



MASTER THESIS | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Psychomotorik für Frauen mit ADHS

verfasst von | submitted by

Dipl.-Päd. Sigrit Hetzel

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 992 795

Universitätslehrgang lt. Studienblatt |
Postgraduate programme as it appears on
the student record sheet:

Psychomotorik

Betreut von | Supervisor:

emer. Univ.-Prof. Mag. Dr. Otmar Weiß

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	1
2	Einleitung	1
3	Ursachen und medizinische Hintergründe von ADHS.....	3
3.1	Genetische Disposition	4
3.2	Neurobiologische Auffälligkeiten im Gehirn	6
3.2.1	Neuronale Netzwerke.....	6
3.2.2	Neurotransmitter Noradrenalin	7
3.2.3	Neurotransmitter Dopamin	8
3.2.4	Neurotransmitter Serotonin	10
3.3	Gestörte Gehirnfunktionen	11
3.3.1	Exekutive Funktionen.....	11
3.4	Die Umwelt als Verstärker von ADHS	12
4	Diagnosekriterien und Symptome von ADHS	13
4.1	Diagnosekriterien nach ICD-10	13
4.2	Diagnosekriterien nach DSM-V	14
4.3	Die Problembereiche von ADHS	14
4.4	Weitere Diagnosekriterien	15
4.4.1	Beobachtungen einer psychologischen Fachkraft	15
4.4.2	Psychologische Tests	15
4.4.3	Interviews mit nahestehenden Personen.....	15
5	ADHS bei Erwachsenen.....	16
5.1	Symptome bei Erwachsenen mit ADHS	17
5.1.1	Symptomwandel im Erwachsenenalter	17
5.1.2	Wender-Utah-Kriterien	19
5.2	Diagnose bei Erwachsenen mit ADHS	20
5.2.1	Standardisierte Testverfahren	20
5.2.2	Diagnostische Interviews und Fragebögen.....	21
5.3	Diagnosehindernisse.....	21
5.3.1	Masking	21
5.3.2	Copingstrategien.....	22
5.3.3	Selbstmedikation.....	22
5.3.4	Komorbiditäten.....	23
6	Besondere Probleme bei Frauen mit ADHS	24
6.1	Problem Spätdiagnose.....	24
6.1.1	Problem Symptomfehlinterpretation	24
6.1.2	Problem Rollenbild	25
6.2	Problem Mehrfachbelastung	27
6.2.1	Problem Schule-Ausbildung-Arbeit.....	27
6.2.2	Problem Familie und Haushalt	28
6.2.3	Problem Freundschaften	29
6.2.4	Problem Partnerschaft	29
6.3	Problem Hormone	30
7	Behandlungsformen von ADHS im Erwachsenenalter.....	32
7.1	Pharmakologische Therapie.....	33
7.2	Psychotherapie	34
7.3	Multimodale Therapie.....	34
7.4	Unterstützende Maßnahmen zur Therapie	36
7.4.1	Aufklärung.....	36
7.4.2	Psychoedukation.....	36

