagnose stark angezweifelt. Der Begriff Aufmerksamkeit wurde überdies semantisch untersucht und seine Relevanz in der militärischen Verwendung aufgezeigt. Nach Amft (2002) bedeutet „to stand at attention“ soviel wie stramm stehen. Das Defizit der Aufmerksamkeit ist nach Meinung des Autors eher als ein Defizit der Folgsamkeit anzusehen (S. 47).

Anhand der skizzierten Kontroverse bezüglich des Aufmerksamkeitsdefizits lässt sich erkennen, dass die strittigen Punkte zum einen auf der Verwendung eines ungenauen Begriffs an sich, zum anderen auf einer Zuordnung der Problematik zur Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen sowie auf einer generellen Unkenntnis bezüglich der Aufmerksamkeitsfunktionen beruhen. Thema dieser Arbeit ist die ADHS im Erwachsenenalter, daher ist die Aufmerksamkeitsproblematik im Kindesalter ausschließlich im Bezug auf sich dadurch für das Erwachsenenalter ergebende Schwierigkeiten relevant. Ein diesbezüglicher stichpunktartiger Überblick erfolgt in Kap. 4.1.2. Nach Einschätzung von Neuhaus (2012) resultieren zahlreiche Schwierigkeiten in der Störungsbetrachtung sowie der diagnostischen Einschätzung aus einer Unkenntnis der Aufmerksamkeitsfunktionen (S. 43). Dies gilt sowohl für das Kindes- und Jugend- als auch für das Erwachsenenalter. Auf Grund dessen erfolgt an dieser Stelle zunächst eine Erweiterung der Begrifflichkeit sowie eine Übersicht über wesentliche Funktionen der Aufmerksamkeit. Hallowell und Ratey (2009) sehen im Begriff Aufmerksamkeitsdefizit ebenfalls eine Fehletikettierung und schlagen statt dessen den Begriff Aufmerksamkeitsinkonsistenz vor (S. 269). Brown (2000) erläutert, dass das Problem nicht darin besteht, dass Betroffene nie aufmerksam sein können, sondern dass sie vor allem bei nicht intrinsisch motivierten Tätigkeiten, die Aufmerksamkeitsfunktionen nicht selbst „einschalten“, aufrechterhalten oder steuern können (S. 133).

Was versteht die Psychologie unter Aufmerksamkeit? Bereits 1891 zeigte James hierzu auf:

„Every one knows what attention is. It is the taking possession by the mind, in clear and vivid form, of one out of what seem several simultaneously possible objects or trains of thought. Focalization, concentration, of consciousness are of its essence. It implies withdrawal from some things in order to deal effectively with others, and is a condition which has a real opposite in the confused, dazed, scatterbrained state which in French is called *distraction*, and *Zerstreuung* in German (S. 404)“.

Barkley (2006) verweist diesbezüglich aus neuropsychologischer Sicht, auf die Vorstellung eines mehrdimensional angelegten Aufmerksamkeitskonstruktes und zählt hierzu vor allem: „alertness, arousal, selectivity or focus-execution, encoding, sustained attention, distractibility, or span of apprehension“ (S. 78). Neuhaus (2012) verweist auf mehrere im Zusammenhang mit ADHS relevante Aspekte der Aufmerksamkeit. Sie nennt neben der Vigilanz beziehungsweise dem Grad der Wachheit, die Bereitschaft des Gehirns auf einen Reiz mit einer Aufmerksamkeitsaktivierung zu reagieren. Diese Aktivierung kann durch einen Reiz von außen oder durch eigene Motivation erfolgen. Des Weiteren unterstreicht sie die Bedeutung der selektiven Aufmerksamkeit, also die Fähigkeit, aus einer Vielzahl von Reizen den wichtigsten auszuwählen sowie zeitgleich Unwichtiges auszublenden zu können. Die Fähigkeit, seine Aufmerksamkeit auf zwei oder mehrere Dinge zu richten, wird als geteilte Aufmerksamkeit bezeichnet. Zum Aufmerksamkeitskonstrukt gehört ebenfalls die Daueraufmerksamkeit. Neuhaus zählt hierzu ebenso die Fähigkeit nach einer Ablenkung oder Unterbrechung die Aufmerksamkeit wieder auf etwas zurücklenken zu können. Weiter erwähnt Neuhaus die Fähigkeit zur Aufmerksamkeitsverschiebung beziehungsweise Umorientierung von einer Thematik oder Tätigkeit zu einer anderen. Abschliessend weist sie

auf die Bedeutung des Arbeitsgedächtnisses und der dort lokalisierten Prozesse im Bereich der Aufmerksamkeit hin (S. 5f).

4.1.1 Verhaltensbeobachtungen zum Leitsymptom Unaufmerksamkeit

Knapp zusammengefasst gehören nach Ryffel-Rawak (2008) zum Symptom der Unaufmerksamkeit im Erwachsenenalter ebenfalls eine schlechte Konzentration, ein häufiger Wechsel der Tätigkeiten, Tagträume und eine leichte Ablenkbarkeit. Die Betroffenen übersehen wichtige Details, haben deutlich erkennbare Schwierigkeiten etwas bis zum Ende durchzuführen oder sich zu organisieren (S. 21). Nach Neuhaus (2009b) lässt sich im Kontext der Unaufmerksamkeit nicht nur eine hohe Ablenkbarkeit der Betroffenen beobachten. Störungsrelevant erscheint ihr ebenfalls die Beobachtung, dass diese nach einer Ablenkung beziehungsweise Unterbrechung häufig nicht mehr zu ihrer Tätigkeit zurückkehren (S. 94). Wender, Wolf und Wasserstein (2001) verweisen im Zusammenhang mit dem Symptom der Unaufmerksamkeit auf eine „frequent forgetfulness“ der Betroffenen (S. 6). So halten diese gehäuft Verabredungen nicht ein oder vergessen und verlegen Gegenstände. Nach Ansicht von Murphy und Gordon (2006) verlieren Menschen mit ADHS lebenslang Gegenstände in einem Ausmaß, das sich erheblich von dem nicht betroffener Menschen unterscheidet. Hierzu zählen die Autoren nicht nur Alltagsgegenstände wie Schlüssel, Brieftaschen, Handys, Fahrkarten, Ausweisen, Kreditkarten Kleidungsstücke, Rechnungen und Bücher, sondern grundsätzlich alles (S. 445).

Weitere Beobachtungen finden sich bei Krause und Krause (2009). Als ein häufig festzustellendes Verhalten wird das Überfliegen von Arbeitsanweisungen oder Aufgaben in schriftlicher Form genannt. Auch bei mündlichen Anweisungen zeigen sich Schwierigkeiten, die Konzentration so lange aufrecht zu erhalten, bis Handlungsanweisungen komplett erfasst sind. Die Betroffenen weisen eine hohe Ablenkbarkeit nicht nur bei der Arbeit, sondern beispielsweise auch in Gesprächen auf. Bei subjektiv uninteressanten Routinetätigkeiten, regelmäßigen Aufgaben oder Abläufen wird eine signifikant höhere Ablenkbarkeit beobachtet, ebenso ein häufiger Tätigkeitswechsel. Eine objektive Priorisierung innerhalb einer Aufgabenplanung oder deren Bearbeitung ist nicht erkennbar. Nach Krause erscheinen betroffene Erwachsene vielfach wie in Gedanken, haben kein Ohr für ihre Umgebung und wirken zerstreut (S. 48ff).

4.1.2 Verhaltensanalyse unter Berücksichtigung der Betroffenenperspektive

Ein wichtiges Merkmal zur Differenzierung und Abgrenzung einer ADHS zu *normalem* Verhalten ist die Häufigkeit, mit der das Symptom auftritt. In einer von Barkley (2012) erhobenen Studie zeigen sich signifikante Unterschiede bei allen im DSM-IV aufgeführten Symptomen. Bei der Befragung bejahten 97% der Erwachsenen mit ADHS die Frage, ob bei ihnen häufig Schwierigkeiten auftreten, längere Zeit die Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten, im Gegensatz zu 3% der Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung. Sehr deutlich

waren ebenfalls die Unterschiede bezüglich der Ablenkbarkeit. Auch hier gaben 97% der Betroffenen ein häufiges Vorkommen gegenüber 2% in der Stichprobe an. Interessant erscheint ebenfalls das Ergebnis hinsichtlich der Vermeidung von Aufgaben, die eine längere geistige Anstrengung erfordern. Hier stehen 81% der Betroffenen 25% aus der Stichprobe gegenüber (S. 71). An dieser Stelle sei auf die vielfältigen Auswirkungen von Schwierigkeiten im Bereich der Aufmerksamkeit verwiesen. Diese zeigen sich oftmals an vermeintlichen Kleinigkeiten und haben dennoch Einfluss auf die Lebensqualität, wie eine Beschreibung von Krause und Krause (2009) unterstreicht, im Rahmen derer Betroffene bemängeln, „dass sie nie fähig waren eine der anspruchsvolleren Tageszeitungen regelmäßig zu lesen“ (S. 58). Weitaus größere Schwierigkeiten bereitet das Unvermögen, komplexe Verträge, Bedienungsanleitungen oder Arbeitsanweisungen zu erfassen. Ebenso stellen Zerstreuung und Vergesslichkeit für die Betroffenen ein deutliches Problem dar. Krause und Krause (2009) sehen in der Vergesslichkeit eine Folge der hohen Ablenkbarkeit sowie erheblicher Schwierigkeiten des Kurzzeitgedächtnisses (S. 62). Eine Betroffene schildert ihre Situation folgendermaßen:

„Manchmal weiß ich nicht, was ich mit Alltagsdingen anfangen soll, die ich schon lange kenne. Plötzlich vergesse ich, wie mein Autoschlüssel funktioniert oder ich versuche verzweifelt, meine Haustüre mit dem Büroschlüssel zu öffnen. Oder ich handhabe einen Gegenstand verkehrt, obwohl ich ihn zuvor schon hundertmal richtig benutzt habe. Ich komme mir öfters sehr verwirrt vor und muss mich im Straßenverkehr stark konzentrieren. Es ist mir auch schon passiert, dass ich in einem mir wohl bekannten Geschäft den Ausgang nicht mehr gefunden habe“ (Ryffel-Rawak, 2007, S. 120).

Die hohe Ablenkbarkeit wird von den Betroffenen oftmals nicht als solche erkannt. Als auffallend erlebt wird jedoch der Umstand, dass das, was bei anderen scheinbar mühelos funktioniert, ihnen entweder gar nicht gelingt oder nur mit unglaublicher Anstrengung. Selbst wenn die Ablenkung als Ursache erkannt wird, sind die Betroffenen nicht in der Lage, ihr Verhalten zu verändern. Exemplarisch hierfür kann die nachfolgende Schilderung des täglichen Kraftaktes einer Erwachsenen mit ADHS gesehen werden:

„Aufgabe: Küche aufräumen. Ich verliere zehnmal den Faden, werde abgelenkt von Gegenständen (...) bin nach einer Stunde schließlich fertig, aber nicht zufrieden, sondern fix und fertig und weine vor Erschöpfung und vor Verzweiflung über mich selber. Wie machen das die anderen Leute????????? Und so was hat zwei Fachärzte und eine eigene Praxis! Normal ist das nicht“ (Krause & Krause, 2009, S. 56).

Nach Krause und Krause (2009) wird die hohe Ablenkbarkeit der Betroffenen verstärkt durch eine extreme Reizoffenheit. Als Ablenkungsursachen werden neben optischen und akustischen Reizen auch taktile Reize oder eine extreme Geruchswahrnehmung beschrieben (S. 61). Kelly und Ramundo (2006) verweisen ebenfalls auf die hohe Ablenkbarkeit durch Gerüche, Geräusche und äußere Bilder und erweitern die Menge der Ablenkungsursachen noch um innere visuelle Bilder sowie das kontinuierliche Herumwandern der eigenen Gedanken (S. 18). Eine Betroffene fasst diesen Zustand mit der Bemerkung zusammen: „Mein ganzes Leben ist eine einzige Ablenkung“ (Hallowell und Ratey, 2009, S. 52). Neu-

haus (2010) betont in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Schwierigkeit, nach einer Ablenkung zu einer bestehenden Tätigkeit zurückzukehren. Dies ist für Betroffene nur unter großer Anstrengung möglich. Gleiches gilt ihrer Ansicht nach für eine dauerhafte Basisaktivierung ohne hohes subjektives Interesse, die trotz vorhandener hoher Motivation – wenn überhaupt – nur unter größter Anstrengung gelingt. Informationen werden zudem oftmals nur schlecht aufgenommen und können, wenn sie nicht sehr tief verankert sind, keinesfalls stabil und zuverlässig abgerufen werden (S. 55ff). Ein Betroffene schildert hierzu: „Mein Hirn ist oft wie ein poröser Stein – ich habe oft keinen Zugriff zu dem, was ich weiß oder gerade gedacht habe“ (Neuhaus, Trott, Berger-Eckert, Schwab & Townson, 2009b, S. 101).

