

# Wege aus dem Chaos – Behandlung von Erwachsenen mit ADHS

Birgit Boekhoff

## 1. ADHS

ADHS wächst sich nicht aus. Das hat die Forschung inzwischen bestätigt. Wer volljährig wird, ist nicht plötzlich ein anderer Mensch. Zwar tritt bei einigen ADHS-Kindern die Problematik bis zum Erwachsenenalter in den Hintergrund, da sie gelernt haben, selbst so gut mit sich umzugehen, dass sie nicht mehr leiden. Bei gut zwei Drittel der Betroffenen ist dies aber nicht der Fall; sie erfüllen weiterhin die Kriterien eines ADH-Syndroms. Etwa ein Drittel braucht im Erwachsenenalter weiterhin Hilfe.

Noch wichtiger beim Thema ADHS im Erwachsenenalter ist jedoch: Bei vielen Erwachsenen ist ADHS im Kindesalter gar nicht erst diagnostiziert worden – diese Menschen leiden jetzt umso mehr, da sie häufig eine Lebensgeschichte aus Frustrationen, Misserfolgen und Abbrüchen hinter sich haben. Sie müssen jetzt lernen, ihre Schwierigkeiten zu managen. Ergotherapeutisches Coaching kann dabei eine wertvolle Hilfe sein.

### 1.1 ADHS – eine Krankheit?

Laut ICD-10 ist ADHS – also das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom – zunächst einmal ein Syndrom, also eine Kumulation von Symptomen, mit denen Menschen kämpfen und unter denen sie leiden. Das sind insbesondere Störungen der Aufmerksamkeit, der Handlungssteuerung und der Gefühlsregulation. Wichtig ist dabei: Die ICD-10 definiert diese Symptome nur dann als

Störung, wenn sie vom Patienten als störend empfunden werden und ein Leidensdruck besteht.

Dieser Unterschied ist nicht nur für die Diagnose wichtig, sondern auch für das spätere Coaching. Eine ADHS-Diagnose allein ist kein Grund für eine Therapie. Ein Coaching ist nur sinnvoll und funktioniert auch nur dann, wenn der Patient selbst leidet und etwas verändern möchte. Und auch dann wird nicht die neurophysiologische und neurobiologische Grunddisposition behandelt, sondern der *Umgang* des Patienten mit seiner Disposition.

- ▶ Für die Arbeit von grundsätzlicher Bedeutung ist es zu verstehen, dass
  - die Eigenschaften (Neurobiologie), die zu einem ADH-Syndrom führen, nicht primär veränderbar und wegtherapierbar sind,
  - die Art und Weise, wie der Patient mit seinen Eigenschaften umgeht, aber sehr wohl zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik und einer Reduktion des Leidensdrucks führen kann.

Daraus folgt, dass sich das eigentlich „Kranke“ nicht per se aus der Konstitution des Patienten ergibt, sondern aus der fehlenden „Passung“ eines bestimmten Menschentyps mit seiner Umwelt (Hartmann 1997). ADHS-Symptome werden dann sichtbar, wenn Menschen mit einer ADHS-Disposition sich in Lebensumständen befinden, die nicht zu dieser Disposition

passen. Genau hier hilft ADHS-Coaching.

### 1.2 Typische Probleme von Erwachsenen mit ADHS

Die in der Ergotherapie von Patienten am häufigsten beschriebenen *Betätigungsprobleme* sind in Tabelle 1 zusammengefasst und nach den COPM-Bereichen aufgeteilt. Zusätzlich sind die am häufigsten beschriebenen emotionalen Probleme aufgeführt.