7.4.3	Coaching	37
7.4.4	Meditation.....	37
7.4.5	Bewegung und Sport	37
7.4.6	Psychomotorik.....	38
8	Psychomotorik	39
8.1	Über die Psychomotorik	39
8.1.1	Was ist Psychomotorik?	39
8.1.2	Das Menschenbild in der Psychomotorik	39
8.1.3	Ziele der Psychomotorik	39
8.1.4	Psychomotorik bei Erwachsenen.....	40
8.1.5	Mögliche Inhalte der Psychomotorik	40
9	Psychomotorik bei Frauen mit ADHS	42
9.1	Gründe für ein psychomotorisches Konzept speziell für Frauen mit ADHS	42
9.1.1	Medikamentenskepsis	42
9.1.2	Psychotherapieskepsis.....	43
9.1.3	Organisationsaufwand	43
9.1.4	Wie kann Psychomotorik helfen?.....	43
9.2	Konzept für eine psychomotorische Förderung für Frauen mit ADHS	44
9.3	ADHS-Problemfelder und dazu passende psychomotorische Bereiche	45
9.3.1	Hohe Impulsivität.....	46
9.3.2	Mangelnde Aufmerksamkeit/Achtsamkeit	47
9.3.3	Starke Emotionen und Probleme in sozialen Situationen.....	47
9.4	Einheiten mit Themen des Kurses	48
9.5	Ablauf einer Einheit	48
10	Praxisteil	50
10.1	Einheit 1: Kennenlernen; ADHS-Symptome	51
10.1.1	Benötigtes Material.....	51
10.1.2	Ablauf.....	51
10.2	Einheit 2: Persönliches Energie-Level und Stimmung wahrnehmen	54
10.2.1	Benötigtes Material.....	54
10.2.2	Ablauf.....	55
10.3	Einheit 3: Emotionen und Bedürfnisse	59
10.3.1	Benötigtes Material.....	59
10.3.2	Ablauf.....	60
10.4	Einheit 4: Auditive Wahrnehmung und Aufmerksamkeit	63
10.4.1	Benötigtes Material.....	63
10.4.2	Ablauf.....	64
10.5	Einheit 5: Körperwahrnehmung	67
10.5.1	Benötigtes Material.....	67
10.5.2	Ablauf.....	67
10.6	Einheit 6: Impulskontrolle.....	72
10.6.1	Benötigtes Material.....	72
10.6.2	Ablauf.....	73
10.7	Einheit 7: Sozialkompetenz – Kommunikation	76
10.7.1	Benötigtes Material.....	76
10.7.2	Ablauf.....	76
10.8	Einheit 8: Visuelle Wahrnehmung und Konzentration	79
10.8.1	Benötigtes Material.....	79
10.8.2	Ablauf.....	79
10.9	Einheit 9: (Hyper)Aktivität und Entspannung	82
10.9.1	Benötigtes Material.....	82
10.9.2	Ablauf.....	82
10.10	Einheit 10: Abschlussstunde – (Selbst)Liebe	86

10.10.1	Benötigtes Material	86
10.10.2	Ablauf	86
11	Diskussion.....	89
12	Zusammenfassung	90
	Abbildungsverzeichnis	91
	Anhang.....	92
	93	
13	Literaturverzeichnis	95
	Abstract (deutsch).....	98
	Abstract (english).....	99

1 Vorwort

Die Motivation, meine Masterarbeit dem Thema ADHS bei Frauen zu widmen, ist nicht zufällig entstanden – sie ist sehr persönlich.

Als Frau, die selber erst in späteren Lebensjahren eine ADHS-Diagnose bekommen hat, habe ich jahrelang erfahren, wie herausfordernd, aber auch befreiend der Weg zur eigenen Erkenntnis und Akzeptanz von ADHS sein kann. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema ADHS, war durch meine eigene Betroffenheit sowohl eine intellektuelle Herausforderung als auch ein emotionaler Prozess für mich.

Diese Arbeit ist aus dem Wunsch heraus entstanden, die oft übersehenen Facetten weiblicher ADHS-Erfahrungen sichtbar zu machen – insbesondere eben, weil viele Frauen ihre Diagnose erst spät im Leben erhalten. Ich hoffe, mit dieser Arbeit einen kleinen Beitrag dazu zu leisten, das Verständnis für ADHS bei Frauen zu vertiefen und mit der Bereitstellung einer psychomotorisch geprägter Kursreihe Expertinnen dazu anzuregen einen positiven Umgang mit den Herausforderungen des Lebens als neurodiverse Frau in der heutigen Zeit zu unterstützen.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die mich auf dem Weg zu dieser Arbeit begleitet und unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Betreuer Prof. Otmar Weiß, der stets auf mitfühlende und Begeisterung schaffende Weise für mich da war und mich auf meinen Weg in die Psychomotik professionell und einfühlsam unterstützt hat. Auch Herrn Prof. Michael Methlagl möchte ich für seinen wertvollen Rat und Rückmeldung von Herzen danken.

Ein großes Dankeschön geht an meine Familie - insbesondere meinen Mann - und an meine Freund_innen, die mir mit Verständnis, Motivation und Rückhalt in herausfordernden Phasen zur Seite standen. Ohne euch wäre diese Arbeit in dieser Form nicht möglich gewesen.