Funktionsbeeinträchtigungen der Aufmerksamkeit verursachen bei Menschen mit ADHS ebenfalls erhebliche Schwierigkeiten im Bereich der Kommunikation. Bereits alltägliche Konversationen werden vielfach als problematisch erlebt. Betroffene erleben sich in einer Außenseiterrolle und fühlen sich von Gesprächen ausgegrenzt: „Wenn ich mit Menschen zusammen bin, ist es für mich das normalste Gefühl, ‚geistig daneben‘ zu stehen, als wäre ich von einem anderen Stern. Die meisten Gesprächsnuancen bekomme ich nicht mit“ (Krause & Krause, 2009, S. 64). Barkley (2012) spricht diesbezüglich von einer zweifachen Beeinträchtigung der Aufmerksamkeitsfunktion, nach der sich Betroffene häufig einerseits nicht lange genug konzentrieren können und andererseits gleichzeitig, bedingt durch eine erhöhte Reizoffenheit, durch vieles abgelenkt werden (S. 74).

„Wenn ich Leute reden höre, rasen mir die Gedanken in Windeseile durch den Kopf, über dies und das, und sie schießen blitzschnell in irgendeine Richtung, bloß weil irgend jemand was gesagt hat. Und dann merke ich ein paar Minuten später, daß ich überhaupt nicht richtig zugehört habe“ (Hartmann, 2006, S. 112).

Dieses Verhalten sorgt nicht nur im Arbeitsalltag für erhebliche Irritationen, sondern kann auch „(...) zu erheblichen Spannungen innerhalb der persönlichen Beziehungen führen, da es den Betroffenen oftmals nicht möglich ist, ihren Partnern über längere Zeit konzentriert und ruhig zuzuhören“ (Krause & Krause, 2009, S. 58).

Großes Konfliktpotenzial entwickelt sich durch die Fähigkeit, sich in bestimmten Situationen gut konzentrieren zu können und deshalb bei auftauchenden Schwierigkeiten nach außen hin den Eindruck zu erwecken, „nur nicht zu wollen“. Neuhaus (2010) verweist wiederholt auf eine starke Kontextabhängigkeit für das Auftreten der Symptomatik. Nach ihrer Erkenntnis zeigen sich die oben genannten Schwierigkeiten nicht bei hohem subjektiven Interesse oder Begeisterung des Betroffenen für die Materie. Ist eine Aufgabe oder ein Thema spannend, neu oder subjektiv interessant, so scheint sich die Problematik zu verringern oder sie scheint sogar zu verschwinden (S. 55).

Abschließend Erwähnung finden soll hier die als Hyperfokussierung bezeichnete Fähigkeit Betroffener, ihre Aufmerksamkeit einzig und intensiv auf eine Sache zu richten. Kelly und Ramundo (2006) erwähnen in diesem Zusammenhang exzessive Arbeitsweisen. Betroffene werden zu „workaholics“ und schließen dabei im Extremfall, ohne sich dessen bewusst zu sein, alles und jeden aus ihrem Leben aus. Nach Meinung der Autorinnen stoßen Betroffene

durch ihre Schwierigkeiten „umzuschalten“ und aus dem Hyperfokus wieder aufzutauchen, in ihrer Umgebung vielfach auf Unverständnis. Das Verhalten wird als unhöflich oder Desinteresse gewertet (S. 17). Krause und Krause (2009) führen ebenfalls häufige Schwierigkeiten im Berufsleben von Betroffenen an, die selbst dann entstehen können, wenn diese als Spezialisten auf ihrem Gebiet gelten. Oftmals ziehen sie den Unmut ihrer Umgebung dadurch auf sich, dass sie einfach kein Ende finden können. Zum einen gelten sie so schnell als „Nervensägen“ im Kollegenkreis, zum anderen fehlt ihnen danach oftmals die Zeit zur Erledigung anderer, möglicherweise wichtiger Aufgaben (S. 64). Nach Kelly und Ramundo (2006) kann Hyperfokussierung weitere Schwierigkeiten mit zum Teil katastrophalen Folgen für die Betroffenen nach sich ziehen. Als Beispiel für eine eher leichtere Folge wird eine Überfokussierung auf den Computer angeführt, durch die bei plötzlich einsetzendem Regen vergessen wird, ein Fenster zu schließen. Weitaus gravierendere Auswirkungen können jedoch auf das Überhören eines Alarmsignals folgen (S. 39).

4.2 Leitsymptom Hyperaktivität

Diagnostische Kriterien der Hyperaktivität nach DSM-IV:

„Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

- a) zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum,
- b) steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf,
- c) läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben),
- d) hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen,
- e) ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“,
- f) redet häufig übermäßig viel“ (DSM-IV, 2003, S. 126f).

Im DSM-IV sind die Hauptsymptome Hyperaktivität und Impulsivität zusammengefasst. Entsprechend wird die Punktzahl aus beiden Bereichen für die Diagnose zusammengezählt. Beim Stichwort Hyperaktivität denken die meisten Menschen bis heute an einen kleinen, wilden Jungen, der nicht still sitzen kann und endlos „durchs Zimmer fegt“. Da Erwachsene dieses Verhalten in den seltensten Fällen zeigen, ging man bis vor wenigen Jahren von einem Verschwinden der ADHS-Problematik und einem Auswachsen aus der hyperaktiven Symptomatik aus. „Was bei vielen Erwachsenen wirklich verschwand, war nicht die ADS, wohl aber die Hyperaktivität“ (Solden, 2008, S. 27). Krause und Krause (2009) weisen bezüglich der Persistenz der ADHS im Erwachsenenalter auf eine Modifikation der Symptome hin und sprechen diesbezüglich von einem Symptomwandel besonders bei der Hyperaktivität. Im Erwachsenenalter wird anstatt einer sichtbaren Hyperaktivität der Betroffenen, vor allem von einer starken inneren Unruhe und Anspannung berichtet. Die Autoren verweisen hier auf große bestehende Schwierigkeiten, innerliche Anspannung bei äußerlicher Ruhe zu erkennen oder diese Diskrepanz ermitteln zu können (S. 47ff). Solden (2008) merkt zudem an, wie einseitig der Begriff „Hyperaktivität“ die Problematik beschreibt. Ihrer Meinung nach ist die Verwendung der Formulierung „Grad an Aktivität“ zutreffender. Sie geht im Gegensatz

zu den im DSM-IV aufgeführten Subtypen von einem Aktivitätsspektrum aus, das von Hyperaktivität bis hin zu Hypoaktivität reicht. Die Hypoaktivität steht hier für extreme Antriebslosigkeit und nicht für eine generelle Bewegungslosigkeit. Nach Solden verursacht das Fehlen von Hyperaktivität im Erscheinungsbild der Störung bis zum heutigen Zeitpunkt signifikante Fehldiagnosen. Die größtenteils verborgene Form der Störung hat zur Folge, dass Betroffene entweder gar nicht oder nur sehr spät eine zutreffende Diagnose erhalten. Die hypoaktive Erscheinungsform der Störung tritt hauptsächlich bei Frauen auf und Solden vertritt die These, dass ADHS bei Mädchen und Frauen dadurch in der Regel erst sehr spät oder gar nicht diagnostiziert wird (S. 21ff).

4.2.1 Verhaltensbeobachtungen zum Leitsymptom Hyperaktivität

„In adults with ADHD, symptoms of hyperactive or restless behavior are often present but appear to involve more difficulties with fidgeting, a more subjective sense of restlessness, and excessive speech than the more gross motor overactivity characteristics of young children with ADHD“ (Barkley, 2006, S. 83).

Diesen Symptomwandel beschreiben auch Krause und Krause (2009). Sie fügen hinzu: Die Betroffenen wippen vermehrt mit den Beinen oder trommeln mit ihren Fingern. Oftmals kauen sie auch im Erwachsenenalter noch an den Fingernägeln. Erzwungene Ruhe und Situationen, in denen langes Sitzen erforderlich ist, wie Langstreckenflüge oder Theaterbesuche, werden vermieden, stattdessen werden viele Handlungen gleichzeitig verfolgt und dabei wird von einer Tätigkeit zur anderen gesprungen. Betroffene Erwachsene ergreifen oftmals Berufe mit der Möglichkeit zu viel Bewegung. Diese spielt auch in der Freizeit eine wichtige Rolle und die Autoren benennen in diesem Zusammenhang ebenfalls das vermehrte Betreiben sogenannter „Risiko-Sportarten“ (S. 49). Ergänzend sei an dieser Stelle der Zusammenhang zwischen Hyperaktivität und Sprechverhalten aufgezeigt. Betroffene sprechen oft viel, schnell und undeutlich, ein Gesprächspartner kommt kaum zu Wort. Neuhaus (2010) ergänzt im Bereich des Sprechverhaltens eine zu beobachtende extrem lebhaftes Mimik bis hin zu ausgeprägt lebhaftem Gestikulieren bei bisweilen deutlich lauter werdender Stimme (S. 64). Weitere Symptombeschreibungen finden sich bei Ryffel-Rawak (2001), die eine erkennbare Unfähigkeit zum Entspannen beschreibt. Betroffene wirken häufig wie „auf dem Sprung“, können keinen Spielfilm zu Ende ansehen oder eine Zeitung lesen (S. 22). Neuhaus (2010) fügt hinzu: In Situationen, die für Betroffene schwierig erscheinen und ein Aushalten erfordern, haben diese meist etwas in der Hand oder zupfen an ihrer Kleidung. Generell sind Menschen mit ADHS vielfach dabei zu beobachten, wie sie diskret mit Gegenständen wie Schlüsseln oder Stiften spielen (S. 64ff). Laut Ryffel-Rawak (2007) kann bei betroffenen Frauen neben dem häufigen Spielen mit den Haaren, ein regelrechtes Nägelbeißen zu sehen sein. Einen auffälligen Zusammenhang sieht sie auch bei nächtlichem Zähneknirschen (S. 34). Krause und Krause (2009) verweisen des Weiteren auf ein kaum lesbares Schriftbild, das sich unter Zeitdruck noch erheblich verschlechtert.

Auch eine leichte Ungeschicklichkeit, die vermehrt zu „blauen Flecken“ führt, ist zu beobachten (S. 71).

Abschließend sei noch auf die bereits beschriebene, nicht in den Kriterien aufgeführte Form der Hypoaktivität verwiesen. Nach Solden (2008) ist bei der Hypoaktivität vor allem eine extreme Antriebslosigkeit zu beobachten. Die Betroffenen kommen dabei offensichtlich nur schwer in Bewegung, arbeiten in der Regel langsam und wirken verträumt (S. 43f). Neuhaus (2010) zeigt in diesem Zusammenhang weitere Verhaltensweisen auf, die aus dem Kindesalter bekannt sind, wie ausgiebiges Räkeln, Gähnen, sich die Augen reiben oder an etwas herumknabbern (S. 63). Diese von Neuhaus geschilderten Verhaltensweisen fallen in der Kindheit nicht übermäßig auf, werden im Erwachsenenalter von der Umwelt aber äußerst irritiert wahrgenommen und je nach sozialem Kontext negativ bewertet. So führt unpassendes ausgiebiges Gähnen und Räkeln, beispielsweise während eines Geschäftsmeetings, sehr schnell zu beruflichen Sanktionen.

4.2.2 Verhaltensanalyse unter Berücksichtigung der Betroffenenperspektive

Den Schilderungen der Betroffenen ist zu entnehmen, dass sie sich in Situationen, in denen sie über einen längeren Zeitraum ruhig sitzen müssen, häufig unwohl fühlen und solche Situationen, wenn möglich, meiden (Krause & Krause 2009, S. 69). Laut Drue (2007) spiegelt das hyperaktive Verhalten nur die in Körper und Kopf vorherrschende Unruhe wieder und macht so die Innenwelt der Betroffenen sichtbar (S. 46). Obwohl sie diese These auf das Verhalten von Kindern bezieht, lässt es sich indirekt auf Erwachsene übertragen.

„Ich kann sehr wohl eine gewisse Zeit ruhig dasitzen oder auf jeden Fall macht das von außen den Anschein. Ich spiele aber eigentlich immer, wenn ich sitzen muss, mit meinen Haaren rum. Dies hat schon als Baby angefangen. Ich habe von klein auf bis etwa 16 Daumen gelutscht. Dazu habe ich mit den Haaren rumgespielt. Dies tat ich vor allem zum Einschlafen, weil es mich irgendwie beruhigt hat... Noch heute spiele ich, wenn ich nervös bin, mit meinen Haaren, wenn ich einschlafe und sozusagen immer, wenn ich rumsitzen oder zuhören muss“ (Ryffel-Rawak, 2007, S. 34).