Zusätzlich zu den Performance-Problemen haben Menschen mit ADHS auch häufig mit *emotionalen Schwierigkeiten* zu kämpfen. Folgendes wird typischerweise von diesen Patienten geschildert: sich schnell angegriffen fühlen; innere Unruhe und Getriebensein; Gefühl von Stress und Hektik; inkonsistente Zeitwahrnehmung („kein Zeitgefühl“); sehr schnell und sehr heftig emotional aufgewühlt sein (emotional „überreagieren“); schnelle und starke Gefühls- und Stimmungsschwankungen; sich schnell gelangweilt und antriebslos fühlen; mangelnde emotionale Abgrenzung von anderen Menschen; schlechte Wahrnehmung für eigene Stimmungen, Gefühle und Bedürfnisse; Gefühle als „Knäuel“ wahrnehmen und nicht differenzieren und beschreiben können; hohe Ansprüche an sich selbst und andere (Perfektionismus); schnelle

**Merke:** ADHS-Menschen sind nicht per se krank. Was sie aber krank macht, ist ein mangelndes Verständnis für ihre Konstitution und ein Nicht-Passen ihrer Konstitution und ihrer Lebenswelt.

Selbstversorgung	
<b>Eigene körperliche Versorgung:</b>	Morgens nicht in Gang kommen, abends nicht abschalten können; unregelmäßig oder gar nicht essen oder Essstörung; unregelmäßige Körperpflege; Schlafstörungen
<b>Mobilität:</b>	sich verfahren, Abfahrt/Haltestelle verpassen, Zug/Bus verpassen
<b>Regelung persönlicher Angelegenheiten:</b>	Schlechte Terminplanung, zu spät kommen, keine regelmäßige Kalendernutzung, Termine vergessen, keine Tagesplanung, keine TO-DO-Planung, kein Notizsystem für TO-Dos; Probleme, Prioritäten zu setzen; sich verzetteln, vieles gleichzeitig anfangen und nicht beenden; unangenehme, unliebsame oder langweilige Aufgaben aufschieben; Post- und Papier-Stapel, keine regelmäßige Papierablage, Papierchaos, kein gutes Ablagesystem; Neigung zur Verschuldung, impulsives Geldausgeben, kein Überblick über Kontobewegungen; Projekte/Vorhaben aufschieben oder nicht beenden; Dinge verlegen/verlieren/vergessen; Entscheidungsprobleme
Produktivität	
<b>Arbeit:</b>	Ablenkbare, Konzentrationsschwankungen; Aufgaben nicht zeitgerecht erledigen, Aufgaben aufschieben; sich verzetteln, unstrukturiert, unorganisiert, Flüchtigkeitsfehler; keine Tagesplanung, unzureichende Aufgabenplanung; Probleme, Prioritäten zu setzen; Probleme, sich zu entscheiden; Neigung zum Perfektionismus
<b>Haushalt:</b>	Unregelmäßige Hausarbeit, Unordnung, Neigung zur Sammelei, Dinge stapeln, Wäsche nicht wegräumen, unliebsame Tätigkeiten aufschieben (bügeln, abspülen, etc.), von einer Tätigkeit zur anderen wechseln, sich verzetteln, vieles anfangen und nicht beenden, keine festen Plätze für Dinge haben, ständig suchen müssen, unordentlich sein (Dinge nur unvollständig, oberflächlich und flüchtig erledigen); Probleme, sich zu entscheiden
Freizeit	
<b>Ruhige Erholung:</b>	Ständige innere Unruhe, Unfähigkeit zur Entspannung, nicht abschalten können, nicht genießen können
<b>Aktive Erholung:</b>	Benötigte Dinge vergessen; kurzfristige Vorbereitung; wenig Vorausplanung; nach hoher Aufregung nicht „runterfahren“ können
<b>Soziales Leben:</b>	Impulsivität, Ausrasten, Wut/Ärger nicht angemessen äußern können; viel Streit mit Partner/Kindern/Vorgesetzten; Probleme in der Kindererziehung; wenig/gar keine Freunde, „keine Zeit“ für Freunde; nicht „Nein“ sagen können; nicht warten können; Familienalltag nicht strukturieren und regeln können; nachgiebig und inkonsequent sein in der Kindererziehung; im Gespräch schlecht „auf den Punkt kommen“ können

Tab. 1: Betätigungsprobleme erwachsener Menschen mit ADHS

Selbstverunsicherung; Chaos im Kopf; depressive Stimmungs-Einbrüche mit Gefühlen von Minderwertigkeit, Aussichtslosigkeit und Resignation.