Ganz besonderer Dank gilt Regina Rendl und ihrer unermüdlichen Unterstützung bezüglich aller wissenschaftlichen Themen und insbesondere den Zitationen.

Schließlich danke ich allen Frauen, die offen über ihre Erfahrungen mit ADHS sprechen und damit zur Entstehung dieser Arbeit beigetragen haben – sei es durch Interviews, Gespräche oder geteilte Geschichten. Eure Stimmen verdienen Gehör!

Diese Arbeit ist für mich auch ein persönlicher Meilenstein – ein Stück Selbstverortung in einer komplexen Welt. Ich widme sie allen Frauen, die sich auf den Weg machen, ihre eigene Neurodivergenz zu verstehen und anzunehmen.

2 Einleitung

Es existiert ein Störungsbild mit dem Namen „Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom“, oft in Verbindung mit Hyperaktivität. Zusammengefasst wird es als ADHS: **A**ufmerksamkeits - **D**efizit-**H**yperaktivitäts-**S**yndrom.

Im medizinischen Wörterbuch „Pschyrembel“, welches als Referenz allen Gesundheitsberufen dient, findet sich unter dem Begriff „ADHS“ folgende Definition:

„syn. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Psychische Störung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter mit Leitsymptomen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität, die in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftritt. Nach Diagnosestellung mit umfangreichen psychologischen Tests wird mit Psychotherapie kombiniert mit Psychopharmaka therapiert“ (Pschyrembel 2023).

Nach genauer Beschäftigung mit der Thematik ADHS merkte ich, wie unzureichend und im Grunde falsch diese Bezeichnung ist. Es wird *ein Symptom* zur Beschreibung eines komplexen Störungsbildes verwendet. Das ist so, als würde eine Depression pauschal als „Verstärktes-Weinen-Syndrom“ oder Autismus als „Flutterarm-Syndrom“ bezeichnen.

Mit der Bezeichnung „Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom“ wird die Tragweite der Erkrankung herunter gespielt. Dadurch wird sie von vielen belächelt oder nicht ernst genommen („Ich kann mich auch manchmal schlecht konzentrieren. Habe ich jetzt ADHS?“).

Viele Betroffene wünschen sich schon lange einen Namen, der die Tragweite ihrer Krankheit widerspiegelt, wie etwa „Exekutivfunktionsstörung“. In den 1970ern wurde ADHS in Fachkreisen unter anderem als „Minimale zerebrale Dysfunktion“ bezeichnet, was den Zustand der Erkrankung besser beschreibt als die derzeitige mit einem (ADS) oder zwei (ADHS) Hauptsymptomen.

In dieser Arbeit versucht das Kapitel „Ursachen und medizinische Hintergründe“ darzulegen, wie ADHS entsteht und vor allem, welche Gehirnregionen und Stoffwechselprozesse gestört und für die Probleme bei ADHS verantwortlich sind.

Ein weiteres Problem an der Bezeichnung „Aufmerksamkeitsdefizit“ ist, dass sich dieses Symptom als unzureichend erweist, denn ADHS-Betroffene können sich sehr wohl konzentrieren und aufmerksam sein, wenn es um Dinge geht, die sie anziehen. Sie können

sogar in einen Hyperfokus fallen, indem sie ihre Aufmerksamkeit überdurchschnittlich stark auf ein Objekt oder eine Aktivität bündeln, sodass sie ihre Umgebung kaum noch wahrnehmen (Carl et al. 2023). Weiters zeigen sich erhebliche Schwierigkeiten im Wechsel der Aufmerksamkeit zwischen zwei oder mehreren Themen. Dieses Aufmerksamkeits„shifting“ ist eine Leistung, die vielen ADHS-Betroffenen besonders schwer fällt. Das Problem mit der Aufmerksamkeit ist also viel komplexer als nur ein einfacher Mangel.

Im vierten Kapitel „Diagnosekriterien und Symptome“ wird daher die Vielzahl an unterschiedlichen Symptomen beschrieben, um ein umfassendes Bild der Erkrankung zu erhalten.

