

COACHING BEI ADHS

Die Therapie der Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit oder ohne Hyperaktivität stützt sich im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Konzepts auf ein Drei-Säulen-Modell:

- die medikamentöse Therapie
- die Psychotherapie und
- das Coaching.

Wenn wir davon ausgehen, dass ein Patient seriös abgeklärt wurde und die Diagnose einer ADHS feststeht, sollte vor Einleitung einer Therapie eine umfassende Aufklärung über das Krankheitsbild stattfinden. Selbstverständlich wird dabei das Alter, das Geschlecht und die aktuelle Situation des Betroffenen berücksichtigt werden. Es ist sehr wichtig, dass der Patient Kenntnisse über die Art der Störung, das Ausmass und eventuelle Folgeerkrankungen, wie eine depressive Entwicklung, eine Suchterkrankung oder eine Angststörung erlangt. Auf diesem Weg wird der Betroffene lernen, zu verstehen, warum die zugrundeliegende ADHS es möglicherweise verhindert hat, eine den Vorstellungen und Wünschen entsprechende Lebensplanung zu vollziehen. Oder warum es zu Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung, oder zumindest zu einer deutlichen Einbusse der Lebensqualität gekommen ist.

Viele Patienten haben bis zur Diagnosestellung häufig jahrelange Odysseen von einem „Fachmann zum anderen“ hinter sich, sind immer wieder auf Unverständnis gestossen und sind entsprechend in ihrem Selbstwertgefühl stark verletzt.

Die ADHS ist eine neurobiologisch erklärbare Störung der höheren Hirnfunktionen, welche Krankheitsausmass erlangen kann und bei 2 – 4 % der Erwachsenenbevölkerung weltweit vorkommt. Zu beachten ist zusätzlich die hohe Komorbiditätsrate bei der ADHS, dh häufig geht die ADHS mit Begleiterkrankungen einher wie Depressionen, Angststörungen, Suchtkrankheiten und bipolare Störungen.

Die Hauptmerkmale einer ADHS sind:

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

Aufmerksamkeitsstörung bzw Unaufmerksamkeit und Desorganisation :

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

Hyperaktivität :

Die Hyperaktivität bzw die motorische Unruhe des Kindesalters verschwindet häufig im Erwachsenenalter, während die anderen Symptome weiterbestehen. Trotzdem bleibt ein Teil der Patienten motorisch unruhig, angespannt und unfähig zur Entspannung. Sie sind zu ruhigen Aktivitäten unfähig, sind schnell gelangweilt,

brauchen ständig Anregung und Betrieb. Entsprechend werden Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden, selten beibehalten. Das Schlafbedürfnis kann sehr unterschiedlich sein, zum Teil kommen sie mit sehr wenig Schlaf aus.

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

Impulsivität :

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

Sehr typisch ist bei Erwachsenen auch die

Emotionale Instabilität :

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

Wie bereits ausgeführt besteht eine hohe Komorbidität von ADHS und Depressionen, bipolarer Störung sowie generalisierten Angst- und Zwangsstörungen. Es handelt sich dabei meist um eine echte Kombination von zwei oder mehr Krankheitsbildern und nicht um eine Vortäuschung von ADHS-Symptomen durch die anderen psychiatrischen Erkrankungen oder umgekehrt. Die Komorbidität mit weiteren psychiatrischen Erkrankungen stellt einen erheblichen Risikofaktor dar für Suchtmittelmissbrauch, vor allem für Patienten mit dissozialer Entwicklungsstörung.

Diagnose :

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

Therapie :

Die Therapie der ADHS im Erwachsenenalter ist - im Unterschied zur Therapie im Kindesalter - vom Betroffenen selber zu veranlassen. Das heisst, nachdem eine gründliche Abklärung vorgenommen und die Diagnose einer ADHS gestellt wurde, sollte vorerst eine Aufklärung stattfinden. Viele Patienten haben zwar häufig bereits vor der ersten Konsultation viele Informationen eingeholt und doch oder gerade deshalb sind häufig vorgefasste Meinungen und Ängste, v.a. betreffend der **medikamentösen Therapie** der ADHS, anzutreffen.

Wie bei Kindern ist auch bei Jugendlichen und Erwachsenen die Behandlung mit Stimulanzien als Basismedikation anzusehen. Bei einer Mehrzahl der Patienten kann eine gute Wirkung auf Unruhe, Aufmerksamkeitsdefizit, Impulsivität, depressive Verstimmung, ängstliche Grundstimmung und Irritabilität beobachtet werden.

Die Einstellung auf die richtige Dosierung ist individuell vorzunehmen, sie muss sozusagen massgeschneidert werden. Sie ist unabhängig von Alter, Geschlecht und Körpergewicht. Wichtig zu wissen ist, dass es zu keiner Toleranzentwicklung kommt. Das Nebenwirkungsspektrum ist gering: Appetitminderung und zT Schlafstörungen sind bei Erwachsenen im Gegensatz zu Kindern relativ selten, gelegentlich werden Magen- oder Kopfschmerzen oder eine leichte Erhöhung von Blutdruck und Herzfrequenz beobachtet.

Bei Erwachsenen ist eine hohe Komorbidität von ADHS mit Depressionen, Angststörungen und bipolaren Störungen anzutreffen. In diesen Fällen wird eine kombinierte medikamentöse Therapie vorgenommen. Depressionen sprechen gut auf eine Kombination von Stimulanzien und den neuen Antidepressiva (SSRI) an. Eine besondere Stellung nimmt Venlafaxin ein (ein dualer Wiederaufnahmehemmer von Serotonin und Noradrenalin). Venlafaxin (Efexor) wirkt bei Unverträglichkeit der Stimulanzien häufig für sich alleine bereits symptomvermindernd.

Weitere Kombinationen mit zusätzlichen Antidepressiva und Mood-Stabilizer (Lithium) können nötig sein, sollten aber nur durch einen Arzt, der mit diesen Medikamenten vertraut ist, vorgenommen werden.

Es erstaunt wohl kaum, dass erwachsene ADHS-Patienten häufig mit einem Chaos von Gefühlen nach kompetenter psychiatrisch/psychotherapeutischer Hilfe suchen.

Die häufigsten Gefühle, mit denen ich bei der Arbeit mit meinen Patienten konfrontiert werde, möchte ich Ihnen jetzt kurz näherbringen :

Trauer: es ist die Trauer um das Wissen, dass eigentlich das Potential vorhanden wäre, und doch ist man nicht in der Lage dieses auszuschöpfen: Eine begonnene Lehre, ein Studium wird abgebrochen, der Arbeitsplatz kann nicht gehalten werden.

Aerger: Aerger über die erlittenen Frustrationen, sich nicht in der Gewalt zu haben und impulsiv zu reagieren, meistens dann, wenn es am ungünstigsten ist.

Empfindsamkeit: ADHS Betroffene haben eine sehr „dünne Haut“, alles wird besonders intensiv erlebt, glücklicherweise nicht nur die negativen Aspekte, die das Leben mit sich bringt.