### 1.3 Fallbeispiel Herr Schmidt\*

Herr Schmidt ist Angestellter einer Bank, 36 Jahre alt und verheiratet. Er kommt auf Verordnung eines Psychiaters in die Praxis und soll psychisch-

funktionelle Ergotherapie erhalten. Die Diagnose lautet: ADHS und Depression. Herr Schmidt berichtet, dass er seine Arbeit einfach nicht „auf die Reihe“ bekomme. Er sei nicht dumm, er würde auch „wollen“, aber er würde immer wieder Sachen nicht „schaffen“, die er sich vornimmt. Er verzettelte sich, könne Termine für seine Aufgaben nicht einhalten, kom-

me mit der Bearbeitung seiner Akten nicht hinterher, schaffe es nicht, das Papierchaos und die Stapel in seinem Büro in den Griff zu kriegen. Er fühle sich permanent massiv überfordert und erschöpft; es seien schon einige wichtige Projekte „angebrannt“. Sein Chef setze ihn unter Druck und seine Stelle sei in Gefahr. Als Ziel für die Ergotherapie gibt er an: Er möchte

\* Name und Details geändert, um die Identität zu schützen.

sich besser konzentrieren können, schneller arbeiten und weniger Fehler machen.

Auf die Frage, was er gut kann, antwortet er, dass er schon seit vielen Jahren in einer Band spielt und einen Großteil der Songs selbst schreibt, die meisten davon aber unfertig geblieben sind.

## 1.4 Schwächen schwächen, Stärken stärken, Passung finden

Die von Herrn Schmidt beschriebene Fähigkeit ist eine typische Stärke von Menschen mit ADHS. Neben den typischen Schwierigkeiten und Schwächen zeigen Menschen mit ADHS auch immer einen recht einheitlichen Pool an Stärken und Fähigkeiten in bestimmten Bereichen. Diese Stärken sind in der Regel ausgeprägter als bei anderen Menschen: Kreativität, Hilfsbereitschaft, Einsatzbereitschaft, Feinfühligkeit/Sensibilität, Emotionalität, Spontanität, Ideenreichtum, Phantasie etc.

Vielen Patienten sind diese Stärken selbst nicht klar. Mehr noch: Da sie in der Vergangenheit sehr häufig nur mit ihren Schwächen konfrontiert wurden, haben sie kein Bewusstsein für ihre Stärken entwickelt und verzichten daher darauf, diese einzusetzen (da sie sich eher wünschen, an den Schwächen zu arbeiten und „endlich normal zu sein“, was jedoch oft scheitert). Hier gilt es, in der Behandlung auf jeden Fall ressourcenaktivierend zu arbeiten.

## 2. Der Coaching-Ansatz bei Herrn Schmidt

Herr Schmidt beschreibt seine Konzentrationsprobleme als wechselhaft. In einigen Situationen könne er sich sehr gut konzentrieren – zum Beispiel, wenn er Musik macht –, in anderen Situationen gelinge ihm das nicht – zum Beispiel bei der Arbeit in seinem Büro. Herr Schmidt hat also keine

generelle Fähigkeitsstörung im Bereich der Konzentration, sondern eine Steuerungsproblematik. Die Fähigkeit zur gezielten Aufmerksamkeitssteuerung ist neurobiologisch bedingt von verschiedenen Faktoren abhängig. Wenn die Situation z. B. zu einer Dopaminausschüttung führt, etwa weil sie Herrn Schmidt Spaß macht (vgl. Wolff), und der Ablenkungsgrad gering ist, ist die Aufmerksamkeitssteuerung gut. In Situationen, in denen der Dopaminspiegel sinkt, zum Beispiel bei Unlust oder Frust, sinkt auch die Steuerungsfähigkeit seiner Aufmerksamkeit. Dies kann z. B. passieren, wenn Herr Schmidt sich in seinem Büro von den Papierstapeln überfordert und erdrückt fühlt. Herr Schmidt wird es nicht schaffen, sich im Büro bei Telefonklingeln, offener Bürotür und wachsenden Papierbergen besser zu konzentrieren, wenn er in der ergotherapeutischen Praxis ein Konzentrationstraining absolviert. Die generelle Aufmerksamkeitssteuerungsproblematik und die damit einhergehende mangelnde Konzentrationsfähigkeit bei vorhandenen Ablenkungsfaktoren lassen sich nicht beseitigen. Vielmehr muss sich Herr Schmidt der neurobiologischen Mechanismen bewusst werden, um sich selbst, sein Verhalten und seine Umgebung entsprechend zu managen.