Lange hat sich die Meinung gehalten, dass nur Kinder von ADHS betroffen sind, wobei die Symptome bereits in der Antike bei Erwachsenen beschrieben wurden. Heute ist eindeutig belegt, dass auch Erwachsene ADHS haben, was im Kapitel „ADHS bei Erwachsenen“ Rechnung getragen wird, vor allem, warum diese Entwicklung so lange gedauert hat und warum eine Diagnose im Erwachsenenalter erschwert ist.

Diese Arbeit will vor allem *Frauen* mit ADHS eine Hilfe bieten, weshalb dieser Thematik ein eigenes Kapitel „Besondere Probleme bei Frauen mit ADHS“ gewidmet ist, um auf frauenspezifische Themen eingehen zu können, die mehr Beachtung benötigen und Forschungslücken aufzeigen, da diese Personengruppe erst allmählich in den Fokus rückt.

Das Kapitel „Behandlungsformen von ADHS im Erwachsenenalter“ möchte eine Brücke zwischen den medizinisch und psychologisch wissenschaftlich erwiesenen und notwendigen Behandlungsformen zu begleitenden Unterstützungsmaßnahmen und damit auch zur Psychomotorik bauen.

Die Psychomotorik selbst, sowie ihre Inhalte und Ziele, sollen im Kapitel „Psychomotorik“ kurz erläutert werden, damit das eigentliche Thema der Arbeit „Psychomotorik bei Frauen mit ADHS“ vorgestellt werden kann. Hier wird präzisiert, welche ADHS-Symptome mit welchen psychomotorischen Inhalten verknüpft werden können.

Das Herzstück der Arbeit ist ein umfangreiches Konzept für einen Psychomotorikkurs für die Zielgruppe „Frauen mit ADHS“, welcher durch vollständige Stundenbildern ausführlich beschrieben wird. Diese Art der Intervention möchte Frauen mit ADHS Unterstützung und Hilfe in Form von sozialem Austausch, Psychoedukation und psychomotorischen Angeboten bieten, die als *Begleitmaßnahme* zu den vorgegebenen Therapieformen wirken kann.

3 Ursachen und medizinische Hintergründe von ADHS

Die exakten Ursachen von ADHS sind trotz umfangreicher Forschungen bis heute nicht eindeutig belegt, wodurch diversesten Theorien und Hypothesen, aber auch Spekulationen Raum geboten wird. Diese reichen von populär- und pseudowissenschaftlichen Annahmen (z.B., dass ADHS aufgrund von Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Medienkonsum entsteht) bis hin zu Meinungen, Büchern und Vorträgen, dass es gar kein Krankheitsbild ADHS gibt. Das erschwert notwendige Diagnosen und Behandlungen für Betroffene, was zu psychischen, physischen und sachlichen Folgeschäden führen kann.

Im renommierten Journal „The Lancet“ ist die Arbeit „ADHD“ publiziert worden, welche den damaligen Stand der Forschung von 2015 zu potentiellen Ursachen, Symptomen, Therapien darstellt (Thapar und Cooper 2016). Werden in PubMed heute die Search terms „ADHD AND cause“ eingegeben, und zugleich als Filter 5 Jahre festgelegt, ergeben sich 4437 publizierte Papers (PubMed 2025), was die Bedeutung für die Gesellschaft und die Notwendigkeit des Forschungsbedarfs unterstreichen.

Sozioökologische und kollektivistische Gesellschaftsnormen und Erwartungen erschweren einen weltweiten Konsens und folglich auch die Forschung, da das medizinische Personal angehalten wird, mit dem „Labelling“ zurückhaltend zu sein, weil etwaige Nachteile für die betroffenen Personen einschließlich deren Familien vermieden werden sollen, was nicht nur die Patienten als Versager in traditionell verhafteten Kulturen darstellt, sondern auch die Eltern als unfähig tituliert vollwertige Mitglieder für die Gesellschaft und den eigenen Stammbaum zu zeugen. Zwischenmenschlichen Problemen wird deshalb bevorzugt mit Mediation begegnet, statt eine mögliche medizinische Therapie auch nur in Erwägung zu ziehen (Yildiz et al. 2025).