Verwirrung: Betroffene sind besten Willens und doch schaffen sie es nicht, eine Arbeit termingerecht abzugeben oder für sie wichtige Konferenzen, Verhandlungen zu besuchen, obgleich es an guten Vorsätzen nicht fehlt. Sie fühlen sich hilflos und verwirrt, weil sie keine Erklärung für ihr Verhalten finden können.

Mangelndes Selbstwertgefühl. Immer wieder kommt es zu negativen Erfahrungen, ein stabiles Selbstwertgefühl kann nicht aufgebaut werden. Projekte, die auf der Strecke geblieben sind, wiederholte Kündigungen des Arbeitsplatzes, abgebrochene Studiengänge und die Umwelt, die mit Unverständnis reagiert und Betroffene zusätzlich mit negativen Charaktereigenschaften beschimpft wie Faulheit, mangelndes Pflichtbewusstsein und dergleichen mehr.

Kontrollverlust: Um sich zeitweise vermeintlich „Ruhe“ zu gönnen, alles zu vergessen, wird nicht selten zu Alkohol und Drogen gegriffen, was wiederum zu weiteren Problemen führt.

Chronische Depression: Es erstaunt nicht, wenn Betroffene schliesslich an einer Depression erkranken und so professionelle Hilfe in Anspruch nehmen müssen.

Nur durch eine konsequente Aufklärung wird die Einleitung einer erfolgsversprechenden Therapie möglich sein.

In vielen Fällen wird eine Basismedikation mit Stimulanzien, eventuell kombiniert mit einer stimmungsstabilisierenden antidepressiven Medikation nötig sein. Erst dann, wenn der Betroffene medikamentös gut eingestellt ist, wird dieser von einem nachfolgenden Coaching profitieren können.

Häufig muss man den Patienten eine Bedenkfrist einräumen, bevor sie sich mit einer medikamentösen Basistherapie einverstanden erklären. Da wir Therapeuten uns möglichst motivierte, mitarbeitende Patienten erhoffen (dies ist gerade beim Coaching unerlässlich !), sollten wir diese Bedenkfrist respektieren und den Patienten nie unter Druck setzen.

Somit wären wir beim eigentlichen Thema dieses Vortrages, **dem Coaching**, angelangt.

Was ist Coaching? Häufig wird Coaching im gleichen Atemzug mit Verhaltenstherapie genannt. Coaching ist eine unspezifische Methode, die sich jeweils an der konkreten Situation und spezifischen Probleme eines Betroffenen orientiert. Die Verhaltenstherapie dagegen ist eine problemorientierte, strukturierte, konkrete und spezifische psychologische Behandlung. Bei der sogenannten kognitiven Verhaltenstherapie wird der Zusammenhang zwischen Stimmung, Denken und Handeln ermittelt. Es wird davon ausgegangen, dass eine wechselseitige Beziehung, eine Korrelation zwischen Gefühl, Denken und Handeln besteht. Handlungen die zu einem negativen Ergebnis geführt haben führen zu falschen Schlussfolgerungen, mit der Folge einer negativ verzerrten Realität. Die eigene Person, die Sicht der Welt und der Zukunft werden in einem negativen Licht gesehen und der Betroffene wird je nach Persönlichkeitsstruktur und Vulnerabilität in eine depressive, ängstliche Stimmung verfallen. Eine negative, ins Abwärts führende Spirale setzt ein.

Dies soll das folgende **Fallbeispiel 1** veranschaulichen:

Marlene , eine 20 jährige Patientin kam vor 21/2 Jahren erstmals zu mir in die Praxis. Bereits im Kindesalter wurde auf Grund von leichten motorischen Koordinationsstörungen, einer verminderten visuellen Erfassungs-

spanne und Beeinträchtigung der psychischen Entwicklung ein „POS“ (= Psychoorganisches Syndrom), wie damals und zT auch heute noch in der Schweiz eine ADHS bezeichnet wurde, diagnostiziert. Immer gab es Auseinandersetzungen mit der Mutter v.a. beim Kleideranziehen und Aufräumen, für erstere brauchte Marlene viel Zeit, hatte Mühe rechts und links, oben und unten, vorne und hinten zu unterscheiden. Beim Aufräumen gab es jahrelange Kämpfe. Wegen einer „kindlichen Depression“ wurde sie auf Anraten der Kindergärtnerin im Kinderspital abgeklärt und es wurde dann die Diagnose eines „POS“ gestellt. Die Einschulung erfolgte in einer Kleinklasse D, das heisst das erste Schuljahr wurde auf 2 Jahre verteilt. Später waren die Schulleistungen sehr schwankend und Marlene erreichte nicht das Sekundarschulniveau. Familiäre Auseinandersetzungen und zunehmende Schulschwierigkeiten führten zu einer erneuten Abklärung, dieses Mal auf der Erziehungsberatung (= Schulpsychologischer Dienst). Es wurde festgestellt dass Marlene über eine normale Intelligenz verfügt und unbedingt in die Sekundarschule gehörte. Nach Abschluss der 9. Klasse Beginn einer kaufmännischen Lehre und bald darauf erfolgte die Vorstellung bei mir.

Als damals 18 jährige wies sie weiterhin Schulschwierigkeiten auf, litt unter Konzentrationsstörungen, erhöhter Ablenkbarkeit und zeigte mangelnde Stressbewältigungsstrategien. Zudem wies sie eine emotionale Instabilität auf, die dadurch charakterisiert war, dass Gefühle von Wut und Verzweiflung innerhalb kurzer Zeit in ein sich „Glücklichfühlen“ umschwenken konnten. Eine innerliche Unruhe und ein herabgesetztes Selbstwertgefühl führten schliesslich zur Entwicklung einer sozialen Phobie mit Rückzug, Abkapselung sowie dem Auftreten depressiver Symptome.

Die Patientin stand unter einem schweren Leidensdruck.

Eine genaue Abklärung ergab, dass weiterhin Defizite auf Grund der bereits im Kindesalter diagnostizierten ADHS vorhanden waren.

Bei der Therapie stand die Stabilisierung der Stimmungslage im Vordergrund, so dass vorerst eine medikamentöse antidepressive Behandlung eingeleitet wurde. Eine Psychotherapie in Form von wöchentlichen Gesprächen wurde parallel dazu durchgeführt. Nachdem es zu einer Aufhellung der Stimmungslage kam, wurden zusätzlich zur antidepressiven Therapie Stimulanzien eingesetzt. Die Gespräche zentrierten sich in der Folge auf die bestehende Kontaktscheue sowie die spezifischen ADHS Symptome. Heute geht es der Patientin sehr gut. Seit 1 Jahr hat sie einen festen Freund und einen kleinen Freundeskreis. Die kaufmännische Lehre bereitet ihr zwar keine grosse Freude, doch hat sie den Ehrgeiz, trotz ihren nach wie vor bestehenden Schwierigkeiten einen möglichst guten Lehrabschluss zu erbringen. Psychotherapeutische Sitzungen im eigentlichen Sinn sind nicht mehr notwendig, dafür aber ein Coaching, über das anschliessend berichtet wird.