Vielfach finden sich Aussagen von Betroffenen, wonach kurzfristig eine deutliche Verbesserung des inneren Wohlbefindens durch selbstgeschaffene Betriebsamkeit erreicht werden kann. Als Beispiel kann hier das Zitat einer Betroffenen gesehen werden, die sich einen „Näh-Gitarren-Englisch-Aquafit-Schwimm-Rheuma-Gymnastik-Kurs“ geschaffen hatte, um nicht – wie sie selbst befürchtete – überzuschnappen (Ryffel-Rawak, 2007, S. 34). Der Blick auf eine weitere Schilderung verdeutlicht den Grad der Anstrengung, den es die Betroffenen zu kosten scheint, ihre Unruhe zu kontrollieren. „Beim Telefonieren spreche ich gerne und finde kein Ende, aber ab einer gewissen Gesprächsdauer werde ich zappelig, beiße mir auf die Zunge, balle die Fäuste und öffne sie wieder und, falls das Gespräch noch weiter geht, könnte ich nachher aus lauter Erschöpfung weinen“ (Ryffel-Rawak, 2007, S. 35). Neuhaus (2010) weist überdies auf ein ständiges Steigen der innerlichen Anspannung hin, sobald sich die Betroffenen in Situationen befinden, in denen sie ausharren müssen oder sich eingezwängt fühlen (S. 64). Nach Krause und Krause (2009) kann dies, im Falle eines durch einen Unfall oder eine Erkrankung ausgelösten längeren Aufenthalts im Bett, eine zunehmend

schwere Belastung für die Betroffenen bedeuten, die diesen Zustand als extrem qualvoll erleben (S. 69). Die innere Unruhe wird von den Betroffenen als extrem unangenehm empfunden. Eine Frau mit ADHS schildert diesbezüglich:

Ich „(...) habe aber noch trotzdem viele Spannungen in mir“ und vor allem in Zeitabschnitten mit vielen Terminen „bin ich kaum mehr fähig, etwas ruhig zu tun. (...) Ich stresse dann in der Wohnung umher (...). Ich nage auf meinen Fingern herum bis sie bluten“. Sie beschreibt, dass sie sich fortwährend mit Essen vollstopft, „um mich irgendwie zu beruhigen“ (Ryffel-Rawak, 2001, S. 46f).

Dieses Verhalten wird auch in einer weiteren Schilderung (Ryffel-Rawak, 2007) beschrieben, steht hier aber in einem anderen Kontext. Die übergewichtige Betroffene hat, offensichtlich im Rahmen einer versuchten Gewichtsreduktion, gelernt, ihr Essverhalten zu analysieren. Nach ihrer Einschätzung „stopft“ sie oft Lebensmittel in sich hinein, wenn sie sich erschöpft fühlt, um so die innere Unruhe loszuwerden. „Der volle Bauch entspannt mich“ (S. 46). Nach Ansicht von Ryffel-Rawak sollte demzufolge „bei einer Frau mit einer Essstörung – Bulimie oder Anorexie – grundsätzlich nach einer ADHS gefahndet werden“ (2007, S. 46). Dieses Beispiel zeigt, welche Auswirkungen eine innere Unruhe haben kann und ebenfalls, wie schwer es aus der Betrachtung von Außen erscheint, solche Zusammenhänge zu erkennen. Gleichermäßen problematisch wird von den Betroffenen auch der in den Kriterien nicht aufgeführte Zustand der Hypoaktivität erlebt. Dieser wird vielfach als eine Art zähe Nebelwand beschrieben, die für eine Handlung nur unter großem Kraftaufwand durchbrochen werden kann. Eine Betroffene beschreibt diesbezüglich ihren Normalzustand als eine Art lähmende Dauerbenommenheit. „Stellen Sie sich vor, wie Sie sich fühlen, wenn Sie bei brütender Hitze auf einer Sonnenterrasse einen halben Liter Rotwein getrunken haben! So fühle ich mich meistens den ganzen Tag lang“ (Krause & Krause, 2009, S. 63). Eine weitere Betroffene empfindet diesen Zustand zusätzlich als Ausgrenzung:

„(...) ich machte mal dies, mal jenes, aber acht Zehntel von mir waren in meinen Träumen. Nur ab und zu traf es mich wie ein Stich – das beneidenswerte Leben der anderen, von denen ich irgendwie wie durch Glas getrennt war: Ich konnte es sehen und hören, aber ich kam da nicht hin“ (Neuhaus, 2009a, S. 58).

4.3 Leitsymptom Impulsivität

Diagnostische Kriterien der Impulsivität nach DSM-IV:

„Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

- g) platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist,
- h) kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist,
- i) unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein)“ (DSM-IV, 2003, S. 127).

Zu beachten ist hierbei gleichermaßen die Zusammenfassung der Symptome Hyperaktivität und Impulsivität beim Errechnen der für eine Diagnose zu erreichenden Punktzahl.

Barkley (2006) bezeichnet die Impulsivität als das Kernmerkmal des Störungsbildes, „(...) the evidence available is sufficient for the conclusion that it is not inattention as much as behavioral disinhibition that is the hallmark of ADHD“ (S. 81). Dennoch nimmt die Impulsivität im DSM-IV mit nur drei Punkten den kleinsten Raum ein. Neuhaus (2009a) verweist bezüg-

lich der Impulsivität auf den in der aktuellen Diskussion verwendeten Begriff der Impulssteuerungsschwäche, den sie folgendermaßen definiert:

„Es handelt sich dabei um die mangelnde Fähigkeit, ein vorherrschendes, spontanes Antwortmuster hemmen zu können, zu stoppen und nach einer Ablenkung wieder zum Ausgangspunkt zurückfinden zu können. Verbunden damit ist ein Fehlen der Fähigkeit, abwarten zu können und das daraus folgende, offensichtlich unüberlegte Handeln oder Sprechen“ (S. 27f).

Hierbei ist zu beachten, dass bei einer Betrachtung des Verhaltens von außen kaum Unterschiede beobachtet werden können zwischen einem Tätigkeitswechsel aufgrund einer Ablenkung oder einem Tätigkeitswechsel aufgrund einer Impulssteuerungsschwäche. Dieser Umstand verdeutlicht erneut die Komplexität der Problematik, die durch das Zusammenwirken der Faktoren entsteht.

4.3.1 Verhaltensbeobachtungen zum Leitsymptom Impulsivität

Wender (2001) listet unter der Impulsivität folgende Verhaltensweisen auf: Betroffene unterbrechen die Gespräche anderer und fallen dadurch auf, dass sie zuerst zu sprechen und dann zu denken scheinen. Das impulsive Verhalten zeigt sich in unüberlegten Spontankäufen ebenso, wie in riskanten Handlungen. So werden riskante Investitionen getätigt oder unvorteilhafte Geschäfte abgeschlossen, scheinbar ohne die Folgen zu beachten. Eine große Zahl Betroffener geht äußerst spontan Partnerschaften ein oder beendet diese ebenso abrupt. Wender sieht dies belegt durch die deutlich erhöhte Zahl von Mehrfach-Ehen, Scheidungen und Trennungen gegenüber nicht von ADHS Betroffenen (S. 6).

Impulsives Verhalten zeigt sich ferner daran, dass sich Betroffene auch im Erwachsenenalter häufig nicht an soziale Abläufe halten. Dies betrifft nicht nur das Einmischen in die Gespräche anderer, sondern beispielsweise auch das Ignorieren von Warteschlangen (Puls, 2012, S. 4f). Das Verhalten, nicht warten zu können, wird im DSM-IV zur Symptomatik der Impulsivität gerechnet. Im Erwachsenenalter fällt dieses Verhalten weniger stark auf als in der Kindheit, da Erwachsene Situationen, in denen sie warten müssen, vielfach schlicht vermeiden. Im Zusammenhang mit unvermeidbaren Wartesituationen beschreiben Krause und Krause (2009) eine extreme Ungeduld, die beispielsweise im Straßenverkehr zu aggressivem Verhalten führen kann. Die Autoren weisen überdies auf riskante Aktivitäten im Sport oder im Straßenverkehr hin (S. 49f, 72). Demzufolge lässt sich bei Menschen mit ADHS eine deutlich höhere Zahl an Unfällen sowie Verletzungsarten nachweisen (Barkley, 2006, S. 168). Wender (2000) berichtet weiter von einer höheren Anzahl an Beanstandungen wegen zu schnellen Fahrens und Führerscheinentzügen (S. 164). Steinhausen und Sobanski (2010) sehen in diesem Handeln „aus dem Moment heraus“ ein Verhaltensmerkmal, dass sich durch den gesamten beruflichen und privaten Lebensalltag der Betroffenen zieht (S. 159).

4.3.2 Verhaltensanalyse unter Berücksichtigung der Betroffenenperspektive

„Mein Leben lang hat mich meine Mutter immer ‚den Unterbrecher‘ genannt. ‚Du unterbrichst immer alle‘, sagte sie. Und das stimmte. Was sie aber gar nicht bemerkte: Ich mußte die anderen unterbrechen. Wenn ich sie nicht unterbrach, dann hatte ich längst vergessen, was ich sagen wollte, wenn sie endlich ihren Satz zu Ende hatten“ (Hartmann, 2006, S. 108).

Das Beispiel belegt, impulsives Verhalten kann mehrere Ursachen haben. Nach Wender (2000) beschreiben Betroffene neben Ungeduld und einer extrem niedrigen Frustrationstoleranz grundsätzliche Probleme mit der Selbstkontrolle (S. 163). Vielfach wird auch aus einem großen Hilfsbedürfnis heraus impulsiv gehandelt ohne nachzudenken. Neuhaus (2010) verweist diesbezüglich auf das häufig zu beobachtende Unterbrechen von Gesprächen oder Telefonaten durch die Betroffenen mit einem ihrer Ansicht nach hilfreichen Kommentar, ohne dass diese jedoch ein Gespür dafür zu haben scheinen, wie sehr ihr Verhalten andere tatsächlich stört (S. 63). Barkley (2006) zeigt des Weiteren, das schnelle Reaktionsvermögen der Betroffenen auf. Reagiert wird blitzartig und impulsiv, ohne dass Anweisungen abgewartet oder adäquate, dem Kontext angemessene Verhaltensweisen gezeigt werden. Bereits in der Kindheit platzen sie vorschnell mit Antworten heraus und unterbrechen andere im Gespräch. Dieses Verhalten wird vom Umfeld als Unhöflichkeit, Respektlosigkeit oder Mutwilligkeit gedeutet. Der Autor beschreibt, angesichts dieser Einschätzungen sei es kaum verwunderlich, wie viel mehr Erfahrungen diese Kinder mit Bestrafung, Kritik und Ausgrenzung gegenüber ihren nicht betroffenen Altersgenossen machen (S. 80f). Ein Betroffener berichtet in diesem Zusammenhang:

„Von Geburt an habe ich die Erfahrung gemacht, dass ich nicht auszuhalten bin, dass ich störe und ‚falsch‘ bin. Das hat sich ganz tief in mich eingebrannt, wie ein Brandmal, eine Narbe: Alles was ich mache, ist falsch, schlecht, nicht gut genug, zu spät, zu schnell, zu laut, zu leise, zu teuer, zu aggressiv, zu kurz, zu lang. Nichts passte, nichts stimmte“ (Backhaus, Lauer & Lauer, 2012, S. 39).

Auch wenn an dieser Stelle nicht auf die Theorien zur Identitätskonstruktion eingegangen werden kann, ist nicht zu verkennen, dass diesen Erfahrungen ein erheblicher Einfluss auf die Ausbildung des Selbstwertes zugesprochen werden kann. Da der geringe Selbstwert in der Literatur als sekundäres Symptom des Erwachsenenalters beschrieben wird, erfolgt in Kap. 4.4.3 eine ausführlichere Darstellung der Problematik.

Nach Einschätzung von Kelly und Ramundo (2006) können die enormen Anstrengungen, die betroffene Erwachsene oftmals unternehmen, um ihr impulsives Verhalten unter Kontrolle zu bringen, vom kritisierenden Umfeld nicht wahrgenommen werden. Obwohl Betroffene genauso viel oder wenig wissen wie jeder andere Mensch, kann im Moment des impulsiven Handelns nur extrem schwer oder gar nicht auf bestehendes Wissen zurückgegriffen werden (S. 21). Demzufolge handeln Betroffene nach Wender (2000) immer wieder in allen Lebensbereichen aus dem Augenblick heraus, ohne die Situation gründlich überdacht zu haben. Dabei erkennen sie häufig nicht offenkundige Konsequenzen und bereuen später ihre Entscheidungen (S. 163). Exemplarisch hierfür steht die Aussage einer betroffenen Frau:

„Ich kann sehr spontan sein, Versprechen geben, die mir Bauchschmerzen bereiten, wenn ich sie dann einlösen muss. Ich halte meine Versprechen aber ein. Eine Bekannte wollte ihre Schwester in Indien besuchen, hatte aber keine Lust, alleine zu fliegen. ‚Ich komme mit‘, sagte ich spontan und schon stand der Reisesmonat fest. Dann wurde mir beinahe übel bei dem Gedanken, nach Indien fliegen zu müssen. Ich erlitt einen komplizierten Armbruch und hatte somit eine Entschuldigung (...)“ (Ryffel-Rawak, 2007, S. 120f).

Impulsive Äußerungen können jedoch auch andere Folgen als undurchdachte Zusagen haben. Barkley (2006) merkt hierzu an: „Verbally they often say things indiscreetly, without regard for the feelings of others or for the social consequences to themselves“ (S. 80). Als Beispiele hierzu können das indiskrete Ausplaudern von Firmeninterna, das Mitteilen privater Angelegenheiten im falschen Kontext oder das Herausrutschen eines unangemessenen Kommentares genannt werden. In diesem Kontext zeigt Wender (1991) die größere Bedeutung der Impulsivität im Erwachsenenalter gegenüber impulsivem Verhalten in der Kindheit und verweist auf die schwerwiegenderen Folgen und Konsequenzen im Erwachsenenalter. Dies gilt genau genommen für jegliches impulsives Verhalten betroffener Erwachsener (S. 87).