In den folgenden Kapiteln soll dargestellt werden, dass trotz des Fehlens eindeutiger Beweise für die Entstehung von ADHS Theorien existieren, die einen allgemeinen Konsens darüber schaffen, welche hereditären, anatomischen und neurobiologischen Prozesse bei ADHS relevant sind.

3.1 Genetische Disposition

Die American Psychiatric Association (APA) hat den Klassifikationskatalog „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-V) für psychische Störungen entwickelt, welcher derzeit in der fünften Auflage vorliegt und die veränderte Sichtweise auf ADHS widerspiegelt (American Psychiatric Association 2022). Im Gegensatz zur 3. und auch 4. Auflage variieren die Diagnosekriterien, speziell das Alter, in welchem die Kriterien erwiesen sein sollten (AOO – age of onset), so dass es von ursprünglich sieben Jahren zu zwölf im DSM-IV angehoben wurde. Jedoch stellte eine über vier Jahrzehnte geführte Kohortstudie dieses Kriterium in Frage, weil die Gruppe mit ADHS im Kindesalter mit der des Erwachsenenalters kaum überlappende Beeinträchtigungen. Unerwarteterweise zeigte die zweite Gruppe weder in ihrer Kindheit noch als Erwachsene getestete neuropsychologische Defizite, noch wiesen sie ein polygenes Risiko für ADHS im Kindesalter auf. Moffitt et al. schlussfolgern daraus, dass bei Bestätigung ihrer Studienergebnisse durch weitere Studien eine neurologische Entwicklungsstörung für Erwachsene obsolet ist. Mögliche Erklärungen für das Fehlen einer Überlappung dieser Gruppen könnten u.a. in dem Rollenwechsel vom Informanten als Kind hin zum Eigenberichterstatter oder das Vorliegen herausfordernder Umweltfaktoren für Erwachsene sein, da der Schutz der Eltern nicht mehr gegeben ist (Moffitt et al. 2015). Anhand der MTA-Studie, wo achtmalig die Probanden zwischen 10 und 25 Jahren untersucht und getestet wurden, ist die Prävalenz für Erwachsene in 1,3% resultiert (Faraone et al. 2015). Diese Zahl möge irrelevant erscheinen, entspricht aber gemessen an der Gesamtheit an Erwachsenen mit ADHS 50%! Dies würde eine Neuklassifikation von ADHS bei Erwachsenen und weitere Forschung in Bezug auf die Ätiologie notwendig machen. Ebenso erwähnt Buitelaar in seinem Artikel zur MTA-Studie, dass es sowohl zur stabilen Remission als auch Persistenz der ADHS-Muster bei jeweils ca. 10% gekommen ist. Zusammenfassend ergibt sich die Hypothese, dass der entwicklungsfördernde Phänotyp weit komplexer und verschiedener ausgeprägt als vermutet ist (Buitelaar 2023).

Krause und Krause (Krause und Krause 2013, S. 44–58) geben an, dass bei ADHS mindestens 14 – 15 Gene beteiligt sind. Vor allem Gene, die mit dem Botenstoff Dopamin in Verbindung stehen, sind von Veränderungen betroffen, besonders Rezeptoren für Dopamin. Auch andere Gene spielen eine Rolle. Es sind trotz vieler Forschungen auf dem Gebiet noch nicht alle Gene, die zu ADHS führen, identifiziert.

„Eine endgültige Identifizierung aller für das Krankheitsbild wesentlicher Gene wird trotz der rasanten Entwicklung auf genetischem Gebiet sicher noch eine Weile dauern (Renner et al. 2008; Thapar et al. 2007). Wenn dann aber eine solche Charakterisierung gelungen ist, könnte aus der

Kombination bestimmter Gen-Auffälligkeiten möglicherweise recht exakt auf das klinisch zu erwartende Bild geschlossen und gegebenenfalls eine wirklich spezifische medikamentöse Behandlung eingeleitet werden.“

(Krause und Krause 2013, S. 57–58)

Da bei ADHS jedoch viele *unterschiedliche* Gene betroffen sind, wird sich das genetische ADHS-Profil bei den Nachkommen immer wieder verändert zeigen. Diese Tatsache führt zu der Existenz unterschiedlicher ADHS-Typen (hyperaktiv-impulsiv, vorwiegend unaufmerksam, Mischtyp mit beiden Kennzeichen). Auch die unterschiedlichen Ausprägungsgrade (leicht, mittel, schwer) lassen sich dadurch erklären (American Psychiatric Association 2022).