In erster Linie geht es daher im ADHS-Coaching darum, *Selbstmanagementfähigkeiten zu erwerben* und in zweiter Linie darum, *neue Verhaltensmuster zu trainieren, Alltagsstrukturen zu schaffen und Schwächen zu beüben*. Der hier beschriebene Coaching-Ansatz hat sich gerade dann erfolgreich in der Einzeltherapie gezeigt, wenn Patienten lernen, bestmöglich mit ihrer Veranlagung zu leben. Denn die Neigung zu Symptomen wie Aufschieben, Verzetteln, Unaufmerksamkeit, Stimmungsschwankungen etc. wird dem Patienten immer erhalten bleiben – dies liegt an seiner neurobiologischen Konstitution.

## 2.1 Ablauf des Coachings

Zu Beginn des Coachings durchläuft Herr Schmidt die Eingangsphase bis hin zur Maßnahmenplanung. In der Eingangsphase wird nach einer freien Exploration die Anamnese erhoben. Darüber hinaus werden der Behandlungsvertrag und die Rahmenbedingungen geklärt. Danach geht es in die Befunderhebung. Herr Schmidt gibt an, in welchen Bereichen er Unterstützung sucht („Baustellen“). Aus diesen Bereichen wird das erste „Veränderungsprojekt“ bestimmt.

► Das Veränderungsprojekt bei Herrn Schmidt heißt: „Konzentration auf der Arbeit verbessern“:

### 2.1.1 Der Ist-Zustand

Herr Schmidt beschreibt seine momentane Problematik so:

- Viele „Konzentrationslöcher“: Er kann beim Lesen von Akten und Texten den Inhalt oft nicht erfassen.
- Viele Flüchtigkeitsfehler beim Erstellen von Briefen und Ausfüllen von Formularen
- Vergessen von Anweisungen und Routineaufgaben
- Schnelles Abgelenktsein
- Hoher Zeitbedarf für die einzelnen Aufgaben
- Verzetteln, vieles gleichzeitig offen haben
- Keine Struktur in Arbeitsabläufen
- Kein Überblick über aktuelle Projekte und Aufgaben
- Massive Fristversäumnisse

### 2.1.2 Der Soll-Zustand

Als Ziel gibt Herr Schmidt an:

- Bessere Konzentration bei der Erledigung einzelner Aufgaben
- Aufgaben schneller abarbeiten können
- Weniger Fehler machen
- Aufgaben zuverlässiger fristgerecht erledigen und weniger vergessen

- Besserer Überblick über anstehende Aufgaben und mehr Kontrolle beim Bearbeiten der Akten
- Keine unübersichtlichen Papierstapel mehr, klares und übersichtliches Büro

## 2.1.3 Maßnahmenplan

Im gemeinsamen Gespräch mit der Therapeutin wurden daraufhin folgende Schritte und Maßnahmen definiert:

*Maßnahme: Reduzierung von Ablenkung*

- Identifikation von störungsintensiven und störungsarmen Zeiten
- Verteilung der Arbeiten mit hoher Anforderung an die Konzentration – wenn möglich – in störungsarme Zeiten
- Einrichten oder Aufsuchen eines ungestörten Arbeitsplatzes
- Bürotür schließen
- Telefon umleiten
- Den Kollegen mitteilen, wann man zu sprechen ist, ungestörte Zeiten einrichten
- Eventuell Gehörschutz zur Minimierung der Störgeräusche