Linda Rosenbaum (2012) berichtet in ihrer Autobiografie vom Leben an der Seite ihres äußerst impulsiven Ehepartners. Sie zeigt die weitreichenden Konsequenzen für die gesamte Familie auf, in die ein Betroffener sein Umfeld durch impulsives Verhalten bringen kann. Ihrer Ansicht nach leidet die ganze Familie, sobald ein Familienmitglied von ADHS betroffen ist und das umso mehr, wenn die Störung nicht erkannt ist. Sie beschreibt die zerstörerischen Auswirkungen des Verhaltens ihres Mannes und ihre jahrzehntelangen Versuche, seine Fehler wieder auszubügeln. Ihrer Ansicht nach muss man bei einem impulsiven Ehepartner ständig auf der Hut sein und mit allem rechnen. So schildert sie das Vorhaben ihres Mannes, einen Friseurtermin wahrzunehmen. Statt des neuen Haarschnitts entschloss er sich spontan zum Kauf eines Segelbootes im Laden nebenan (S. 9, 24). Nachdem das impulsive Verhalten ihres Mannes zur gemeinsamen finanziellen Bankrott-Erklärung der Eheleute führte, stellt Rosenbaum treffend fest: „When ADD children have tantrums, they are sent to a time-out corner, but when ADD adults have a tantrum(...) they are capable of putting their families in grave danger“ (S. 48). Auch Krause und Krause (2009) verweisen auf die große Verzweiflung der Angehörigen, die durch das fortwährende impulsive Verhalten der Betroffenen entsteht. Nach Ansicht der Autoren hinterlässt das Verhalten bei den Angehörigen tiefe Spuren und „(...) die Wunden, die ihnen durch impulsives Verhalten zugefügt werden, sind oft sehr tief, manche Partner sind auch ein Jahrzehnt später kaum in der Lage, über ihre Situation in einer längst abgeschlossenen Beziehung zu sprechen“ (Krause & Krause, 2009, S. 76).

An dieser Stelle sei auf eine weitere Problematik hingewiesen, deren Zusammenhang mit ADHS nach wie vor zahlreichen Fachleuten nicht bekannt ist. Krause und Krause (2009) beschreiben in Verbindung mit impulsivem Verhalten extreme Zornausbrüche und Wutanfälle, weisen jedoch auf das Fehlen dieses Verhaltens in der Symptomauflistung hin (S. 71f). Auch Neuhaus (2012) nennt in diesem Zusammenhang aktuelle Forschungserkenntnisse,

die zur Impulskontrollstörung auch eine mangelnde Fähigkeit zur Erregungssteuerung hinzuzählen (S. 39). Eine genauere Beschreibung des Verhaltens findet sich in Kap. 4.4.1, da das Phänomen in dieser Arbeit zur sekundären Symptomatik gerechnet wird.

4.4 Sekundäre Symptome für das Erwachsenenalter

Im Anhang der in Kap. 3.2 beschriebenen Leitlinien sind die Wender-Utah-Kriterien der ADHS im Erwachsenenalter abgebildet. In diesen ersten explizit für das Erwachsenenalter entwickelten Diagnosekriterien werden neben den drei bekannten Kernsymptomen vier weitere Symptome für das Erwachsenenalter beschrieben: Affektlabilität, desorganisiertes Verhalten, Affektkontrolle und emotionale Überreagibilität (Ebert, 2003). Aufgrund einer besseren Übersicht werden in dieser Arbeit Affektlabilität, Affektkontrolle und emotionale Überreagibilität in Kap. 4.4.1 unter dem Begriff emotionale Labilität zusammengefasst. Krause und Krause (2009) sehen eine Selbstwertproblematik als zusätzliches Symptom der ADHS im Erwachsenenalter (S. 67ff). Diesbezüglich werden sowohl die von Wender genannte Desorganisation als auch die bei Krause und Krause aufgezeigte Selbstwertproblematik als sekundäre Symptome der ADHS im Erwachsenenalter dargestellt. Da der Schwerpunkt der Arbeit in der ausführlichen Darstellung der Leitsymptome liegt, werden die sekundären Symptome verkürzt dargestellt. Aus Gründen der Relevanz für die Fragestellung, wurde die Perspektive der Betroffenen dennoch miteinbezogen.

4.4.1 Emotionale Labilität

Nach Krause und Krause (2009, S. 86) erleben Menschen mit ADHS regelmäßig erhebliche Stimmungsschwankungen (S. 86). Diese wechseln oft abrupt innerhalb kurzer Zeit, zum Teil mehrmals täglich und häufig ohne erkennbare Ursache. Wender (2000) gibt als Dauer der Stimmungslagen eine Spanne von mehreren Stunden bis höchstens ein paar Tagen an (S. 165). Kelly und Ramundo (2006) verwenden diesbezüglich das Bild vom Leben auf einer emotionalen Achterbahn, das durch seine Intensität und Unvorhersehbarkeit als äußerst anstrengend von den Betroffenen empfunden wird (S. 41). Nach Ryffel-Rawak (2007) sind diese Stimmungsschwankungen nicht nur für die Menschen mit ADHS, sondern auch für ihr Umfeld nur schwer zu akzeptieren und zu verstehen, da die kleinsten Vorkommnisse, Gesten oder Bemerkungen blitzartig einen Stimmungswechsel auslösen können. Die verursachenden Faktoren werden dabei in der Regel weder von den Betroffenen selbst noch von ihrer Umgebung als solche erkannt (S. 36). Nach Auffassung von Neuhaus (2012) nehmen Menschen mit ADHS im Zusammenhang mit der beschriebenen Impulskontrollstörung ihre Umgebung häufig vorschnell rein emotional bewertend wahr. Diese polarisierende Wahrnehmung, auf die die Betroffenen in der Regel keinen Einfluss nehmen können, kann als Auslöser für die plötzlichen Stimmungswechselgesehen werden. (S. 39).

Neuhaus (2010) bezeichnet ADHS auch als das Syndrom der Extreme, weil es für die Betroffenen keinen Mittelweg oder Graustufen zu geben scheint. Dies trifft ihrer Ansicht nach besonders auf den Gefühlsbereich zu:

„Menschen mit ADHS scheinen immer dem plötzlich einsetzenden Affekt ausgeliefert zu sein, der spontan einsetzenden Begeisterung, aber auch blitzartig entstehender Wut, heftiger Furcht, erheblichem Ärger, Ekel etc.“, außerdem fühlen sie extrem und neigen aus diesem Grund dazu, „(...) ihre heftigen Affekte in die Welt zu schleudern, ohne die Reaktionen ihrer Mitmenschen oder die Konsequenzen ihrer ausgeprägten Gefühlsausbrüche zu bedenken (...). Es gelingt [ihnen dabei] meist nur ansatzweise, diese Gefühle sozialverträglich auszudrücken“ (Neuhaus, 2010, S. 34).

Die Betroffenen scheinen des Weiteren eine erhebliche Intensität auszustrahlen. Wenn es ihnen gut geht, ziehen sie andere Menschen durch ihre ungemein positive und fröhliche Ausstrahlung an. Geht es ihnen aber schlecht, so fühlt es sich für die Betroffenen selbst im Erwachsenenalter regelrecht an, wie das Ende der Welt. Diese Art der extremen Gefühls-wahrnehmung könnte als eine der Ursachen für die häufig von der Umwelt beanstandeten erheblichen Übertreibungen der Betroffenen gesehen werden (Kelly & Ramundo, 2006, S. 42). Zu weiteren Missverständnissen und Komplikationen führen vielfach Schwierigkeiten in der Einschätzung oder Benennung der eigenen Gefühlslage. Auffallend dabei ist der Umstand, dass der Gesprächsinhalt und die Art und Weise, mit der die Betroffenen eine Thematik vortragen, häufig im Kontrast zueinander stehen: Mimik und Inhalt passen nicht zusammen. Dies führt beispielsweise dazu, dass ein betroffener Erwachsener „schreckliche Erlebnisse mit überaus freundlichem, offenen Lächeln erzählt“ (Neuhaus, 2010, S. 51).

Zur emotionalen Labilität kann ein weitere Beobachtung gezählt werden. Kelly und Ramundo (2006) beschreiben ein sowohl vom Umfeld als auch von den Betroffenen wahrgenommenes, übermäßig häufiges Auftreten von lang anhaltenden Schlechte-Laune-Phasen bei Menschen mit ADHS. Die Autorinnen vermuten hier eine erhöhte Reizbarkeit als Ursache. Betroffene sind schneller verärgert, gestört oder genervt als Nichtbetroffene (S. 42f). In diesem Kontext wird als weitere Schwierigkeit in der Literatur eine niedrige Stresstoleranz der Betroffenen aufgezeigt. Krause und Krause (2009) ziehen eine Parallele zur geringen Frustrationstoleranz bei Kindern und sehen hier einen Zusammenhang mit der mangelhaften Selbstkontrolle betroffener Erwachsener in subjektiven Belastungssituationen. Bei Stressempfinden kommt es vermehrt zu impulsiven Ausbrüchen (S. 88). Murphy und LeVert (1995) zeigen bezüglich dieses Stressphänomens zwei relevante Aspekte auf: Zum einen können körperliche Reaktionen auf einen Stressauslöser als Schutzfaktoren in einer Situation gesehen werden, in der es um Fliehen oder Kämpfen geht. Herzschlag und Atmung werden schneller, der Blutdruck steigt und die Muskulatur spannt sich an, um im Notfall schnell reagieren zu können. Lässt die Anspannung nach, normalisieren sich die Körperfunktionen in der Regel wieder. Geschieht dies nicht, befindet sich der Körper weiterhin in einer Art Dauerstress und sowohl physische als auch psychische Erkrankungen sind langfristig die Folge. Ein weiterer relevanter Aspekt ist nach Ansicht der Autoren die Definition von Stress, die sie in drei Punkte unterteilen. Erstens existiert keine allgemeingültige Definition von

Stress außerhalb von Extremsituationen. Zweitens erfolgen psychische und körperliche Reaktionen auf einen Stressauslöser bei jedem Menschen in unterschiedlicher Ausprägung und als dritten Punkt führen Murphy und LeVert für jeden Menschen unterschiedliche Stressauslöser an (S. 131f).

Anhand dieser theoretischen Grundlage kann die beobachtete Stressintoleranz von Menschen mit ADHS gedeutet werden. Nach Wender (2000) fühlen sich Betroffene bereits durch Kleinigkeiten außer Gefecht gesetzt. Er beschreibt ihr Verhalten als „making mountains out of molehills“ und fügt hinzu: „The ADHD persons response to stress, however, is exaggerated and even inappropriate. Such a person could become equally upset over a facial pimple as over a broken leg“ (S. 169). Nach Murphy und LeVert (1995) liegen die Ursachen für die heftigen emotionalen Reaktionen in einem lebenslangen Frustrationszustand der Betroffenen, die im Versuch ihre Beeinträchtigungen zu bewältigen, permanent ihr eigenes Scheitern erleben oder vor Augen haben (S. 195). Solden (2008) verwendet bezüglich des explosiven Verhaltens in Stresssituationen einen Erklärungsansatz unter Berücksichtigung der Perspektive betroffener Frauen. Die Autorin geht dabei zum einen von einem maximalen Erschöpfungs- und Belastungszustand einer erwachsenen Frau mit ADHS aus. Ihrer Ansicht nach haben betroffene Frauen bereits morgens 90 Prozent ihres Energiepotenzials verbraucht und der Körper befindet sich durchgehend im Alarmzustand. In diesem Zustand reicht eine – nach Meinung der Umwelt – Kleinigkeit aus, damit die Frau ihre Fassung verliert (S. 121).

Gesellschaftliche Spielregeln im Umgang mit persönlichen Emotionen gelten besonders für Erwachsene. Barkley (2012) verweist diesbezüglich auf soziale Erwartungen, mit denen sich Betroffene konfrontiert sehen. Bei einem Erwachsenen wird vorausgesetzt, dass er seinen Ärger beherrscht, mit Frustrationen zurecht kommt, seine Umgebung nicht mit seinen Stimmungen belastet und auf Kränkungen gelassen reagieren kann. Starke Gefühlsausbrüche, insbesondere Wutanfälle, gelten im Erwachsenenalter als unangemessen und werden gesellschaftlich nicht toleriert (S. 265). Subjektive Beschreibungen Betroffener zeigen auf, wie sehr sie selbst unter diesen Ausbrüchen und den daraus entstehenden Folgen leiden, da überdies aus diesen unkontrollierbaren, extremen Stimmungslagen heraus unüberlegt und impulsiv gehandelt, gesprochen oder entschieden wird. Vor diesem Hintergrund kann auch der spontane Hilferuf einer Betroffenen besser verstanden werden: „Ich will eine Anti-Gefühlspille“ (Neuhaus, 2010, S. 34)!