Ebenso weisen Krause & Krause (Krause und Krause 2013) darauf hin, dass einige Genveränderungen 40.000 bis 50.000 Jahre alt, evolutionär betrachtet folglich jung sind, und außerdem in unterschiedlich ethnischen Gruppen ungleich verbreitet sind. Das könnte möglicherweise eine Erklärung dafür sein, dass nicht bei allen ethnischen Gruppen die gleiche Prävalenz von ADHS vorliegt (Buitelaar 2023).

Shi, Baranova et al. belegten in ihrer Studie, dass es kausale Zusammenhänge zwischen Plasmametaboliten und ADHS, welche anhand der Mendelschen Randomisierungsanalyse (MR) untersucht wurden, gibt. Unter 871 untersuchten Plasmametaboliten konnten 20 mit einer schützenden Wirkung vor und 22 mit einem erhöhten Risiko für ADHS identifiziert werden. In der umgekehrten MR erwies sich eine genetische Veranlagung für ADHS in der Modifikation von 91 Metaboliten (Shi et al. 2025). Konsekutiv eröffnet diese Studie neue Wege für Prävention und Therapie für ADHS-Betroffene bzw. Risikopatientinnen.

3.2 Neurobiologische Auffälligkeiten im Gehirn

3.2.1 Neuronale Netzwerke

Unser Gehirn wird aus ca. 86 Milliarden Neuronen gebildet, welche durch gegenseitige Interaktion wiederum ca. 1 Quadrillion Verbindungsleitungen ausbilden, entlang derer mit ca. 560km/h die Informationen mittels elektrischer Impulse übertragen werden und so die neuronalen Netzwerke durch Lernen weiter verdichten. Zum Schutz dieser sensiblen Strukturen ist sie in Fettmasse eingebettet, was ca. 60% der gesamten Gehirnmasse ausmacht. Sie bietet einerseits einen thermischen Schutz, stellt andererseits auch das Energiesubstrat neben Glukose für die fortlaufende Leistungsfähigkeit auch während des Schlafs zur Verfügung und genau diesem Schlaf kommt auch eine erhebliche Bedeutung, insbesondere der Regeneration des gesamten Organismus, zu.

Die Aufgabe der neuronalen Netzwerke ist, Erregungen, die aufgrund äußerer oder innerer Reize entstanden sind, weiterzuleiten. Ein Neuron nimmt die Erregung eines anderen Neurons auf, verarbeitet es elektrisch und leitet es sofort weiter. Die Verbindungsstellen *zwischen* den Neuronen nennt man Synapsen. Dort wird die Erregung durch chemische Signale auf das nächste Neuron übertragen. Das erledigen spezielle Botenstoffe, genannt Neurotransmitter.

Die im Kapitel 3.1.1 beschriebenen Veränderungen genetischer Komponenten führen zu neurobiologischen Veränderungen im Gehirn, speziell im Bereich der Neurotransmitter. Vor allem Gene, die mit Dopaminrezeptoren in Verbindung stehen, sind von genetischen Abweichungen betroffen. Auch die Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin werden mit ADHS in Verbindung gebracht:

3.2.2 Neurotransmitter Noradrenalin

„Noradrenalin ist im Gehirn weit verbreitet, am dichtesten in den primären visuellen, auditiven, somatosensorischen und motorischen Regionen. Produktionsort sind Neurone im Locus caeruleus und im lateralen Tegmentum.“

(Krause und Krause 2013, S. 6–8)