Folgende Eigenbeobachtungen wurden von der Patientin zu Beginn der Therapie als besonders belastend angeführt:

1. Ich verliere mich manchmal beim Schreiben oder Lesen eines Textes. Dann muss ich wieder von vorne anfangen. Ich verliere den Faden, um was es eigentlich geht. Den Zusammenhang verlieren oder den Bezug zum eben Gedachten, empfinde ich für mich sehr schlimm. Wie soll ich mich dazu stellen? Auch befürchte ich, beim Zusammensein mit andern meine Ideen gleich wieder zu vergessen, so dass ich mich nicht richtig mitteilen kann. „Was habe ich jetzt gesagt?“ frage ich manchmal dazwischen.
2. So oft habe ich das Gefühl, blöd angeschaut zu werden. Ich fürchte, mein Gegenüber sei wütend oder ärgerlich über mich. Ich will mich einfach nicht zeigen, will ja nicht auffallen. Ich bin in grosser Sorge, ob die Menschen, mit denen ich zu tun habe, mich nicht ablehnen. Ich fürchte, dass sie meinen, meine Missgeschicke hätte ich absichtlich herbeigeführt.
3. Vater sagt: „Warum redest Du einfach drauf los ohne vorher zu denken?“ Ich finde, mein Vater findet mich dumm, und glaube es ihm nicht, wenn er dies verneint.
4. Oft habe ich das Gefühl, mich an jemanden anlehnen zu müssen, als wie wenn ich seine Aufmerksamkeit brauche als Stütze, um selber bei der Sache zu bleiben. Kann ich die andern so beanspruchen? Nerve ich sie zuviel? Bekommen sie so eine schlechte Meinung von mir?
5. Ich bekomme schnell das Gefühl, die Zeit reiche nicht aus und die Zeit laufe mir davon. Ich werde hektisch, sobald ich merke, dass die Zeit begrenzt ist. Gruppenarbeiten sind mit Mühe verbunden, weil ich Angst habe, mehr Zeit zu brauchen.
6. Warum geht es manchmal so schlecht, den Faden zu behalten, und manchmal kann mich etwas stundenlang fesseln und es gibt diesbezüglich kein Problem? zB bei interessanten Büchern, die mir wichtige Lebenserfahrungen abzuhandeln scheinen. Mir ist dieser Widerspruch so unbegreiflich. Wie soll ich das verstehen?

7. Warum ist die gute Laune, das "Mit Herz und Seele voll dabei sein", für mich eine Bedingung, ohne die es nicht geht, und andere kommen auch zurecht, wenn es ihnen mittelmässig geht. Wie komme ich mit diesem Stress zu Rande, immer gut drauf sein zu müssen ? Diesen Sachverhalt möchte ich auch den andern verständlich machen. Es scheint aber andern fremd. Besteht da nicht die Gefahr, noch mehr abgelehnt zu werden ? Überfordere ich die andern nicht, wenn ich mich zu erklären versuche ? Erreiche ich nicht das Gegenteil von dem, was ich möchte ? Ich fürchte, sie denken, ich schwafle Unsinn, denn wenn es dann plötzlich doch geht - an einem guten Tag - , was ich sonst nicht kann, ist es ja, wie wenn ich gelogen hätte.
8. Wenn ich die Orientierung verliere oder den Faden in einem Satz beim Sprechen, so kommt das Gefühl, es wachse mir alles über den Kopf. Ich will es verbessern und manchmal sage ich dann unlogisches Zeug; aber es kommt einfach so schnell. Diese Situationen sind mir sehr peinlich. Aber in der Überforderung gerate ich etwas in Panik und meine, es etwas abkürzen zu müssen, weil ich so schnell sein möchte wie die andern. Es ist dann etwas wie gemogelt und in der Unsicherheit darüber sage ich auch eben hie und da Unsinn, was ich im nachhinein sehr bedauere. Die Angst vor dem spontanen Gespräch ist daher gross.

Auch das folgende Gedicht von Jacques Prévert zeigt, wie sich oft eine zunehmende Negativspirale entwickeln kann:

Der Kummer sitzt auf einer Bank

Auf einer Bank die mitten auf dem grossen Platze steht
Sitzt ein Mann der einen anruft wenn man vorübergeht
Er trägt eine Brille und hat einen alten grauen Anzug
an
Er raucht eine kleine Zigarre der sitzende Mann
Und er ruft einen an wenn man vorübergeht
Oder er winkt nur
Man darf ihn nicht betrachten
Man darf ihn nicht beachten
Man muss vorübergehen
So tun als sähe man ihn nicht
Als hörte man ihn nicht
Man muss raschen Schritts vorübergehen
Wenn du ihn betrachtetest
Wenn du ihn beachtest
Winkt er dir
Und niemand kann dich dann
Davon abbringen
Dass du dich hinsetzt zu dem Mann
Er betrachtet dich und lächelt
Und du leidest grausam
Und der Mann fährt fort zu lächeln
Und du lächelst das gleiche Lächeln
Genau wie er

Mit dem Lächeln wächst dein Leiden
Grausam
Mit dem Leiden wächst dein Lächeln
Unaufhaltsam
Und du bleibst
Wie erstarrt
Auf der Bank
Kinder spielen ganz nah bei dir
Vorübergehende gehen vorüber
Geruhsam
Vögel fliegen
Von einem Baum
Zum anderen
Und du bleibst
Auf der Bank
Und du weißt du weißt
Dass du nie wieder spielen wirst
Wie die Kinder
Dass du nie wieder vorübergehen wirst
Wie die Vorübergehenden
Dass du nie wieder fliegen wirst
Von einem Baum zum anderen
Wie die Vögel

Bei der kognitiven Verhaltenstherapie werden diese verfälschten Kognitionen, die manchmal zu Blockaden führen aufgedeckt. Die kognitiven Prozesse und deren Bearbeitung werden einem in dieser psychotherapeutischen Methode geschulten Therapeuten vorbehalten bleiben. Die weiteren nötigen Schritte wie Aktivierung, Entwicklung von Problemlösungsstrategien, Übungen im Alltag, Aufbau von Bewältigungsferigkeiten können anschliessend auch von einem entsprechend geschulten Coach durchgeführt werden. Eine eigentliche Verhaltenstherapie kann nur durch eine Fachperson, einem Psychologen oder Psychiater durchgeführt werden. Eine während mehreren Jahren dauernde Ausbildung ist zudem für diese spezifische psychotherapeutische Methode unabdingbar.

Ein ADHS-Coach hingegen kann eine Person aus verschiedensten Berufsgattungen sein. Bestimmte Voraussetzungen sollten allerdings auch hier vorausgesetzt werden. In den USA werden dazu bereits spezifische Kurse für das ADHS-Coaching angeboten, bei uns ist das vorerst noch Zukunftsmusik.

Ein ADHS-Coach sollte:

1. Kenntniss haben über das Krankheitsbild der ADHS und durch Weiterbildung auf dem neuesten Stand des Wissens sein.
2. Die Fähigkeit aufweisen, einer betroffenen Person geduldig zuzuhören.