*Maßnahme: Umgang mit Ablenkungen/Störungen*

- Bei Störungen erst kurz den eigenen Gedankengang beenden und einen Vermerk zur späteren Fortsetzung machen
- Erst danach der Störung zuwenden
- Gespräche mit Kollegen kurz halten
- Nach der Störung – wenn möglich – mit der begonnenen Aufgabe fortfahren
- Ablenkende Gedanken notieren und später bearbeiten (nicht sofort darauf eingehen)

*Maßnahme: Verbesserung der Konzentration*

- Verstehen des Zusammenhangs zwischen neurophysiologischem

Erregungsniveau und Leistungsfähigkeit

- Beobachten des eigenen Erregungsniveaus im Tagesverlauf
- Erregungsniveau bewusst regulieren
- Auswahl der Aufgaben – wenn möglich – in Abhängigkeit zum momentanen Erregungsniveau
- Handlungsbegleitende Selbstinstruktion
- Ausreichend oft kurze, aktive Pausen
- Achtsamkeitstraining (Hesslinger et al. 2004)

*Maßnahme: Reduzierung von Vergesslichkeit*

- Schriftliche Aufgabenverwaltung installieren
- Zugerufenes immer notieren
- Checklisten für Routineabläufe erstellen
- Automatische Erinnerungshilfen nutzen (z. B. Handy-Timer)

Im Coaching werden die im Maßnahmenplan festgelegten Schritte sukzessive angesprochen, bearbeitet, eingeübt, reflektiert und nachgehalten. Sobald eine Maßnahme eingeführt und Kapazität für den nächsten Schritt frei ist, wird dieser in die Umsetzung aufgenommen. Alle bereits begonnenen Maßnahmen werden kontinuierlich nachgehalten und reflektiert. Sobald ein Hindernis oder eine Stagnation eintritt, wird mittels Situations- und Verhaltensanalysen eruiert, welche Adaptionen nötig sind; diese werden dann wieder eingeübt. Bei Bedarf kann eine Umfeldberatung am Arbeitsplatz und/oder ein gemeinsames Gespräch mit dem Vorgesetzten sinnvoll sein.

## 2.2 Ergebnis und Ausblick

Durch das Coaching kennt Herr Schmidt nun den Zusammenhang zwischen Erregungsniveau und Konzentration/Leistungsfähigkeit. Er kann sein Erregungsniveau meistens

gut wahrnehmen und aktiv dahingehend regulieren, dass er häufiger im für seine Leistungsfähigkeit optimalen Bereich liegt. Er achtet auf die Verteilung seiner Aufgaben im Tagesverlauf, schafft sich ungestörte Zeiten, hat externe Ablenkungen so weit wie möglich reduziert und kann in der Regel effektiv mit Störungen und Ablenkungen umgehen. Durch eine handlungsbegleitende Selbstinstruktion kann er sich selbst besser bei der Aufgabe halten. Dadurch kann er seine Konzentration besser schützen und beibehalten, was sich positiv auf seine Arbeitsergebnisse und sein Arbeitstempo auswirkt. Mittels Checklisten und Routineabläufen erledigt er auch wiederkehrende Aufgaben deutlich zuverlässiger. Ein für ihn passendes Aufgabenmanagement-System ermöglicht es ihm, einen besseren Überblick über anfallende Aufgaben zu haben und diese effektiver zu organisieren und abuarbeiten.

Auch nach dem Coaching wird es natürlich gute und schlechte Phasen geben. In Zeiten sehr hohen Arbeitsaufkommens oder eingeschränkter Befindlichkeit hat Herr Schmidt noch Mühe, die neuen Verhaltensweisen beizubehalten und er verliert sie teilweise wieder. Hier hilft dann ein kurzer Kontakt zum Coach, um die eingeführten Strukturen wieder aufzunehmen.