Neuy-Bartmann (2012) verweist auf den beachtlichen Jähzorn, den Betroffene entwickeln können, wenn sie sich gereizt oder provoziert fühlen. Vielfach scheinen sie keine Reaktionszeit zu benötigen, sondern reagieren explosionsartig (S. 165f). Nach Wender (2000) bereiten diese Temperamentsausbrüche im Erwachsenenalter größere Probleme als in der Kindheit. Er zeigt als soziale Folgen für Erwachsene mit ADHS auf: „Bad temper may cost them jobs, destroy personal relationships (including marriage), distance them from their children, and

end friendships“ (S. 168). Bei diesen Ausbrüchen kann es „(...) zu unkontrollierten Verhaltensweisen bis zu völligen emotionalen Entgleisungen kommen (...) (Neuy-Bartmann, 2012, S. 34). Kelly & Ramundo (2006) weisen darauf hin, dass sich diese explosiven Ausbrüche plötzlich wie aus dem Nichts zu ereignen und für die Menschen im Umfeld der Betroffenen sehr furchteinflößend sein können. Die Betroffenen ihrerseits finden keine Erklärung für ihr Verhalten, die Wut verfliegt meist so zügig, wie sie entstanden ist (S. 42).

Exemplarisch hierfür kann das – im Original mit Sicherheit lautstark geäußerte – Zitat eines betroffenen Familienvaters gesehen werden: „Nicht einmal Klopapier gibt es in diesem Scheißhaushalt!“ (Neuhaus, 2010, S. 177).

Dringender Handlungsbedarf entsteht, wenn dieses Verhalten innerhalb der Familie größere Ausmaße annimmt. Krause (2000) berichtet von Müttern mit schweren Gefühls- und Wutausbrüchen, die bis hin zum totalen Kontrollverlust ihrer Handlungen gegenüber ihren Kindern reichen. Die mangelhafte Selbstkontrolle verursacht bei betroffenen Müttern erhebliche Schuldgefühle und führt innerhalb der Familien zu großen Konflikten. Suchen solche Frauen professionelle Hilfe, im Beispiel von Krause über den Kinderschutzbund, werden die emotionalen Ausbrüche, vielfach aus Unwissenheit über das Störungsbild ADHS, häufig nicht ernst genommen und eine angemessene Hilfeleistung unterbleibt (S. 120). Auch wenn sich diesbezüglich gravierende Unterschiede im Ausmaß zeigen können, kommen Krause und Krause (2009) zu folgendem Schluss:

„Die Impulsivität bei Kindern und Eltern ist Ursache der traumatischen Erfahrungen in der Kindheit, die häufig zu schweren neurotischen Entwicklungen führen und zu erheblichen Beeinträchtigungen von Selbstwert und Selbstvertrauen beitragen“ (S. 245).

4.4.2 Desorganisation

Krause und Krause (2009) sehen in Unordnung, Chaos und Desorganisation sowohl im privaten als auch im beruflichen Bereich typische Symptome einer ADHS im Erwachsenenalter (S. 65ff). Laut Stellungnahme der Bundesärztekammer (2007) zählen zur Desorganisation eine unzureichende Alltagsorganisation in Kombination mit dem Unvermögen, planvoll und zielgerichtet zu handeln. Des Weiteren werden Unpünktlichkeit sowie eine chaotische, ineffektive Arbeitsweise beschrieben. Eine Betroffene berichtet: „Ich werde nie fertig, auch wenn ich genügend Zeit habe. Ich mache alle Wege dreimal und auch auf der Arbeitsstelle habe ich so meine Mühe. (...) Auf meinem Schreibtisch herrscht immer ein Chaos“ (Ryffel-Rawak, 2007, S. 119). Chaos und Durcheinander bestimmen nicht nur den Schreibtisch und die Aktenablage, sondern vielfach auch das ganze Zimmer, die Wohnung, das Auto. In „(...) den Lebens- und Arbeitsbereichen sieht es oft so aus, als ob eine Bombe eingeschlagen hätte“ (Hartmann, 2006, S. 23).

Chaos und Durcheinander treten jedoch nicht immer derart offensichtlich zu Tage. Nach Solden (2008) geht es bei einer ADHS für die Betroffenen nicht nur um das Chaos im Alltag, sondern auch „um das innere Erleben dieser Desorganisation. Die ständige Gefühlserfahrung, die ‚Dinge einfach nicht im Griff zu haben‘, ist Desorganisation auf einer anderen

Ebene“ (S. 22f). Der erlebte Kontrollverlust führt in manchen Fällen zu einer Art Kontrollzwang und so gibt es Betroffene, „(...) die ihr Leben lang um nichts Anderes bemüht sind, als irgendwie Ordnung zu schaffen und Kontrolle über das innere und äußere Chaos zu gewinnen“ (Ryffel-Rawak, 2007, S. 100). Im Extremfall werden Erwachsene mit ADHS dann zu Perfektionisten, die ihre Mitmenschen damit terrorisieren, die gleiche penible Ordnung einzuhalten (Ryffel-Rawak, 2008, S. 83). Solden (2008) zieht hier eine Parallele zu blinden Menschen, die ebenfalls „(...) völlig die Orientierung verlieren, wenn man ihr System stört, indem man in ihrer Umgebung einen Gegenstand umstellt“ (S. 150). Wenig zielführend halten Menschen mit ADHS jedoch rigide an einer einmal entwickelten Ordnungsstrategie fest, selbst wenn sich die äußeren Bedingungen zwischenzeitlich grundlegend verändert haben (Neuhaus, 2010, S. 179ff). Um Abhilfe aus dem Chaos zu schaffen, machen sich viele Betroffene Listen und Arbeitspläne. Kennzeichnend für ADHS sind nach Kelly & Ramundo (2006) überfrachtete Pläne und unrealistischen Zielen im Arbeitspensum. „A professor friend planned to write three articles, a book and two grants over the summer months“ (S. 49). Eine Betroffene schildert ihrer Ärztin:

„An unserem Sideboard hängen unzählige Pendenzlisten (alle selbstverständlich in stundenlanger Arbeit und mit viel Aufwand entworfen und durchdacht). Für diesen Bericht habe ich extra nachgezählt: Im Moment habe ich auf meiner Pendenzliste 3759 zu erledigende Punkte“ (Ryffel-Rawak, 2007, S. 51)!

Daraus wird ersichtlich, dass viele Betroffene nicht einschätzen können, wie viel Zeit sie benötigen, um eine Aufgabe zu erledigen. Hinzu kommt nach Wender (2000) die Schwierigkeit Betroffener, sich ihre Zeit einzuteilen zu können und strukturiert eine Aufgabe nach der anderen abzuarbeiten. Da sie sowohl zu Hause als auch am Arbeitsplatz von einer Arbeit zur anderen wechseln, bevor eine der Aufgaben abgeschlossen ist, benötigen die Betroffenen häufig wesentlich mehr Zeit, um eine Aufgabe zu Ende zu bringen (S. 166).

An dieser Stelle sei zudem das in der Praxis vielfach beobachtbare „Spuren legen“ sowohl im privaten als auch im beruflichen Kontext der Betroffenen erwähnt. Nach einer Ablenkung wird eine begonnene Tätigkeit nicht mehr weitergeführt und zur nächsten gewechselt. Schubladen und Türen werden nicht geschlossen, angefangene Arbeiten und Tätigkeiten nicht beendet, dabei verwendete Gegenstände bleiben an Ort und Stelle liegen. Diese „Spuren“ ziehen sich durch Wohn-, Lebens- oder Arbeitsräume und ermöglichen meist eine treffende Rekonstruktion dessen, was begonnen, gegessen oder getan wurde.

„Die mangelhafte Organisation wirkt sich auf die Verstandesebene und auch auf das Alltagsleben aus“ (Solden, 2008, S. 73). Nach Auffassung von Thiersch (2006, S. 21ff) besteht Alltag grundsätzlich aus den zwei Komponenten „Alltäglichkeit“ und „Alltagswelten“. Thiersch charakterisiert dabei Alltäglichkeit als „soziales und pragmatisches Verstehen und Handeln“. Eine Verständigung zwischen den Beteiligten innerhalb dieser Alltäglichkeit erfolgt dabei grundsätzlich anhand geltender Deutungs- und Vorstellungsmuster. Durch die in der Alltäglichkeit erlebte Korrespondenz mit anderen, erfährt ein Mensch, wer er ist. Alltäglichkeit besteht dabei aus dem Lösen von Schwierigkeiten, der Bewältigung von Situationen und aus

der Erledigung von Aufgaben. „Besonders wichtig sind jene, in denen die elementaren Voraussetzungen für den Bestand des sozialen Gefüges gewährleistet werden, also z.B. in der Familie das Essen, Trinken und Schlafen und die Aufrechterhaltung einer elementaren Ordnung und Zeitstruktur“ (S. 22). Nach Ansicht von Thiersch (2006) stellen Alltagswelten die zweite Komponente des Alltags dar. Damit sind die real zur Verfügung stehenden sozialen und materiellen Ressourcen gemeint. Thiersch stellt hierzu die These auf: „Nacktes Elend (...) reduziert alle offeneren Möglichkeiten der Alltäglichkeit auf die Aufgabe des Überlebens“ (S. 27). Im Zusammenhang mit der Desorganisation im Alltag ist es erforderlich, besonders auf den Brennpunkt *Haushalt* hinzuweisen. Nach wie scheinen sich in Deutschland hauptsächlich Frauen um Hausarbeit und Haushaltsführung zu kümmern. Aufbauend auf die bereits dargestellte Symptomatik der ADHS und der dazugehörigen Beeinträchtigungen kann die Aussage von Solden (2008) angeführt werden, nach deren Ansicht Frauen durch die Tätigkeiten im Haushalt und deren Koordination genau mit den Bereichen konfrontiert werden, in denen ihre Schwierigkeiten liegen. Sie bezeichnet diese Tätigkeit als reinen „Höllensjob“ für die Betroffenen (S. 91). Ryffel-Rawak (2007) verweist ebenfalls auf das Spannungsfeld ADHS und Haushaltsführung. Eine ihrer Patientinnen schildert:

„Ich schaffe es einfach nicht, den ganzen Haushalt in Ordnung zu halten. Wenn ich mich darauf konzentriere, dass die Küche und das Wohnzimmer sauber und aufgeräumt sind, bleibt sicher die Wäsche irgendwo liegen. Wenn ich jedoch die Betten mache und das Badezimmer putze, komme ich mit dem Abwasch nicht voran. Ich kann sehr gut anfangen zu putzen, bevor ich jedoch damit fertig bin, habe ich schon an drei anderen Orten begonnen, aufzuräumen oder ich sitze mit einem Buch, das ich gerade gefunden habe, auf dem Sessel und lese“ (S. 51).

Nach Solden (2008) ziehen sich so nicht nur Routinetätigkeiten im Haushalt ewig hin und wertvolle Lebenszeit wird vertan. Als Folge stellt die Autorin außerdem fest: „Jemand mit derartigen Schwierigkeiten ist ständig belastet, seine Zeit- und Energiereserven werden übermäßig strapaziert und oft bleibt alles andere im Leben deswegen ‚außen vor‘“ (S. 74). Hinzu kommen große Konflikte hinsichtlich der an eine Frau gestellten Rollenerwartungen bezüglich ihrer von der Gesellschaft vorausgesetzten Kompetenzen rund um Haushalt und Familie, die betroffene Frauen weiter unter Druck setzen. Eine ausführlichere Darstellung der Thematik erfolgt in Kap. 4.5.

4.4.3 Selbstwertproblematik

Wender (2000) beschreibt das negative Selbstbild von Menschen mit ADHS, das bereits bei betroffenen Kindern vorhanden ist, und stellt diesbezüglich fest:

„Our self-esteem is formed in the basis of others responses to us. (...) The ADD child has a low opinion of himself. (...) He fails in all the important areas of a child's life. He feels he is dumb, lazy, disobedient, and unlikable because that is the way his world regards him“ (S. 55).

Sich ständig wiederholende Misserfolge und Konflikte verringern das Selbstwertgefühl zunehmend und prägen ein negatives Selbstbild. „Monat für Monat, Jahr für Jahr läuft immer und immer wieder die Negativismusplatte, bis sie für das Kind zur vertrautesten Stimme wird.(...) Du bist dumm. Du hast ein Brett vor dem Kopf. Du bist eine Null. Du kannst einem

wirklich nur leid tun“ (Hallowell & Ratey, 2009, S. 37). Als Folge dieser ständigen Kritik an der Person beschreibt Solden (2008) im Bezug auf betroffene Frauen: „Die meisten von ihnen hatten bis zum Erwachsenenalter (v.a., wenn sie nicht diagnostiziert worden waren) tief verinnerlicht, dass sie eine Charakterschwäche oder einen anderen ernsten Fehler hätten (...)“ (S. 37). Lieb (2009) bezeichnet die Entwicklung eines deutlich herabgesetzten Selbstwertgefühls als Folge negativer Umweltreaktionen auf die ADHS-Symptomatik demzufolge als „sekundäre Neurotisierung“ (S. 136).