3. Die Fähigkeit haben, zukunftsorientiert zu denken und zusammen mit dem Betroffenen neue Ziele zu formulieren.
4. Der Coach sollte strukturiert arbeiten können und diese Struktur dem Patienten vermitteln (so werden aus Zielen – Taten!)
5. Ein ADHS-Coach sollte sich bewusst sein, dass ein erfolgreiches Coaching Zeit in Anspruch nimmt, und daher bereit sein, diese Zeit zu investieren.
6. Der Coach sollte je nach Bedarf, im Interesse seines Patienten, mit Fachpersonen, Schulen, Arbeitgeber Gespräche führen (vernetztes Denken und Handeln ist häufig der einzige Weg, eine scheinbar ausweglose Situation wieder ins Lot zu bringen).
7. Der Coach sollte nicht die Verantwortung für den Patienten übernehmen, ihn aber in all seinen Bestrebungen und realisierbaren Plänen stets unterstützen.
8. Ein ADHS-Coach sollte flexibel sein. Coaching findet statt durch persönliche Gespräche, via Telefon oder elektronischer Post. Ausschlaggebend ist der Betroffenheitsgrad und die besondere Situation des Betroffenen.
9. Ein Coach sollte sich durch seine integrale Persönlichkeit auszeichnen. Er sollte die Situation seines Klienten weder ausnützen noch missbrauchen. Die ihm anvertrauten Dinge müssen wie durch einen Arzt oder Psychologen diskret behandelt werden.
10. Ein guter ADHS-Coach sollte Mitgefühl und Verständnis haben und wird so - wenn immer möglich – ermutigende und positive Feedbacks vermitteln.

Coaching ist nicht gleich Coaching. Beim Coaching geht es darum, ADHS-Betroffene zu verstehen und ihre persönlichen Schwierigkeiten zu beachten. Es werden Ziele entworfen und zusammen mit dem Betroffenen Strategien entwickelt, die es ermöglichen, diese Ziele in die Tat umzusetzen. Eine junge Frau in einer kaufmännischen Lehre wird andere Bedürfnisse haben als eine Ehefrau und Mutter, die sich um den Haushalt und die Erziehung ihrer Kinder widmet. Wiederum ganz anders gelagert wird der Fall eines ADHS-betroffenen Allgemeinarztes sein, der es nicht zustande bringt seine Arbeit in der Praxis und die Freizeit mit seiner Familie zu organisieren und koordinieren.

Je nach Therapiebedürftigkeit, Lebenssituation, Ausbildungsstand eines Betroffenen wird der Coach einen Plan aufstellen und seinem Klienten die entsprechende Hilfestellung anbieten.

Wir gehen heute davon aus, dass bei der ADHS mehr oder weniger ausgeprägte Dysfunktionen im Bereich der exekutiven Funktionen vorliegen. ADHS-Betroffene berichten über chronische Defizite in sechs Bereichen, welche in Zusammenhang mit den exekutiven Funktionen stehen:

1. Störung der Fähigkeit sich zu organisieren, Prioritäten zu setzen, sowie sich zu motivieren eine Arbeit in Angriff zu nehmen.
2. Schwierigkeiten in Bezug auf das Fokussieren und die Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit.
3. Mangelhafte Konzentrationsfähigkeit, ausgeprägte Ablenkbarkeit, sowie die Schwierigkeit ein bestimmtes Arbeitstempo beizubehalten.
4. Störung der Selbstregulation von Affekt und Emotionen und eine verminderte Frustrationstoleranz.
5. Störung des verbalen Arbeitsgedächtnisses und als Folge dessen geringe Selbststeuerung, Selbstkontrolle und Selbstbefragung.
6. Störung der verbalen und motorischen Selbstkontrolle, dh zB die Schwierigkeiten, Antworten hinauszuzögern oder Entscheidungen nicht vorschnell zu treffen .

Professor Tom Brown, einer der führenden ADHS-Spezialisten in den USA, hat diese „exekutiven Funktionen“ mit einem Dirigenten eines Orchesters verglichen: Der Dirigent spielt eine entscheidende Rolle in der Führung seiner Musiker. Nur durch ihn wird es möglich sein, aus hervorragenden Solisten ein Orchester zu bilden, die wiederum aus einem Musikstück ein Musikerlebnis gestalten. Der Dirigent organisiert, aktiviert, fokussiert, integriert und dirigiert die Musiker während diese auf ihren Musikinstrumenten spielen. Die Töne der einzelnen Instrumente werden durch die Kontrollfunktion des Dirigenten miteinander verwoben, Routine und Kreativität werden zu einem Ganzen und die Partitur einer Symphonie in ein musikalisches Erlebnis umgesetzt.

Die exekutiven Funktionen verweisen auf die jeweiligen Funktionen im Gehirn, welche aktivieren, organisieren, integrieren und bewerkstelligen, dass andere Tätigkeiten ermöglicht werden, damit eine Person erfolgreich in seinen Bemühungen sein kann.

Diese Schwierigkeiten sind zwar chronisch vorhanden, jedoch je nach Tätigkeit in unterschiedlichem Ausmass. Fast jeder ADHS-Betroffene kann Tätigkeiten ausüben, bei denen weder die Aufmerksamkeit noch die Konzentration gestört zu sein scheinen.

Es kann zum Beispiel erstaunen mit welcher Akribie ein ADHS-Betroffener an einem kreativen Werk stundenlang arbeiten oder ein Anderer pausenlos eine Sportsendung verfolgen kann ohne Beeinträchtigung seiner

Aufmerksamkeitsspanne. Diese Tatsache führt ja häufig dazu, dass das Umfeld wenig Verständnis für dieses inkonstante Verhalten aufbringt, so lange es die Problematik der ADHS nicht kennt.

Eine interessante und motivierende, häufig auch selbstgewählte Aufgabe ist immer mit einer erhöhten Aufmerksamkeit und Konzentration gekoppelt. Der Unterschied zwischen ADHS und einem sog. Normalkollektiv besteht darin, dass Nichtbetroffene auch bei weniger interessanten Tätigkeiten bei der Sache bleiben können und auch unangenehme Angelegenheiten in einem vernünftigen Zeitraum beendet werden.

ADHS-Betroffene besitzen diese Fähigkeit typischerweise nicht. Dinge werden auf die lange Bank geschoben und das Chaos ist durch Unerledigtes vorprogrammiert. Mit anderen Worten: es fällt ADHS-Betroffenen deutlich schwerer, sich uninteressanten Aufgaben zu stellen, dafür die nötige Aufmerksamkeit, Konzentration und Ausdauer aufzubringen sowie das Arbeitsgedächtnis in einem Ausmass so zu mobilisieren, dass Arbeiten in einem vernünftigen Zeitrahmen bewerkstelligt werden können.