## 3. Das ADHS-Coaching

Als Herr Schmidt in die Ergotherapiepraxis kommt, versteht er sich selbst nicht. Er weiß nicht, weshalb er seine Arbeit nicht geregelt bekommt. Er weiß nichts davon, dass es im Frontalhirn einen Bereich gibt, der für die Handlungs- und Aufmerksamkeitssteuerung zuständig ist. Er merkt nur immer wieder, dass er nicht bei der Sache bleiben kann, sich verzettelt und Vorhaben nicht abschließen kann. Er hält sich für „zu dumm“ und ist verzweifelt, weil er nicht weiß, was er ändern kann.

Im Coaching erfährt Herr Schmidt nun von der Therapeutin, dass diese Schwierigkeiten nichts mit mangelnder Intelligenz zu tun haben, sondern mit einer Besonderheit im Dopaminhaushalt seines Gehirns (vgl. Krause & Krause 2005). Diese Besonderheit führt dazu, dass er Tätigkeiten schlechter planen kann und sich schneller ablenken lässt. Diese Information entlastet Herrn Schmidt enorm, da er versteht, warum er Schwierigkeiten hat und warum es ihm so schwer fällt, daran etwas zu ändern (*Psychoedukation*). Die Therapeutin analysiert die Problemsituationen genauer und erfragt, in welchen Situationen Herr Schmidt sich verzettelt, wodurch er sich hauptsächlich ablenken lässt und wie seine bisherige Aufgabenplanung aussieht. Dann legen sie gemeinsam sein Zielverhalten fest und überlegen, welche Maßnahmen ihm helfen könnten, das erwünschte Verhalten zu erreichen (Maßnahmenplan). Herr Schmidt wünscht sich einen besseren Überblick über seine Aufgaben. Dafür werden für ihn passende Strukturen am Arbeitsplatz und für seine Arbeitsorganisation entwickelt (*Beratung*). Während der Umsetzungsphase fragt die Therapeutin immer wieder nach, wo es noch Änderungsbedarf gibt. Herr Schmidt trainiert immer wieder, die anstehenden Aufgaben zu erfassen, zu durchdenken, konkret zu planen, sowie einen effektiven Umgang mit Störungen und Ablenkungen (*Training*).

### 3.1 Die drei Komponenten

Am Beispiel von Herrn Schmidt ist zu sehen, dass das ADHS-Coaching drei Behandlungskomponenten beinhaltet (Abb. 1):

#### 3.1.1 Psychoedukation

- Information über ADHS und die anliegenden Therapiethemen anschaulich und verständlich vermitteln

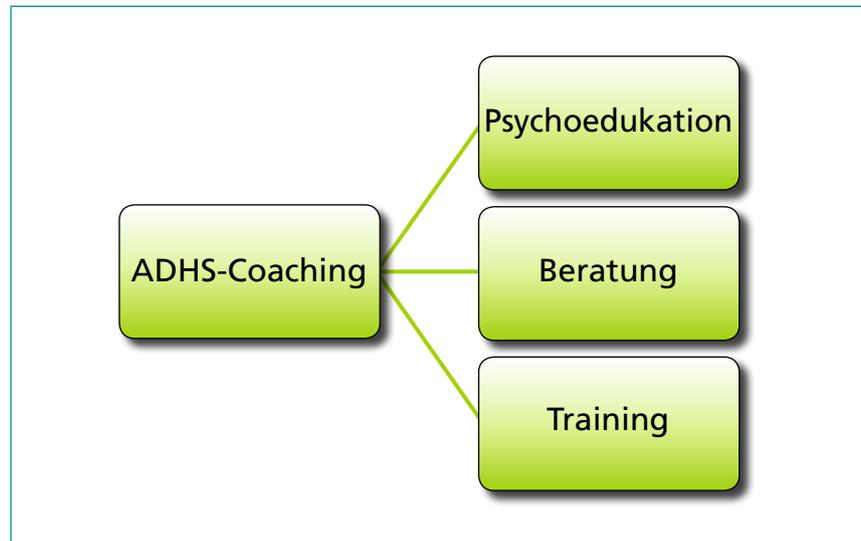


Abb. 1: Die drei Komponenten des ADHS-Coachings nach B. Boekhoff.