Ryffel-Rawak (2007) ist der Ansicht, dass das Erleben der eigenen Andersartigkeit, ohne dafür eine Ursache erkennen zu können, ebenfalls zu einem negativen Selbstbild führt (S. 37). Neuhaus (2012) führt diesbezüglich die erheblichen Leistungsschwankungen der Betroffenen an. Menschen mit ADHS erleben, dass ihr Grad der Anstrengung nicht zuverlässig zu einem guten Handlungsergebnis führt (S. 55). Nach Ansicht von Krause und Krause (2009, S. 86) ist diese schwankende Arbeitsfähigkeit eine häufige Ursache der Selbstwertproblematik. Eine Betroffene äußert diesbezüglich:

„Es ist nicht so, dass ich an einem Tag will und an einem anderen Tag nicht, sondern ich kann einfach an gewissen Tagen nicht. Es ist für mich daher auch enorm schwierig einzuschätzen, ob ich etwas kann oder nicht“ (Ryffel-Rawak, 2008, S. 54).

Lauer (2012) vertritt die Ansicht, dass aufgrund dieser gegensätzlichen Erfahrungen, Menschen mit ADHS kein stabiles und verlässliches Selbstwertgefühl aufbauen können. Da die Betroffenen von Kindheit an widersprüchliche Erfahrungen mit sich selbst machen, sind sie auch nicht in der Lage, ein einheitliches Bild von sich selbst zu entwickeln. Zur Lebensbewältigung braucht der Mensch eine verlässliche Fähigkeit zur Selbsteinschätzung beziehungsweise der Einschätzung von Situationen. Diese Fähigkeiten können sich ohne das Fundament eines stabilen Identitäts- beziehungsweise Selbstwertgefühls nur lückenhaft und unzureichend entwickeln. Regelmäßige Selbstzweifel sind die Folge (S. 167f).

Nach Ansicht des Theologen Metz (2010) gefährdet die Angst, „die Orientierung in einem Alltag zu verlieren, der für alle anderen selbstverständlich zu bewältigen scheint“, den Selbstwert der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter. „Das Gefühl der seelischen Unsicherheit durchzieht das Leben als große Hypothek. Der unbewältigte Alltag wird als ständiger, verlustreicher Kampf, als ein Versagen am Leben erlebt“ (S. 24). Das Gefühl, verantwortungslos zu sein sowie die Angst zu versagen, gehören zum Selbstbild der Betroffenen und bleiben auch lange nach Diagnose und Behandlung bestehen, wie das nachfolgende Zitat belegt:

„Ich selbst als Betroffene habe trotz jahrelangem Training und harter Arbeit an mir noch immer ein bestimmtes Bild von mir: Ich stehe auf einer Falltür und habe keinen Einfluss darauf, ob sie halten oder unerwartet unter mir aufgehen wird, so dass ich wieder eine Pleite erlebe oder einen gravierenden Fehler mache“ (Lauer, 2012, S. 169).

4.5 Soziales Erleben

„Kürzlich verletzte ich mir meine linke Hand und musste eine Stützbandage tragen. Die Leute waren besorgt und verständnisvoll und boten mir immer wieder ihre Hilfe an. Das verblüffte mich, denn für mich war das gar nichts im Vergleich zu meiner ADS mit ihren Organisationsproblemen. (...) Dass ich die linke Hand nicht zur Verfügung hatte, war unbequem, offensichtlich verstanden aber die Leute, dass es körperliche Dinge gab, die ich nicht tun konnte. Ich musste mir weder Selbstvorwürfe machen noch etwas verstecken. Es waren damit keinerlei Emotionen verbunden“ (Solden, 2008, S. 74).

Die Tatsache, dass man psychische Störungen nicht sehen kann, wird von Betroffenen als Erschwernis erlebt. Backhaus (2012) merkt dazu an: „AD(H)S-Betroffene sehen aus wie Sie und ich, aber sie verhalten sich überdurchschnittlich oft unangemessen“ (S. 35). Für Erwachsene mit ADHS bedeutet das: „Selbst wenn einmal Symptome sichtbar sind, sieht man ihnen den Grad der inneren Schwierigkeiten noch immer nicht an“ (Solden, 2008, S. 66). Da man ihnen ihre Beeinträchtigung nicht ansieht, erfahren sie keine angemessene Unterstützung oder stoßen auf Unverständnis und schlimmstenfalls Ablehnung und Ausgrenzung. Das Verhalten der Betroffenen löst in ihrer Umgebung immer wieder negative Reaktionen aus, die der Erwachsene mit ADHS so erlebt: „He is not wanted as a social participant“ (Wender, 2000, S. 161). Dies gilt in gleicher Weise für den Berufsalltag. Charakteristisch zeigt sich hierbei die Rückmeldung eines Vorgesetzten während des Entlassungsgesprächs auf die Frage des Betroffenen nach dem Kündigungsgrund. Er bekam die höchst abwertende Begründung genannt: „Es gehe nicht um mein fachliches Wissen, sondern um meine Person“ (Ryffel-Rawak, 2001, S. 113).

Nach Einschätzung von Hallowell und Ratey (2009, S. 40) werden die sozialen Auswirkungen einer ADHS von der Fachwelt bisher unterschätzt. Drüe (2007) betont diesbezüglich: „ADHS wirkt in alle Bereiche der Gesellschaft hinein, angefangen von der Privatheit der Familie bis in die höchsten Gefilde von Politik, Wirtschaft und Kultur“ (S. 12). An dieser Stelle wird die Vielfältigkeit der sozialen Interaktionsmöglichkeiten und der Umfang des Sozialraumes, in dem die ADHS der Betroffenen eine Rolle spielen kann, deutlich. Wie in Kap. 4.4.3 aufgezeigt, wurden Betroffene in ihrer Kindheit kritisiert, gedemütigt und immer wieder ausgegrenzt. Zudem wurde die Vorsätzlichkeit ihrer Handlungen impliziert. Eine Folge dieser Zuschreibung verdeutlicht der Rückblick aus Sicht einer Betroffenen: „It’s difficult to grow up with the hidden handicap of ADD. Many of us feel, that we’ve spent our lives disappointing everyone – parents, siblings, teachers, friends and ourselves“ (Kelly & Ramundo, 2006, S. 11). Das Gefühl, anders zu sein als die anderen, entsteht jedoch nicht nur durch negative Rückmeldungen, sondern auch durch den eigenen Vergleich mit anderen (Lauer, 2012, S. 66).

Eine Kompensationsmöglichkeit mit erheblichen Folgen für die Betroffenen stellt die Strategie dar: „Bad is better than stupid“ (Kelly & Ramundo, 2006, S. 73). Dieses Verhalten ist in der Sozialpädagogik hinreichend bekannt und wird deswegen in dieser Arbeit nicht weiter dargestellt. Weit weniger untersucht im Zusammenhang mit der ADHS, ist hingegen die Rolle der Scham betroffener Frauen. Ryffel-Rawak (2007) verweist diesbezüglich auf die

nach wie vor bestehende gesellschaftliche Zuweisung von Haushaltsführung und Kindererziehung an Frauen. Einer Frau mit ADHS fällt jedoch gerade die Routine und Organisation eines Haushalts schwer. Werden Durcheinander und Chaos in der Haushaltsführung vom Umfeld wahrgenommen, folgen unverzüglich Kritik und Schuldzuweisungen. Entsprechend fallen nach Angabe der Autorin Bemerkungen wie „schlechte Ehefrau“, „faule Hausfrau“ und „unfähige Mutter“. Als eine weitere Reaktion bekommt die Betroffene – wie bereits in ihrer Kindheit – zu hören, sie gäbe sich „nicht einmal Mühe“ (S. 31). Nach Solden (2008, S. 87f) verursachen vor allem die unterschiedlichen Rollenerwartungen unseres Kulturkreises erhebliche Belastungen und emotionale Konflikte bei den betroffenen Frauen. Gegenüber Männern haben Frauen mehr rein organisatorische Aufgaben zu erfüllen, haben eine höhere Anzahl von Pflichten und müssen zudem Aufgaben aus verschiedenen Lebensbereichen untereinander koordinieren. Frauen mit Kindern sind überdies stärker für die Organisation und Strukturierung der Lebenswelt ihrer Kinder verantwortlich. Demgegenüber erfahren nach Ansicht der Autorin Männer mehr Unterstützung in organisatorischen Aufgaben durch Ehefrauen, Partnerinnen oder Sekretärinnen und werden früh ermutigt, sich auf ihre Stärken zu konzentrieren und diese auszubauen. Dadurch fällt es ihnen leichter, in den übrigen Bereichen die Unterstützung anderer anzunehmen. Als weiteren Punkt hinsichtlich der Desorganisation nennt Solden: „Männer mit den gleichen Schwierigkeiten gelten allgemein eher als liebenswert oder abwesend; Frauen hingegen werden von sich selbst und von Außenstehenden als grundsätzlich unfähig oder unzureichend betrachtet“ (S. 89).

In der Regel suchen Frauen zu allererst die Schuld bei sich. Studien zufolge geben sich Frauen mit ADHS zudem häufiger die Schuld an Problemen als nichtbetroffene Frauen (Kelly & Ramundo, 2006, S. 239). Solden (2008, S. 38ff) beschreibt eine regelrechte Wand aus Schuldgefühlen und Scham, die betroffene Frauen seit ihrer Kindheit umgibt. Nach Ansicht der Autorin kann im Gefühl der Scham die Hauptursache für das Verbergen der bestehenden Schwierigkeiten vor der Außenwelt gesehen werden. Etliche betroffene Frauen verstecken ihre Desorganisation und erhalten mit erheblichem Kraftaufwand eine funktionierende Fassade aufrecht. Sie täuschen und verdecken, ohne sich dessen jedoch bewusst zu sein. An dieser Stelle sei exemplarisch auf die direkte Auswirkung der Scham auf soziale Beziehungen verwiesen. Viele Frauen mit ADHS ziehen sich resigniert zurück und so ist auch ohne direkte Ausgrenzung eine soziale Isolierung die Folge. Solden (2008) verdeutlicht dies mit einem praktischen Beispiel aus dem Lebensalltag der Betroffenen: „Die Desorganisation beeinträchtigt eine Frau mit ADHS so stark, dass sie erst stundenlang aufräumen und organisieren muss, ehe sie auch nur daran denken kann, Freunde zu sich einzuladen“ (S. 127).

Eine andere Strategie betroffener Frauen, ihre Schwierigkeiten zu verheimlichen, besteht nach Auffassung von Kelly und Ramundo (2006, S. 75) in der Rolle der hilfsbereiten Perfektionistin. Diese Frauen stellen aus Angst vor der Entdeckung ihrer Schwierigkeiten an

sich selbst den Anspruch der eigenen Unfehlbarkeit. Dabei spielt es für die Betroffenen keine Rolle, welche persönliche Kraftanstrengung sie dafür aufwenden müssen. Da die Ablehnung einer Aufgabe, Anweisung oder Bitte mit einem Eingeständnis der eigenen Unfähigkeit gleichgesetzt wird, kommt nach Einschätzung der Autorinnen das Wort „nein“ kaum über die Lippen der Betroffenen. Nach Außen macht sie dadurch einen überaus positiven, hilfsbereiten Eindruck. Ihre inneren Schwierigkeiten werden nicht wahrgenommen. Nach Ansicht von Solden (2008, S. 68) hat das für die betroffenen Frauen fatale Folgen: „Je mehr diese Frauen leisten und je besser sie sich durchschlagen, umso weniger sind andere geneigt, ihnen Glauben zu schenken (...)“ (S. 68). Zur Veranschaulichung dient das Zitat einer Betroffenen über den vergeblichen Versuch, ihre Schwierigkeiten zu verbalisieren:

„Im Austausch mit Kolleginnen und Ausbilderinnen fällt mir immer wieder auf, wie (...) stark die Einschätzung der anderen von meiner Selbstwahrnehmung entfernt ist. Immer wieder bekomme ich zu hören, ich hätte es doch überhaupt nicht nötig, an mir zu zweifeln.(...) Häufig erhalte ich Rückmeldungen, sie würden mich als starke, einflussreiche Person einschätzen. In solchen Momenten fühle ich mich von anderen Menschen entfernt“ (Ryffel-Rawak, 2007, S. 38).