Die Folge sind entmutigende Gedanken und Gefühle, die wiederum das Selbstwertgefühl des Betroffenen negativ beeinflussen. Ein wahrer Teufelskreis entsteht: Ein negativ gefärbtes Selbstempfindungsgefühl kann zu einer depressiven Entwicklung führen mit Mutlosigkeit, vermindertem Antrieb und die mangelhafte Konzentrationsfähigkeit wird somit zusätzlich verstärkt.

In Anbetracht dieser Schwierigkeiten sollten im Coaching folgende Schritte befolgt werden:

1. Identifizierung von Schwierigkeiten und Problemen im Bezug auf die aktuelle Situation, in welcher sich der Betroffene befindet.
2. Formulierung von neuen Plänen und Zielen, wobei die individuellen Fähigkeiten, Wünsche, Möglichkeiten und Grenzen berücksichtigt werden.
3. Strukturierung und Planung. Problemlösungsmöglichkeiten werden besprochen, so dass die formulierten Ziele in die Tat umgesetzt werden können.
4. Zeitmanagement. Mit Hilfe von Stundenplänen, Tages- und Wochenfahrplänen, dem Einsatz von Agenden, Pinboards, Organigramm, eventuell sogar spezielle Uhren, werden Zeitrahmen abgesteckt.
5. Kontrolle. Zur Unterstützung der Selbststeuerung, Selbstkontrolle und Selbstregulation sollte ein Coach regelmässig die Fortschritte seines Patienten kontrollieren. Es gilt das Motto: Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser.
6. Emotionale Unterstützung. Last but not least, Ermutigung, positive Feedbacks werden im Coaching vermittelt. Bei Rückschlägen wird der Coach mitfühlend seinen Patienten begleiten und versuchen immer nach dem Prinzip Hoffnung weiter zu arbeiten.

Hierzu nun der weitere Verlauf von Marlene aus **Fallbeispiel 1**:

(Diese Coaching-Sitzungen wurden unter meiner Supervision von meiner Mitarbeiterin, Frau lic.phil. Mischa Oesch durchgeführt und protokolliert)

Zu Beginn des Coachings ging es mir zunächst einmal darum, die Ressourcen von Marlene zu explorieren. Dies sollte einerseits die Patientin dazubringen, nicht nur ihre Defizite – die sie zur Genüge von sich kannte und sich vorwarf – sondern auch ihre positiven Seiten, Fähigkeiten und Stärken zu sehen. Diese andere Perspektive fiel der Patientin zunächst etwas schwer, hatte sie sich doch jahrelang damit beschäftigt, was sie alles nicht kann, was ihr nicht gelingt, was sie verzweifelt. Das Ergebnis war eine ganze Palette vieler verschiedener positiver Eigenschaften, die die Patientin auszeichnen wie z.B. ihre Sensibilität, ihre Fähigkeit aussergewöhnlich gute und fantasievolle Texte zu verfassen, ihre vielseitigen Interessen, ihre Hilfsbereitschaft, ihre gute Beziehung zur Mutter. Diese Ressourcenexploration diente nicht zuletzt Marlene und ihrem Selbstwertgefühl/Selbstbild, sondern auch mir. Einerseits zur Gestaltung respektive Festigung der Therapiebeziehung, andererseits als gute ‚Trümpfe‘, die ich im Verlaufe des Coachings immer wieder hervorziehen und aktivieren konnte, falls ihre negative Betrachtungsweise wieder allzu sehr Ueberhand gewinnen sollte. Im weiteren Therapieverlauf wurde eine umfassende, genaue Problemidentifizierung und Standortbestimmung gemacht. Es war hier besonders wichtig, möglichst konkret den Alltag von Marlene zu erfassen damit schliesslich auch die ‚Hausaufgaben‘ abgestimmt werden konnten und die Ziele realistisch gesteckt werden konnten. Werden zu hohe Ziele definiert, können sie nicht umgesetzt werden, was die Patientin noch mehr von sich enttäuschen und sie in ihren Versagenserwartungen bestätigen würde. Welche Fächer oder welcher Lehrer bereiten ihr besonders Mühe und warum? Wie und wann hat sie bisher gelernt? Wie sieht ihr Arbeitsplatz aus? Wie lernt sie am besten, visuell, auditiv, in Gruppen oder alleine? Wo bewahrt sie ihre Schulunterlagen auf, in Ordnern, losen Blättern? Gemeinsam mit Marlene wurde ein Wochenplan aufgestellt und ‚Hausaufgaben‘ formuliert.

Unter anderem ging es darum:

- Ihren Arbeitsplatz in ihrem Zimmer so zu gestalten, dass sie Platz hat ihre Bücher und Ordner auszubreiten und nicht von tausend anderen Dingen abgelenkt wird.
- Jemanden aus ihrer Klasse zu fragen, ob er oder sie bereit ist eine Art Lerngruppe mit ihr zu bilden. Sie kann sich Lerninhalte leichter einprägen, wenn sie sie mit anderen bespricht.

- Während den Schulstunden, v.a. wenn der Lehrer mit monotoner Stimme einen trockenen Stoff berichtet, sich Notizen dazu machen. Dies erleichtert ihr zu fokussieren und den Anschluss nicht zu verlieren. Es fällt ihr leichter sich etwas visuell einzuprägen als über längere Zeit zuzuhören.
- Zeit zum Lernen fix in ihre Agenda eintragen und sich ausschliesslich dafür freizuhalten, beispielsweise am Vorabend vor dem Schultag eine halbe Stunde oder am Sonntag 2 Stunden.
- Beim Lernen ist es ganz wichtig, dass sich Marlene immer zuerst einen Ueberblick verschafft. Um was geht es genau, was ist das Thema, damit das später Gelesene Sinn macht und einzuordnen ist resp. besser an vorhandenes Wissen und Erfahrungen angeknüpft werden kann.

Ganz entscheidend ist es, Marlene immer wieder Rückmeldungen zu geben oder sie zu ermutigen. Marlene ist ausgesprochen motiviert die ausgearbeiteten Vorschläge umzusetzen und hat selbst darum gebeten, dass wir gegen Ende der Coachingsitzungen jeweils das Besprochene zusammentragen und auf Papier festhalten.

Zum Abschluss möchte ich, auf die Gefahr hin mich zu wiederholen, noch einige Hinweise für ein erfolgreiches Coaching geben:

Es liegt in der Natur der Menschen, dass wir unabhängig unsere Probleme lösen möchten. Das heisst, auch wenn Hilfe in Anspruch genommen wird, muss man sich vergewissern, ob es dem Betroffenen wirklich ernst damit gemeint ist. Nicht eingehaltene Termine und Verabredungen führen beim Coach unweigerlich zu Gefühlen von Frustration und Unmut.

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

ADHS-Betroffene haben oftmals die Tendenz Informationen nur bruchstückhaft mitzubekommen. Nachfragen hilft weiter und zeigt ob die Anweisungen verstanden wurden, so entstehen keine Missverständnisse. Klarheit, gutes Timing und keine Ueberforderung werden weiterhelfen. Kleine Schritte führen langfristig auch zum Ziel und haben mehr Beständigkeit.