- Aufklärung über neurophysiologische, neurobiologische, psychologische und medizinische Aspekte, die für den Patienten relevant sind
- Erklären von Zusammenhängen zwischen medizinischen und psychologischen Grundlagen sowie dem Erleben, Verhalten und Handeln des Patienten

#### 3.1.2 Beratung

- Formulierung realistischer Ziele unterstützen
- Ressourcenorientiert und lösungsorientiert beraten
- Den Patienten anregen, eigene Lösungsideen zu entwickeln
- Methoden und Maßnahmen anbieten, wo diese dem Patienten fehlen

#### 3.1.3 Training

- Neue Methoden/Strategien vermitteln und einüben
- Patienten vom Reden zum Handeln bringen
- Mit dem Patienten gemeinsam die Umsetzung der Maßnahmen trainieren
- Das Dranbleiben an den Zielen unterstützen
- Ermutigend, lobend, Hoffnung vermitteln

Der Trainingsteil des ADHS-Coachings ist für Herrn Schmidt von entscheidender Bedeutung, da er auf sich alleine gestellt den Veränderungsprozess und das zum Teil mühsame und frustrierende Üben mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht durchhalten würde. Mit der Therapeutin als Coach und Trainerin an seiner Seite kann er das anvisierte Ziel mit viel größerer Wahrscheinlichkeit erreichen.

### 3.2 Die Wirkfaktoren

So wie Herrn Schmidt geht es zahlreichen Patienten, die ins ADHS-Coaching kommen: Sie waren bereits jahrelang in ambulanter und/oder stationärer psychotherapeutischer Behandlung, häufig wegen Depressionen oder Burnout. Die meisten fühlten sich jedoch so lange unverstanden, solange die Behandlung das ADH-Syndrom nicht berücksichtigt hat und waren frustriert, dass sich die Alltagsstrukturen häufig nicht wirklich verbesserten. Dieselben Patienten haben jedoch häufig schon nach wenigen Stunden ADHS-Coaching Erfolge in diesen Bereichen. Sie fühlen sich – manchmal zum ersten Mal in ihrem Leben – verstanden, beginnen sich selbst zu verstehen und mit ihren Stärken und Schwächen anzunehmen. Sie finden alltagstaugliche und für sie individu-

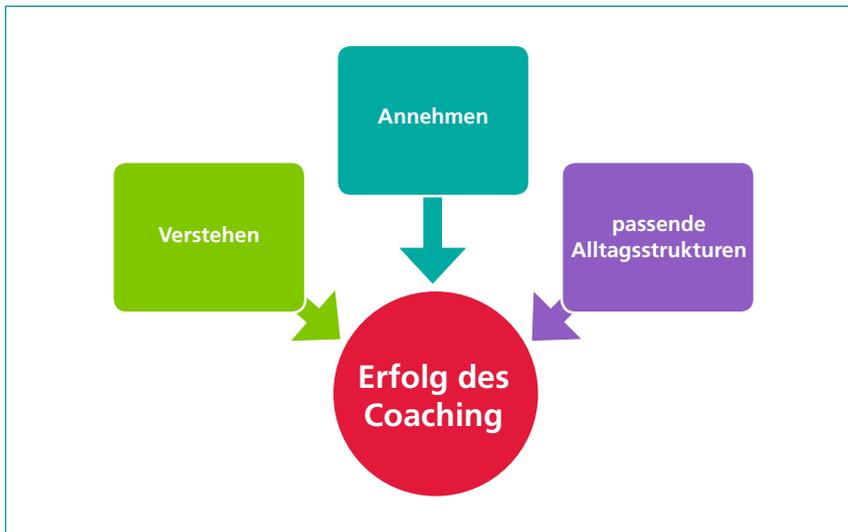


Abb. 2: Die Wirkfaktoren des ADHS-Coachings nach B. Boekhoff.

ell passende Strukturen und können so ihren Alltag besser meistern. Die besten Erfolge im ADHS-Coaching werden erzielt, wenn die in Abb. 2 gezeigten drei Wirkfaktoren ausreichend berücksichtigt werden und sowohl der therapeutische Prozess, als auch die einzelnen Stunden klar strukturiert werden.