Nach Solden (2008, S. 68ff) führt vor allem der Umstand, Verhalten vom Endergebnis her zu betrachten, dazu, dass die Schwierigkeiten beziehungsweise der Anstrengungsgrad, unter denen ein Ergebnis erreicht wurde, keine Beachtung finden. Solden zufolge gleicht die Bewältigung der ADHS einer Vollzeitbeschäftigung zusätzlich zum normalen Lebensalltag. Dadurch entsteht für eine berufstätige Betroffene keine Doppel- sondern eine Dreifachbelastung. Um zurechtzukommen, verzichten sie auf Schlaf und nehmen weniger Verabredungen wahr. Freizeit, in denen eine Erholung erfolgen kann, findet nicht statt. Frauen mit ADHS vertuschen häufig, welche Energie es sie kostet neben dem anstrengenden Alltag soziale Kontakte zu pflegen oder aufrecht zu halten. Um durchzuhalten, konsumieren die Betroffenen erhebliche Mengen von Kaffee, Cola oder Nikotin. Solden spricht diesbezüglich von einer unbewussten Selbstmedikation. Nach Ansicht der Autorin folgt im Laufe des immer anstrengender werdenden Bewältigungsprozesses früher oder später ein Zusammenbruch und eine Frau mit ADHS erreicht einen Punkt, an dem förmlich nichts mehr geht. Ryffel-Rawak (2007) stellt diesbezüglich fest: „Es darf nicht verwundern, wenn bei ADHS-betroffenen Frauen ab 30 Jahren Erschöpfungsdepressionen an der Tagesordnung sind (...)“ (S. 84). Die Autorin gibt weiterhin an, dass die betroffenen Frauen daraufhin langjährige Therapien und medikamentöse Behandlung in Anspruch nehmen. Eine dauerhafte Besserung bleibt dennoch aus, „weil die Grundproblematik ADHS nicht erfasst wurde“ (S. 84). Diagnostizierte Betroffene erleben in ihrem Umfeld häufig abwertende oder anzweifelnde Äußerungen bezüglich der ADHS im Kindesalter. Hallowell und Ratey (2009) zufolge können Betroffene deswegen kaum mit anderen Menschen über ihre Störung sprechen ohne auf Misstrauen zu stoßen. Echtes Wissen über das Störungsbild besteht häufig nicht und die Störung gilt schnell als Entschuldigung für schlechtes Benehmen oder Faulheit (S. 395). Um der befürchteten Kritik oder Stigmatisierung zu entgehen, ziehen sich die Betroffenen zurück und halten ihre ADHS -Diagnose oftmals selbst vor ihren Angehörigen geheim.

4.6 Stärken und Ressourcen

Exemplarisch für eine große Stärke der Menschen mit ADHS kann eine Schilderung des Künstlers Arno Backhaus gesehen werden, der von einer Episode seiner Kindheit berichtet: Nachdem er im Unterricht den vergessenen Schulaufsatz vorlesen soll, improvisiert er spontan und erfindet den Text während er „vorliest“. Der Schwindel fliegt dennoch auf und er wird bestraft. Rückblickend stellt Backhaus diesbezüglich fest:

„Wer so ‚intelligent‘ ist und einen Aufsatz vorliest, den es gar nicht gibt, der müsste doch zumindest für seine Kreativität, seine Phantasie und sein freies, spontanes Reden eine gute Note bekommen, oder?“ (Backhaus, 2012, S. 49).

Erhalten Betroffene ihre Diagnose, liegt der Fokus in der Regel zunächst auf den aktuellen Schwierigkeiten und einer Strategie zu deren Bewältigung. Stärken und Ressourcen geraten dabei in den Hintergrund, zumal die Betroffenen, beeinträchtigt durch ein negatives Selbstbild, nicht mehr in der Lage sind, ihre positiven Eigenschaften als Stärken wahrzunehmen. Aus diesem Grund ist es wichtig auch das Positive aufzuzeigen. Zu den Stärken von Menschen mit ADHS gehört beispielsweise: Eine große Liebe zu Tieren und zur Natur, ein ausgeprägter Gerechtigkeitssinn, jederzeit spontane Hilfsbereitschaft, hohe Begeisterungsfähigkeit, Risikobereitschaft, Kreativität, Einfallsreichtum, eine hohe Flexibilität und ein großer Gerechtigkeitssinn (Tokol, o.D. ,S. 11). Nach Ansicht von Lauer (2012) kann in der Ideenflut und impulsiven Kreativität vieler Betroffener die Ursache für etliche geniale und ungewöhnliche Erfindungen dieser Welt gesehen werden. Dies gilt auch für etliche Werke aus Musik und Kunst. Ihrer Ansicht nach kann grundlegend Neues nur dann entstehen, wenn ein Impuls oder eine Idee nicht sofort nach Relevanz oder Machbarkeit sortiert und bewertet wird (S. 171). Das Vorhandensein einer ADHS muss, zweifellos auch abhängig vom Grad des Betroffenseins, keinesfalls automatisch ein Scheitern im Leben bedeuten. Mit der richtigen Unterstützung und wenn nach Ansicht von Menter (2007) die Betroffenen „ihre Nische im Leben finden, dann sind sie eine große Bereicherung für unsere Gesellschaft“ (S. 8).

5. Fazit

Was an dieser Stelle nun deutlich geworden sein sollte, ist die Komplexität der ADHS. Ein Bild von Erwachsenen mit ADHS und die Zusammenhänge zwischen Störungsbild und dem Verhalten beziehungsweise der Wahrnehmung der Betroffenen konnte innerhalb der Arbeit ebenfalls klar herausgearbeitet werden. Im Verlauf des Forschungsprozesses kristallisierten sich die vielfältigen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Symptomen und den massiven Beeinträchtigungen der Betroffenen heraus. Des Weiteren zeigte sich, dass die zum Störungsbild gerechnete Symptomatik Auswirkungen auf alle Bereiche des täglichen Lebens haben kann. Gleichzeitig hat die systematische Analyse der Fragestellung gezeigt, dass es sich bei einer ADHS im Erwachsenenalter um ein Störungsbild mit vielfachen Ausprägungsformen handelt, die zum Teil eine sich widersprechende Symptomatik zeigen. Deutlich kam bei der Exploration zu Tage, dass die Symptomatik kontextabhängig auftritt. Das bedeutet in einer neuen, spannenden und subjektiv positiv bewerteten Situation gelingt vieles, während bei Routineaufgaben und subjektiv erlebter Langeweile ein zufriedenstellendes Ergebnis kaum erreicht werden kann. Diese Zusammenhänge werden aber weder von den Betroffenen, noch vom Umfeld erkannt. Als Folge davon werden die Betroffenen häufig stigmatisiert und von ihrer Umwelt ausgegrenzt oder sogar falsch diagnostiziert. Die Betroffenen wissen dabei nicht einmal, warum sie sich so anders verhalten als andere. Schließlich hat jeder Mensch seine Fehler. Als Folge des immer wieder kehrenden Scheiterns nehmen sie die Zuschreibungen ihrer Mitmenschen, wie „dumm“ oder „faul“, nach und nach in ihr Selbstkonzept auf und verinnerlichen somit eine regelrechte Charakterschwäche, als Teil ihrer selbst. Über die gesamte Lebensspanne führt dies zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Selbstwertes der Betroffenen. Gründe hierfür liegen in einer lückenhaften Erfahrung der Selbstwirksamkeit, sowie in den negativen Zuschreibungen von außen.

Aufgrund der gefundenen Daten lässt sich zwar tatsächlich ein Symptomwandel gegenüber dem Kindesalter erkennen, allerdings hauptsächlich dann, wenn man die Symptomatik vordergründig, anhand von Häufigkeit und Ausprägung des zu beobachtenden Verhaltens, erfasst. Deutlich wandeln sich gegenüber dem Kindesalter die Lebensumstände der Betroffenen, hierzu zählen sowohl veränderte Lebensanforderungen, als auch Veränderungen im sozialen und beruflichen Kontext. Am Beispiel der Desorganisation kann dies exemplarisch verdeutlicht werden. Während der Tagesablauf von Kindern vorwiegend durch deren Eltern strukturiert wird, sind betroffene Erwachsene für sich selbst verantwortlich. Dadurch entstehen einerseits mehr Wahlmöglichkeiten, auch zur Vermeidung bestimmter Situationen und Strukturen, andererseits erfolgt auch keine elterliche beziehungsweise erwachsene Hilfestellung bezüglich bestehender Organisationsschwierigkeiten.

Ebenso steigen die Anforderungen an die Betroffenen mit zunehmendem Alter und ein betroffener Mensch ist nun nicht mehr nur für seinen Schulranzen, sondern für seine komplette Lebensführung verantwortlich. An diesem Beispiel lässt sich erkennen, dass die

Auswirkungen und Folgen auf das durch die ADHS bedingte Verhalten im Erwachsenenalter von wesentlich größerer Tragweite sind, als noch im Kindesalter. Die Erweiterung der Betrachtung des Störungsbildes auf die möglichen Auswirkungen und Folgen einer ADHS im Erwachsenenalter lieferte diesbezüglich einen deutlichen Beleg sowohl für die Brisanz, als auch für die Bedeutung der Thematik für die Erziehungswissenschaft. So kann, für nahezu jedes Arbeitsfeld innerhalb der Sozialen Arbeit, von einer gehäuften Präsenz der Betroffenen ausgegangen werden.

Im Rückblick ermöglichte die gewählte Explorationsform anhand einer Verbindung der drei Betrachtungsebenen – zu beobachtendes Verhalten, Beschreibung der inneren Zusammenhänge, Perspektive der Betroffenen – einen tiefen und vielschichtigen Einblick in die Thematik und den vorhandenen Leidensdruck. Durch die (Selbst-) Beschreibungen der Betroffenen lassen sich die Zusammenhänge leichter erkennen und verstehen. Die gefundenen Ergebnisse belegen, dass man eine ADHS nicht erfassen kann, solange man die Störung nur am Verhalten der Betroffenen exploriert. Die umfassende Darstellung der Diagnostik bildet eine Voraussetzung für die Erfassung der Komplexität des Störungsbildes und befähigt zur besseren Einschätzung der Problematik, sowie deren Verschärfung, durch das vermehrte Auftreten von Komorbiditäten im Erwachsenenalter. Zusätzlich ergeben sich durch das Integrieren der Komorbiditäten in die Problemlage, weitere Überschneidungsbereiche mit den Arbeitsbereichen innerhalb der Sozialen Arbeit.

Als ein weiteres Ergebnis kann die Bedeutung der Diagnose für die Betroffenen gesehen werden, anhand derer erst eine passende Hilfeleistung erfolgen kann. Diese Bedeutung wird in der Sozialen Arbeit bisher nicht gesehen. Eine Ursache hierfür ist mit hoher Wahrscheinlichkeit der „veraltete“ Wissensstand zum Thema ADHS in der Erziehungswissenschaft, da die Forschungsergebnisse der letzten zehn Jahre im Bereich der Neurowissenschaften bisher nicht beachtet werden. Das in dieser Arbeit aufgezeigte Leid und die Irrwege der Betroffenen auf der Suche nach Hilfe, erfordern ein Umdenken innerhalb der Sozialen Arbeit, die in ihrer Schlüsselposition eine wichtige Anlaufstelle für die Betroffenen darstellt. Gerade innerhalb der Beratung ergeben sich beispielsweise vielfältige Aufgaben, die von der Vermittlung einer Anlaufstelle für die Diagnostik, der Suche nach weiteren Unterstützungsmöglichkeiten, zusätzlich zu Therapie und Medikation, bis hin zu einer langfristigen Begleitung der Betroffenen, unter der Berücksichtigung ihrer störungsbedingten Beeinträchtigungen, bei der Bewältigung ihres Lebensalltags reichen sollten.

Als große Stärke für die Begleitung von Menschen mit ADHS können diesbezüglich die professionellen Basiskompetenzen von SozialpädagogInnen gesehen werden. Hierzu zählen unter anderem: Beziehungskompetenz, soziale und kommunikative Kompetenz, methodische Kompetenz sowie organisatorische, kulturelle und kreative Kompetenzen. Jede ADHS ist anders, aber ohne einen wertschätzenden und strukturierten Umgang mit den Betroffenen kann keine dauerhafte Verbesserung erreicht werden. Das gezielte auswählen und reflektie-

ren über eine Methode oder einen Sachverhalt gehören zum Sozialpädagogischen Arbeitsalltag. Dabei steht eine große Anzahl an Methoden zur Verfügung, so dass immer eine individuelle Begleitung der Betroffenen erfolgen kann. Eine weitere Stärke ist die Flexibilität der Hilfsmöglichkeiten sozialer Arbeit. Vielfach hat sich gezeigt, dass Betroffene auch nach der Diagnose ihr neues Wissen über das Störungsbild und die dadurch entstehenden Beeinträchtigungen nicht in den Alltag übertragen können und eine konkrete Unterstützung in alltäglichen Situationen benötigen, die weit über den Rahmen einer Medikation oder einer Verhaltenstherapie hinausreicht. Gezielte Angebote für Erwachsene mit ADHS im Bereich der Sozialen Arbeit bestehen aktuell nicht. Die bestehenden Hilfskonzepte haben sich sich, aus Unkenntnis über das Störungsbild und die dazugehörigen Beeinträchtigungen, bisher weder als effektiv noch als nachhaltig für die Betroffenen erwiesen.