Bei Rückschlägen sollten keine Werturteile ausgesprochen werden. Im Gegenteil: Mit Lob kommt man weiter. Auch aus einem Missgeschick kann etwas gelernt werden. Bewährt hat sich die sogenannte Sandwich-Methode: Lob, kritische Bemerkung, Lob. Auf diese Weise wird die Aufmerksamkeit angestachelt und der Betroffene bleibt am Ball und verfällt nicht in Selbstmitleid. Erfolgserlebnisse werden selbstverständlich mit Lob und positiver Verstärkung quittiert.

Wir kennen sie, die Begeisterungsfähigkeit und die Flut von originellen Ideen von ADHS-Betroffenen. Eine wunderbare Gabe. Die Aufgabe eines Coachs wird auch darin bestehen, Ordnung zu schaffen, unerreichbare Hoffnungen und Erwartungen in erreichbare Ziele umzuformulieren.

Ein guter Coach zeichnet sich durch seine Empathie, sein Mitgefühl und seine motivationsfördernde Haltung aus. Dabei sollte aber ein wichtiger Punkt beachtet werden: natürlich freuen wir uns über die Erfolge unserer Patienten und doch sollte bedacht werden, emotional möglichst neutral zu bleiben. Wir dürfen und sollen unsere Freude kundtun aber in Grenzen, sonst setzen wir den Klienten unter Druck, denn er will uns ja nicht enttäuschen.

Immer wird ein guter Coach bestrebt sein, mit den individuellen Ressourcen der betroffenen Person zu arbeiten und es erstaunt nicht selten, wieviel kreatives Potential vor sich hin schlummert, bis es entdeckt wird.

Zwei weitere Fallbeispiele sollen nun die theoretischen Ausführungen ergänzen:

Fallbeispiel 2

Es kommt immer wieder vor, dass ich darauf angesprochen werde, ob es einen Zusammenhang zwischen einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung und der Intelligenz eines Betroffenen geben würde. Die jahrzehntelange Forschung hat aufgezeigt, dass die ADHS unabhängig von der Intelligenz einen chronischen Verlauf von der Kindheit, über die Adoleszenz bis ins Erwachsenenalter hineinnehmen kann und dies mit ausgeprägten Beeinträchtigungen in der alltäglichen Lebensbewältigung durch die ADHS - typischen Symptome.

Um dies zu illustrieren möchte ich Ihnen folgenden Patienten vorstellen: Es handelt sich um einen 44-jährigen Allgemeinarzt in freier Praxis, verheiratet und Vater eines 15-jährigen Sohnes mit ADHS.

Anhand einiger Stichworte aus dem vom Patienten selbstverfassten Lebenslauf sollen einige seiner Charakteristika aufgezeigt werden:

- Ich konnte mit 5 Jahren lesen und spielte vor der Schule Klavier

- Ich konnte schlecht etwas Neues lernen d.h. schrittweises Ueberwinden von Hindernissen war mir nicht möglich
- Eine Berufswahl schien mir absolut undenkbar, ich hatte schon damals keine Vorstellungen vom „wirklichen Leben“, bewegte mich schon damals an vielen Stunden des Tages in einer inneren Scheinwelt, wo ich „der Grösste“ war und mich nicht bewähren musste
- Ich spürte je länger desto mehr meine depressiven Anteile, die auch dadurch verstärkt wurden, dass ich nun immer mehr meine Lernbehinderungen spürte: Konzentrationsschwäche schon nach wenigen Minuten mit extremer Gedankenflucht. Starke Blockaden bei neuen Inhalten in den Bereichen Mathematik, Geografie, Naturwissenschaften...
- Zuhause hatte ich Mühe, Aufgaben zu machen, mein Zimmer war desorganisiert, ich empfand es zwar immer als Notwendigkeit, aufzuräumen, schaffte es aber dennoch nie so, dass ich mir eine eigene Arbeitsstruktur hätte zurechtlegen können
- Ein bisschen Erfolg gegen mich selber hatte ich lediglich bei Arbeiten, die unter Zeitdruck erledigt werden mussten: dann „lief“ etwas, allerdings stets unter dem Etikett „in Eile und deshalb nicht perfekt“
- Mein Medizinstudium habe ich nicht aktiv gewählt, ich bin mehr zufällig hineingerutscht
- Meine Ehe war schwierig, ich wusste nicht, dass ich ADS habe, ich stand nie so ganz richtig zu meiner Frau, wie ich auch sonst jegliche Entscheidung in meinem Leben als provisorisch empfinde. Die Ambivalenz in Person: am meisten stehe ich an Wegkreuzungen, nicht weil ich gern dort stehe, sondern weil ich mich nicht für einen der Wege entscheiden kann
- Genaue Details der kinderpsychiatrischen Konsultation bei meinem Sohn habe ich – wie alles Wichtige in meinem Leben – vergessen, oder vielleicht infolge meiner massiven Wahrnehmungsprobleme schon am Anfang gar nicht richtig verstanden

Vor ca. einem halben Jahr meldete sich dieser Kollege in meiner Praxis. Zuvor hatte er schon einige Psychotherapien u.a. auch eine analytische Therapie durchlaufen, doch hätten diese nichts gefruchtet. Er leide unter Konzentrationsproblemen, könne kein Buch zu Ende lesen, da er den Faden verliere. Er sei entscheidungsunfähig, habe keine Freunde, sei seinen Gefühlen ausgeliefert. Zudem könne er mit Geld nicht umgehen, impulsive Einkäufe kämen vor, glücklicherweise verwalte aber seine Ehefrau die Finanzen.

Beruflich sei er sehr unter Druck, seine Praxistätigkeit beträgt zwar nur 60% und doch fühlt er sich ständig überfordert. Vor allem die administrative Arbeit und das Telefon bereiten ihm am meisten Kopfzerbrechen. Hingegen hat er einen guten Kontakt zu seinen Patienten und die ärztliche Tätigkeit macht ihm eigentlich Freude. Durch die subjektiv empfundene Arbeitsüberlastung findet er weder Zeit noch Musse, sich seiner Frau und seinen Kindern zu widmen. Es komme oft vor, dass er Abmachungen nicht einhalte.

Nachdem eine genaue Abklärung bezüglich ADHS vorgenommen und die Diagnose gestellt wurde, wurde die Therapie eingeleitet.

Von Anfang an war es eindeutig, dass bei diesem Patienten nebst einer medikamentösen Therapie auch ein Coaching stattfinden musste.