► Die eigene Persönlichkeitskonstitution sowie die eigenen Stärken und Schwächen zu verstehen und anzunehmen stellt den größten Wirkfaktor dar, ohne den es nicht möglich ist, passende Alltagsstrukturen zu finden und einzuführen.

## 4. Zusammenfassung

ADHS ist eine Persönlichkeitskonstitution, mit der es zu leben gilt. Ziele einer Behandlung im Erwachsenenalter sind effektive Selbstorganisation und Selbstmanagement. Dazu gehört für den Patienten, sich selbst zu verstehen, sich selbst anzunehmen und passende Alltagsstrukturen zu entwickeln. Hierbei hilft ein ADHS-Coaching durch Psychoedukation, Beratung und Training. ADHS-Coaching nach dem hier vorgestellten Konzept ist eine wirksame Behandlungsmöglichkeit für die individuelle Einzelbehandlung bei erwachsenen Patienten mit ADHS-Diagnose.

Das ADHS-Coaching leistet einen neuen und effektiven Beitrag zur Verminderung der Gesundheitsstörungen, die sehr oft mit ADHS einhergehen. Der Patient kann seinen Alltag, seine Arbeit und sein Familienleben besser managen, erlangt mehr Selbstzufriedenheit, steigert seine Leistungsfähigkeit und verringert seine gesundheitlichen Beschwerden, wie zum Beispiel Depressionen, Stress- und Erschöpfungssymptome. Die im Coaching entwickelten Strukturen sind für den Patienten langfristig und gesund umsetzbar, weil sie individuell erarbeitet werden und zu seiner Persönlichkeit passen.

### Literaturverzeichnis:

**D'Amelio, R.; Retz, W.; Philipsen, A. & Rösler, M.** (Hrsg.) (2009): Psychoedukation und Coaching – ADHS im Erwachsenenalter. München: Urban & Fischer.

**Ebert, D.; Krause, J. & Roth-Sackenheim, C.** (Hrsg.) (2003): ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN. In: Der Nervenarzt 10, S. 939–946.

**Hartmann, T.** (1997): Eine andere Art, die Welt zu sehen. Lübeck: Schmidt Römhild.

**Hesslinger, B.; Philipsen, A. & Richter H.** (2004): Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter – Ein Arbeitsbuch. Göttingen: Hogrefe.

**Krause, J. & Krause, K.-H.** (2005): ADHS im Erwachsenenalter. Stuttgart: Schattauer.

**Lauth, G. W. & Minsel, W.-R.** (2009): ADHS bei Erwachsenen. Göttingen: Hogrefe.

**Wolff, G.:** Die Bedeutung der Selbststörungen bei Kindern und Erwachsenen mit ADHS. Persönlich zur Verfügung gestellter Artikel.

### Über die Autorin:

Birgit Boekhoff ist ausgebildete Ergotherapeutin, Therapeutin für Selbstregulations- und Aufmerksamkeitsstörungen und seit 2011 freiberuflich tätig als ADHS-Coach und Trainerin. Sie coacht erwachsene Menschen mit ADHS und Eltern von Kindern mit ADH-Syndrom. Im Rahmen von Fortbildungen schult sie Therapeuten, andere Fachleute und Lehrer. Birgit Boekhoff ist Pionierin in der ergotherapeutischen ADHS-Behandlung bei Erwachsenen in Deutschland und hat das beschriebene Coaching-Konzept im Rahmen ihrer Tätigkeit entwickelt.

### Die Autorin:



### Birgit Boekhoff

Die ADHS-Trainerin  
Friesenstraße 17  
30161 Hannover  
info@adhs-trainerin.de  
www.adhs-trainerin.de

### Stichwörter:

- Erwachsene mit ADHS
- Coaching