Es ist an der Zeit, dass sich die Erziehungswissenschaft intensiv mit der ADHS im Erwachsenenalter auseinandersetzt und sich, unter Einbezug des aktuellen Wissensstandes über das Störungsbild ADHS, ihrer vielfältigen Unterstützungsmöglichkeiten für die Betroffenen bewusst wird.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: Textrevision DSM-IV-TR*. Deutsche Bearbeitung und Einführung von H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig & I. Houben. Göttingen: Hogrefe.
- Amft, H. (2002). Die ADS-Problematik aus der Perspektive einer kritischen Medizin. In H. Amft, M. Gerspach & D. Mattner (Hrsg.), *Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit* (S. 37-121). Stuttgart: Kohlhammer.
- Backhaus, A., Lauer, V. & Lauer, J. (2012). *Ach du Schreck! AD(H)S: Vom Chaoskind zum Lebenskünstler* (4. Aufl.). Moers: Brendow.
- Baer, N. & Kirsch, P. (2010). *Training bei ADS im Erwachsenenalter: TADSE*. Weinheim: Beltz.
- Barkley, R. A. (2006). ADHD in Adults: Developmental Course and Outcome of Children with ADHD, and ADHD in Clinic-Referred Adults. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed., pp. 248-296). New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2006). Associated Cognitive, Developmental, and Health Problems. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed., pp. 122-183). New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2006). Comorbid Disorders, Social and Family Adjustment, and Subtyping. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed., pp. 184-218). New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2006). History. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed., pp. 3-75). New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2006). Primary Symptoms, Diagnostic Criteria, Prevalence, and Gender Differences. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed., pp. 76-121). New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2012). *Das große Handbuch für Erwachsene mit ADHS*. Bern: Huber.
- Becker, N. (2007). Der Stellenwert biologischer Erklärungsmuster in der Debatte über ADHS: Eine Analyse pädagogischer Zeitschriften. In, *Zeitschrift für Pädagogik: 52. Beiheft* (S. 186-201). Weinheim: Beltz.
- Brown, T. E. (2000). Chronisch, aber nicht allgegenwärtig: Neue Erkenntnisse zur Aufmerksamkeitsdefizit-Störung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. In T. Fitzner & W. Stark (Hrsg.), *ADS – verstehen, akzeptieren, helfen: Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität* (S. 132-138). Weinheim: Beltz.
- Drüe, G. (2007). *ADHS kontrovers: Betroffene Familien im Blickfeld von Fachwelt und Öffentlichkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Ebert, D., Krause, J. & Roth-Sackenheim, C. (2003) ADHS im Erwachsenenalter: Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN [Elektronische Version]. *Der Nervenarzt*, 10, 939-946.
- Fisseni, H.-J. (2004) *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik: Mit Hinweisen zur Intervention* (3. überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Gawrilow, C. (2012). *Lehrbuch ADHS*. München: Reinhardt.
- Häcker, H. (2009) Psychologische Diagnostik. In H. O. Häcker & K. H. Stapf (Hrsg.), *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (15. überarb. und erw. Aufl., S. 798-799). Bern: Huber.
- Hallowell, E. M. & Ratey, J. (2009). *Zwanghaft zerstreut: Oder die Unfähigkeit, Aufmerksam zu sein* (12. Aufl.). Hamburg: Rowohlt.
- Hanses, A. (2004). Diagnose. In H.-H. Krüger & C. Grunert (Hrsg.), *Wörterbuch Erziehungswissenschaft* (S. 101-106). Wiesbaden: VS Verlag.
- Hartmann, T. (2004). *ADHS als Chance begreifen: Nennen wir es das Edison-Gen*. Lübeck: Schmidt-Römhild.
- Hartmann, T. (2006). *Eine andere Art, die Welt zu sehen: Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom* (11. Aufl.). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- Hechtmann, L. (2009). ADHD in Adults. In T. Brown (Ed.), *ADHD Comorbidities: Handbook for ADHD Complications in Children and Adults* (pp. 81-96). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Herzog, R. (1926). *Otto Crusius: Die Mimiamben des Herondas*. Leipzig: DVB.
- Hillenbrand, C. (2008). *Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen* (4. Aufl.). München: Reinhardt.
- James, W. (1891). *The Principles of Psychology: In two Volumes* (Vol.1). London: MacMillan.
- Kelly, K. & Ramundo, P. (2006). *You Mean I'm Not Lazy, Stupid or Crazy?!: The Classic Self-Help Book for Adults with Attention Deficit Disorder* (upd. paperb.). New York: Scribner.
- Köhler, H. (2004). *War Michel aus Lönnenberga aufmerksamkeitsgestört? Der ADS-Mythos und die neue Kindergeneration* (3. Aufl.). Stuttgart: Freies Geistesleben.
- Konrad, K. & Rösler, M. (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom in der Lebensspanne [Elektronische Version]. *Der Nervenarzt*, 11, 1302-1311.
- Krause, J. (2000). So sind sie!: Erscheinungsbild und Behandlung Erwachsener mit ADS. In T. Fitzner & W. Stark (Hrsg.), *ADS – verstehen, akzeptieren, helfen: Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität* (S. 118-131). Weinheim: Beltz.
- Krause, J. & Krause, K.-H. (2009). *ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen* (3. vollst. aktual. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Kubinger, K. D. (1996). *Einführung in die Psychologische Diagnostik* (2. korrig. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Kubinger, K. D. & Deegener, G. (2001). *Psychologische Anamnese bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Lauer, V. (2012). AD(H)S: Die eigene Funktionsweise verstehen. In A. Backhaus, V. Lauer & J. Lauer, *Ach du Schreck! AD(H)S: Vom Chaoskind zum Lebenskünstler* (4. Aufl., S. 152 - 170). Moers: Brendow.
- Lemp, T. J., Duketis, E., Bender, S. & Freitag, C. M. (2010). Diagnose und Differentialdiagnose der ADHS im Kindes- und Jugendalter. In M. Rösler, A. von Gontard, W. Retz & C. M. Freitag (Hrsg.), *Diagnose und Therapie der ADHS: Kinder – Jugendliche – Erwachsene* (S. 29-43). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lieb, K., Heßlinger, B. & Jacob, G. (2009). *50 Fälle Psychiatrie und Psychotherapie. Bed-side-learning* (3. Aufl.). München: Elsevier.
- Marks, D. J., Newcorn, J. H. & Halperin, J. M. (2001). Comorbidity in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In J. Wasserstein, L. E. Wolf & F. F. LeFever (Ed.), *Adult Attention Deficit Disorder: Brain Mechanisms and Life Outcomes* (pp. 216-238). New York: The New York Academy of Sciences.
- Metz, U. (2010). Facetten des ADHS. *Neue Akzente*, 85 (2), 23-24.
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.).(2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (2.aktual. u. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Murphy, K. R. & Gordon M. (2006). Assesment of Adults with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed., pp. 425-452). New York: Guilford.
- Murphy, K. R. & LeVert, S. (1995). *Out of the fog: Treatment Options and Coping Strategies for Adult Attention Deficit Disorder*. New York: Skylight Press.
- Neuhaus, C. (2009a). *Jugendliche mit AD(H)S: Wie Erwachsenwerden gelingt* (2. überarb. Aufl.). Freiburg: Urania.
- Neuhaus, C. (2010). *Lass mich, doch verlass mich nicht. ADHS und Partnerschaft* (7. Aufl.). München: dtv.
- Neuhaus, C. (2012). *ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung* (3. aktual. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Neuhaus, C., Trott, G.-E., Berger-Eckert, A., Schwab, S. & Townson, S. (2009b). *Neuropsychotherapie der ADHS: Das Elterntaining für Kinder und Jugendliche (ETKJ ADHS) unter Berücksichtigung des selbst betroffenen Elternteils*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Neuy-Bartmann, A. (2012). *AD(H)S: Erfolgreiche Strategien für Erwachsene und Kinder* (5. aktual. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Puls, J. H. (2012). Epidemiologie, Symptomatik und Verlauf, Probleme im Straßenverkehr. In K. G. Kahl, J. H. Puls, G. Schmid & J. Spiegler (Hrsg.), *Praxishandbuch ADHS: Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen* (2. überarb. u. erw. Aufl., S. 3-5, S. 101-102). Stuttgart: Thieme.

- Quascher, K. & Remschmidt, H. (2011) Abschnitt F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. In H. Dilling, W. Mombour & M. H. Schmidt (Hrsg.), *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*, 8. überarb. Aufl. (S. 355-363). Bern: Huber.
- Retz-Junginger, P., Sobanski, E., Alm, B., Retz, W. & Rösler, M. (2008). Alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung [Elektronische Version]. *Der Nervenarzt*, 7, 809-819.
- Rosenbaum, L. (2012). *My husband has ADD*. Camp Hill: Sunbury.
- Rösler, M. (2010). Psychopathologie der ADHS beim Erwachsenen. In M. Rösler, A. von Gontard, W. Retz & C. M. Freitag (Hrsg.), *Diagnose und Therapie der ADHS: Kinder – Jugendliche – Erwachsene* (S. 63-70). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rothenberger, A. & Neumärker, K.-J. (2010). Zur Geschichte der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Handbuch ADHS: Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 11-16). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ryffel-Rawak, D. (2001). *ADS bei Erwachsenen: Betroffene berichten aus ihrem Leben*. Bern: Huber.
- Ryffel-Rawak, D. (2007). *ADHS bei Frauen: Den Gefühlen ausgeliefert* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Ryffel-Rawak, D. (2008). *Wir fühlen uns anders! Wie betroffene Erwachsene mit ADS/ADHS sich selbst und ihre Partnerschaft erleben* (2. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Sauerbrey, U. & Winkler, M. (2011). Die pädagogische Bedeutung des Sachverhaltes ADHS. In U. Sauerbrey & M. Winkler (Hrsg.), *Pädagogische Anmerkungen zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* (S. 7-22). Jena: IKS Garamond.
- Schmid, G. (2012). Diagnostik. In K. D. Kahl, J. H. Puls, G. Schmid & J. Spiegler (Hrsg.), *Praxishandbuch ADHS: Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen* (2. aktual. u. erw. Aufl., S. 11-20). Stuttgart: Thieme.
- Sobanski, E. & Alm, B. (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen: Ein Überblick [Elektronische Version]. *Der Nervenarzt*, 7, 697-715.
- Solden, S. (2008). *Die Chaosprinzessin* (7. Aufl.). Forchheim: ADHS Deutschland.
- Stein, R. (2011). *Grundwissen Verhaltensstörungen* (2. überarb. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider.
- Steinhausen, H.-C. & Sobanski, E. (2010). Klinischer Verlauf. In M. Rösler, A. von Gontard, W. Retz & C. M. Freitag (Hrsg.), *Diagnose und Therapie der ADHS: Kinder – Jugendliche – Erwachsene* (S. 152-171). Stuttgart: Kohlhammer.
- Steller, M. & Dahle, K.-P. (2001). Diagnostischer Prozess. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (2. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

- Stieglitz, R.-D., Nyberg, E. & Hofecker-Fallahpour, M. (2012). *ADHS im Erwachsenenalter: Fortschritte der Psychotherapie* (Band 47). Göttingen: Hogrefe.
- Streif, J. (2012). ADHS: Hier werden sie beraten. *Neue Akzente*, 91 (1), 20-23.
- Tenorth, H.-E. & Tippelt, R. (Hrsg.) (2007). *Lexikon Pädagogik*. Weinheim: Beltz.
- Thiersch, H. (2002). Sozialpädagogik: Handeln in Widersprüchen?. In H.-U. Otto, T. Rauschenbach & P. Vogel (Hrsg.), *Erziehungswissenschaft: Professionalität und Kompetenz* (S. 209-222). Opladen: Leske + Budrich.
- Thiersch, H. (2006). *Die Erfahrung der Wirklichkeit: Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik* (2. Erg. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Wender, P. H. (1991). *Das hyperaktive Kind* (aktual. Neuausg). O.A.:Ravensburger.
- Wender, P. H. (2000). *ADHD: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Wender, P. H., Wolf, L. E. & Wasserstein, J. (2001). Adults with ADHD: An Overview. In J. Wasserstein, L. E. Wolf & F. F. LeFever (Ed.), *Adult Attention Deficit Disorder: Brain Mechanisms and Life Outcomes* (pp. 1-16). New York: The New York Academy of Sciences.
- Westmeyer, H. (2003). Diagnose, psychologische. In K. D. Kubinger & R. S. Jäger (Hrsg.), *Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik*. Weinheim: Beltz.
- Wilens, T. E. (2009). ADHD with Substance Use Disorders. In T. Brown (Ed.), *ADHD Comorbidities: Handbook for ADHD Complications in Children and Adults* (pp. 249-264). Washington: American Psychiatric Publishing.

Internetquellen

Bundesärztekammer (o.D.). Stellungnahme zur ADHS. Verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3163.3169>
Zugriff am 24.10.2012

De Zwaan (2011). The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. Verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=The%20estimated%20prevalence%20and%20correlates%20of%20adult%20ADHD%20in%20a%20German%20community%20sample>
Zugriff am 17.12.2012

Döpfner, M., Banaschewski, T., Rösler, M. & Skrodzki, K. (2012). Stellungnahme des zentralen adhs-netzes zu häufigen Fehlinformationen der Presse zur Aufmerksamkeitsdefizit- /Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Verfügbar unter <http://www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-therapeuten/stellungnahmen/stellungnahme/article/schreiben-an-den-g-ba.html>
Zugriff am 17.12.2012

Menter, M. (2007). Sind unsere Kinder kränker als früher? Verfügbar unter http://www.gruene-bundestag.de/publikationen_ID_2000006/publikation/reader-musterkind-auf-rezept-der-umgang-mit-der-diagnose-adhs.html
Zugriff am 18.12.2012

StBa (2012). Bevölkerung nach Altersgruppen in Deutschland. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/lrbev01.html>
Zugriff am 17.12.2012

The European Network Adult ADHD (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. Verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2942810/>
Zugriff am 3.12.2012

Tokol (o.D.). ADHS Broschüre. Verfügbar unter <http://www.tokol.de>
Zugriff am 18.12.2012