Beim Coaching werden nun zur Zeit folgende Themen angegangen:

1. Organisation

Die Organisation der Praxis, vor allem wie die anfallenden administrativen Aufgaben besser organisiert werden könnten, werden konkret besprochen. Berichte schreiben, schriftliche Anfragen beantworten, Rechnungen stellen um nur einige Arbeiten zu nennen. Die Praxisassistentin wird einbezogen und soll mithelfen die anfallenden Arbeiten nach ihrer Wichtigkeit und Dringlichkeit zu ordnen. Der amerikanische Präsident Dwight D. Eisenhower hatte seinerzeit eine Prioritätenliste erstellt und nach dieser sollte in der Praxis in Zukunft gearbeitet werden:

- | | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| 1. wichtig und dringend | 3. wichtig und nicht dringend |
| 2. unwichtig und dringend | 4. nicht wichtig und nicht dringend |

2. Zeitmanagement

Dieser Kollege lässt sich bedingt durch seine Gutmütigkeit regelrecht durch seine Patienten auffressen. Natürlich kommt er so gut an, aber das auf Kosten seiner Gesundheit und seiner Familie. Er muss lernen, sich abzugrenzen, d.h. es darf konkret eine bestimmte Patientenanzahl nicht überschritten werden und er sollte eine Telefon-Sprechstunde zu festgelegten Zeiten einrichten

3. Familiäre Situation

Die Ueberforderung im beruflichen Alltag führt zu Spannungen in der ehelichen Beziehung und im familiären Bereich ganz allgemein.

Als erstes werden „Auszeiten“ für das Ehepaar besprochen, z.B. 1 mal wöchentlich auswärts ein gemeinsames Abendessen.

Bis jetzt sind noch keine Fortschritte erzielt worden, die Zeitspanne seit Beginn der Therapie ist erst kurz, aber und das kann schon heute gesagt werden, es wird nicht einfach werden, diesem Patienten zu helfen. Wie soll

es denn weitergehen, wenn bereits die „Compliance“ d.h. die kontinuierliche Tabletteneinnahme nach Vorschrift nicht funktioniert?

Diese Fallgeschichte zeigt auf, dass keine Korrelation zwischen ADHS und Intelligenz besteht. Dieser hochbegabte Arzt ist trotz des hohen Leidensdrucks wegen seiner ausgeprägten ADHS nicht in der Lage, sich an klare Abmachungen zu halten.

Hier gilt: Nicht aufgeben, weitermachen, mit dem Prinzip Hoffnung, auch seitens der Therapeuten, weiter zu arbeiten.

Fallbeispiel 3

Die 42-jährige Patientin ist verheiratet und Mutter von 3 Kindern im Alter von 10,13 und 16. Von Beruf ist sie Krankenschwester, übt ihren Beruf jedoch nicht aus, da sie im landwirtschaftlichen Betrieb des Ehemannes mithelfen muss.

Bei der Patientin wurde eine ADHS vom unaufmerksamen Typus diagnostiziert. Sie kam in die Sprechstunde, nachdem bei der jüngsten Tochter eine ADHS festgestellt worden war, sie das Buch von Hallowell „Zwanghaft zerstreut“ gelesen hatte und dabei feststellte, dass viele der beschriebenen Symptome auf sie zutreffen würden.

Die Belastung, Familie, Haushalt und Betrieb unter einen Hut zu bekommen überforderte sie zusehends. Sie verfiel in eine subdepressive Stimmungslage mit einem negativen Selbstbild und entwickelte zusätzlich körperliche Symptome wie Rückenbeschwerden und Kopfschmerzen, die zeitweise bis zu migräneartigen Anfällen ausarteten.

Die Patientin wurde zuerst antidepressiv behandelt und nach erfolgter Stimmungsstabilisierung zusätzlich auf Ritalin eingestellt. Obgleich es zu einer wesentlichen Verbesserung kam, bestanden weiterhin ausgeprägte Symptome im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses, des „working-memory“, die sie in der Bewältigung des Alltags stark beeinträchtigten.

Sie berichtete:

1. Sie könne sich keine Namen merken, ein Umstand der zu peinlichen Situationen führe, wenn sie Bekannte treffe und diese nicht mit ihrem Namen begrüßen könne.
2. Termine einzuhalten sei für sie nach wie vor schwierig, es käme oft vor, dass sie Datum und Tage verwechsle und so z.B. Elternabende in der Schule verpassen würde.
3. Ständig sei sie am Suchen ihrer Schlüssel und ihres Portemonnaies.
4. Mit Ritalin könne sie sich zwar beim Lesen besser konzentrieren, sei aber immer noch nicht im Stande, das Gelesene beim ersten Mal zu speichern. Ueber Jahre hinweg habe sie deshalb eine regelrechte Abwehrhaltung gegen das Lesen entwickelt und müsse diese nun aktiv bekämpfen.
5. Die Haushaltsarbeit könne sie jetzt besser organisieren, doch langweile sie die Routine, sie fühle sich oftmals demotiviert und werde von einer Lethargie befallen, so dass vieles liegen bleibe.

Bei dieser Patientin hat die kombinierte medikamentöse Therapie mit Antidepressiva und Stimulanzien eine Stabilisierung der Stimmungslage herbeigebracht und sie kann ihre Defizite erkennen und klar formulieren. In solchen Fällen sind nun Coaching -Strategien angezeigt: Die geklagten Symptome sind geradezu klassisch und darüber hinaus zeigen sie den chronischen Verlauf einer ADHS auf:

Die beeinträchtigte Merkfähigkeit bzw. die Störung des Kurzzeitgedächtnisses mit Vergessen von Namen.

Coaching-Strategie: die Patientin wird angehalten, sich unter einem Namen die betreffende Person vorzustellen und in Form des Selbstgesprächs, gleichzeitig diesen Namen auszusprechen . (Es genügt nicht den Namen nur zu „denken“). Es wird ein visueller und akustischer Reiz gesetzt und durch ständiges Ueben wird sich die Patientin mit der Zeit Namen besser merken können.

Termine einhalten. Bezeichnernderweise führte diese Patientin gleich 3 Agenden, was zur Folge hatte, dass sie Termine zwar einschrieb, mal in der einen, mal in der anderen Agenda und es erstaunt wohl kaum, dass es auf diese Weise ihr nicht möglich war sich wichtige Daten zu merken.

Coaching-Strategie: die Patientin soll nur eine Agenda führen, in dieser muss genau alles eingeschrieben werden. Obligat ist zusätzlich der morgendliche Blick in der Agenda – Termine werden so nicht mehr verpasst werden.

Verlieren und verlegen.

Coaching-Strategie: Schlüssel, Portemonnaie, Agenda müssen einen angestammten Platz bekommen und die Familienmitglieder werden angehalten, das selbige zu tun.

Lesen und Speichern von Informationen. Wir wissen, dass bei ADHS-Betroffenen die Aufmerksamkeitsspanne kurz ist, vorallem dann, wenn es sich um für sie wenig spannende Lektüre handelt. Die Ablenkbarkeit sowohl äusserer wie auch innerer Reize (z.B. eigene Gedanken) führen zu einer Reizüberflutung und das Gelesene kann nicht gespeichert werden.

Coaching-Strategie: Lesen in kurzen Zeitabschnitten, immer wieder Pausen einlegen. Dieser Patientin wurde als Hausfrau geraten, in den kurzen Pausen sich einer leichten körperlichen Aktivität zuzuwenden (Wäsche zusammenlegen, Geschirr aus der Spülmaschine versorgen). In diesen Zeitabschnitten kann sie das bereits Gelesene überdenken und vom Kurzzeitspeicher in den Langzeitspeicher übertragen und wird sich so später daran erinnern können.

Langeweile. Häufig wird von Betroffenen berichtet, dass sie ohne einen Kick, einem Stimulus, sich nicht aufrufen können ihren Pflichten nachzugehen. Haushaltsarbeit ist monoton und langweilig, da sie sich immer wieder wiederholt. Kaum hat man sich am aufgeräumten Schrank mit der sauberen und gebügelten Wäsche gefreut, ist der Waschkübel bereits voller dreckiger Wäsche und der Gang in die Waschküche drängt sich wieder auf.

Coaching-Strategie: Diese Patientin entwickelte selber eine Taktik, um aus dieser Zwickmühle von Langeweile – Demotivation – Lethargie - Entwicklung von Gefühlen wie Ueberforderung, Versagen und schliesslich einem negativen Selbstbild herauszukommen. Sie begann immer häufiger eine Freundin zum Nachmittagskaffee zu sich einzuladen. Das stimulierte und motivierte sie, die Wohnung in Ordnung zu halten, Kuchen und Plätzchen zu backen und auch Neues auszuprobieren. Sie hatte sich ein Ziel gesetzt und konnte daraufhin effizienter arbeiten. Durch den vermehrten Kontakt mit anderen Frauen gewann sie auch mehr Lebensfreude und lernte mit der Zeit auch Freiräume für sich zu erschaffen.

Für die Therapie einer ADHS kann zusammenfassend gesagt werden, dass sich ein multimodaler Ansatz am besten bewährt hat.

Sofern die Diagnose einer ADHS bei einem Patienten gestellt worden ist, hat sich folgendes therapeutisches Vorgehen bewährt:

1. eine Aufklärung über das Krankheitsbild der ADHS und seiner Auswirkung auf die Lebensbewältigung eines Patienten. Partner, Familienangehörige und eventuell auch Arbeitgeber sollten - unter Zustimmung des Betroffenen – nach Möglichkeit ebenfalls informiert werden.
2. eine medikamentöse Therapie zur emotionalen Stabilisierung und Regulation der Aufmerksamkeitsdefizite. Eine Basismedikation mit Stimulanzien wird häufig mit einer antidepressiven Medikation kombiniert werden müssen.
3. eine Psychotherapie, zB kognitive Verhaltenstherapie speziell auf die ADHS der Betroffenen abgestimmt und modifiziert.
4. ein Coaching zur Restrukturierung des Alltags sowie Formulierung von Zielen und Ermöglichung, dass diese Ziele in die Tat umgesetzt werden können.
5. Vorhandene Ressourcen ausschöpfen.

Wenn am Schluss von Ressourcen die Rede ist, meine ich damit nicht nur, dass das oft vorhandene kreativ-künstlerische Potential ausgeschöpft werden sollte, vielmehr kann manchmal im Rahmen eines Coachings auch auf die besonderen Fähigkeiten vieler ADHS-Betroffenen zurückgegriffen werden: Immer wieder können sich solche Menschen nämlich durch ihre spontane Hilfsbereitschaft, Empathie und Sensibilität in die Probleme anderer Menschen sehr gut einfühlen. Da ihre Reizschwelle fließender und offener ist, sind sie in der Lage Lösungsansätze zur Bewältigung von Schwierigkeiten im Alltag anderer Menschen anzubieten, häufig aber nicht bei sich selbst. Hier gilt es nun durch ein gekonntes Coaching diese spezielle Fähigkeit für den Patienten selbst zu mobilisieren. Träume, Ahnungen und Wissen können so umgesetzt werden.

ADHS-betroffene Menschen haben einen Anspruch auf eine angemessene Lebensqualität wie jeder andere Mensch auch. Wir dürfen keine unrealistische Hoffnungen vermitteln, doch wir wissen heute, dass vielen Betroffenen durch dieses Vorgehen ganz entscheidend geholfen werden kann.

Coaching ist als Teil eines ganzen Therapieplanes anzusehen und kann häufig zu einer dankbaren und faszinierenden Aufgabe werden.

Die Dichterin Mascha Kaleko hat ohne Wissen von ADHS und Coaching einfühlsam folgende Worte geschrieben:

Abgangszeugnis für einen Freund

Du hast mir Pyramidon gegeben,
Wenn ich Kopfweh hatte.
Du packtest mein liederliches Alltagsleben
In zarte Watte.
Du hattest für jedes Wehweh
Einen Tee.
Und nun steigst du schon in den D-Zug-Wagen...
- Na, sagen wir mal: „ne Eins in Betragen!“
Du warst mir Freund und Kinderfrau,
Haushaltungsvorstand der Seele.
Und wenn es mal nottat, so brummtest du rau:
„... Weil ich es dir eben befehle!“

Du warst mir Beschützer und Weckeruhr
Und stets funktionierende Registratur.
Und nun ist das alles auf einmal vorbei.
- Für „Aufmerksamkeit“ eine Eins bis Zwei!
Nun gibt kein Mensch mehr auf mich acht,
Und keiner fragt: „Wann ziehst du?“
Kein Mensch erwartet mich um Acht,
Und keiner sagt: „Na siehst du!“
Bald fehlt ohne dich meinem Schlendrian
Ein Esslöffel Strenge als Baldrian.
Ach so ja, das Foto, bevor der Zug fährt,
- Und „Fleisszeugnis“? Sagen wir: „Lobenswert!“

Literaturhinweise:

- | | |
|----------------------------|---|
| Barkley Russell A. (1997) | ADHD and the nature of self-control. The Guilford Press New York |
| Bramer Jennifer S. (1996) | Succeeding in College with Attention Deficit Disorder, Speciality Press Inc., Plantation, Florida |
| Brown Thomas E. (2002) | Attention-Deficit Disorders and comorbidities in Children, Adolescents and Adults, American Psychiatric Press Inc., Washington D.C. |
| Claus Dieter et al. (2002) | ADS Das Erwachsenen-Buch, Oberste Brick Verlag |
| Hallowell E. et al. (1994) | Answers to Distraction. Pantheon Books New York |
| Krause/Krause (2003) | ADHS im Erwachsenenalter, Schattauer Verlag |
| Müller G. et al (2002) | Systemisches Coaching. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg |
| Nadeau Kathleen G. (1996) | Adventures in Fast Forward. Brunner/Mazel Publishers New York |
| Novotni Michele (1999) | What does everybody else know that I don't: Social Skill Help for Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorders, Special Press, Plantation, Florida |
| Ratey Nancy et al: (2001) | The Guiding Principles for Coaching Individuals with Attention Deficit Disorders. National ADDA |
| Robin Arthur L. (2001) | How to manage time and organize your life, CHADD Conference 2001 Anaheim |
| Ryffel Doris (2001) | ADS bei Erwachsenen, H. Huber Verlag |
| Ryffel Doris (2003) | ADS / ADHS : Wir fühlen uns anders, H. Huber Verlag (im Druck) |
| Weiss Lynn (1997) | Attention Deficit Disorder in Adults, Taylor Publish. Company Dallas, Texas |