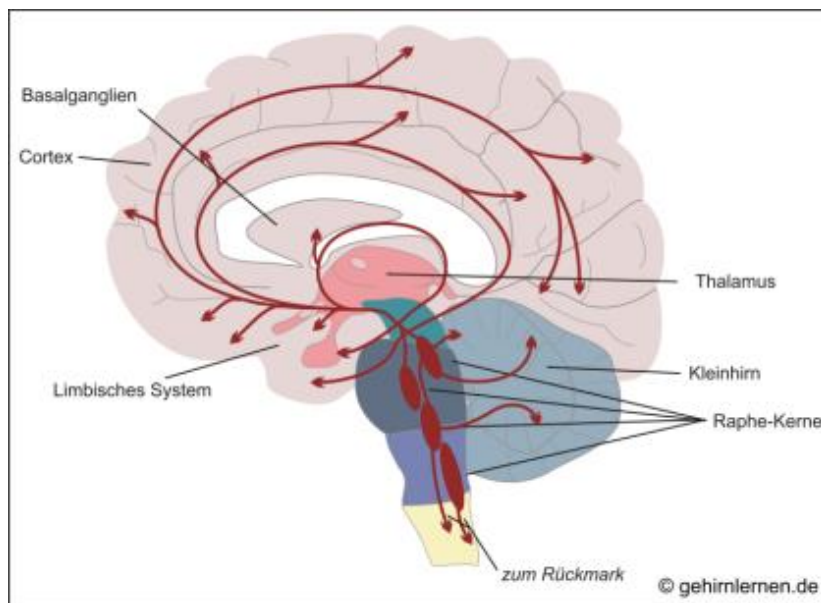


Abb 1: ADHS-Tools „Noradrenalin-Bahnen“

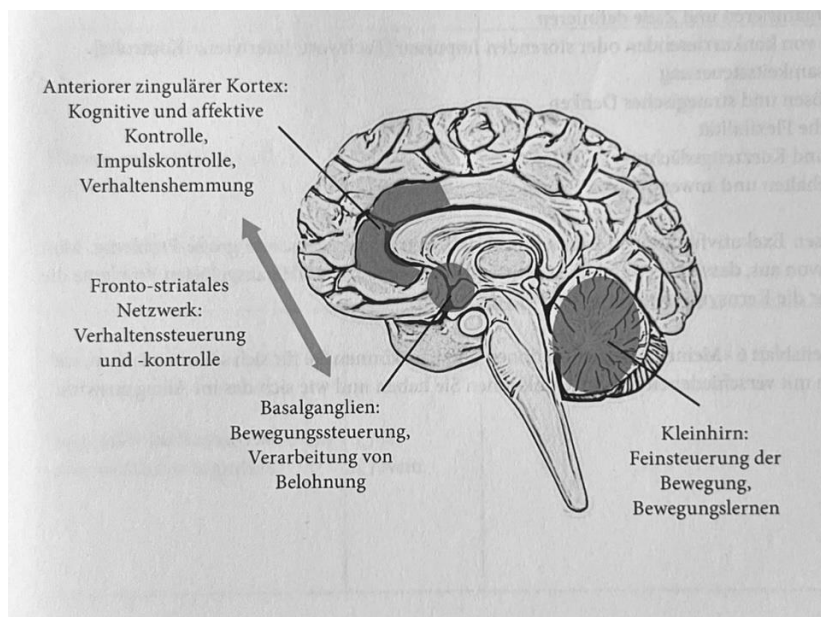


Abb 2: ADHS-Tools, unteres Gehirn

3.2.3 Neurotransmitter Dopamin

Dopaminerge Neurone sind zahlreich in der Pars compacta der Substantia nigra des Mittelhirns und im ventralen tegmentalen Bereich des Hirnstamms lokalisiert. Zwei Bahnen sind in folgendem Zusammenhang in Bezug auf ihre Funktion von Bedeutung

- Mesolimbische Bahn
 - Verlauf: Vom ventralen tegmentalen Bereich zum ventralen Striatum (einschließlich Nucleus accumbens) und den limbischen Strukturen
 - Funktion: Emotionsverarbeitung, Belohnung & positive Verstärkung, Sucht, Gedächtnisbildung, vegetative Funktionen, Triebverhalten
 - Dopamin: Verstärkender Effekt → Suchtverhalten
- Mesokortikale Bahn
 - Verlauf: Vom ventralen tegmentalen Bereich zum Präfrontalen Cortex
 - Funktion: exekutive Funktionen, Motivation, Emotionen
 - Rolle von Dopamin: Einfluss auf kognitive Prozesse (z.B.: Arbeitsgedächtnis, Entscheidungsfähigkeit)

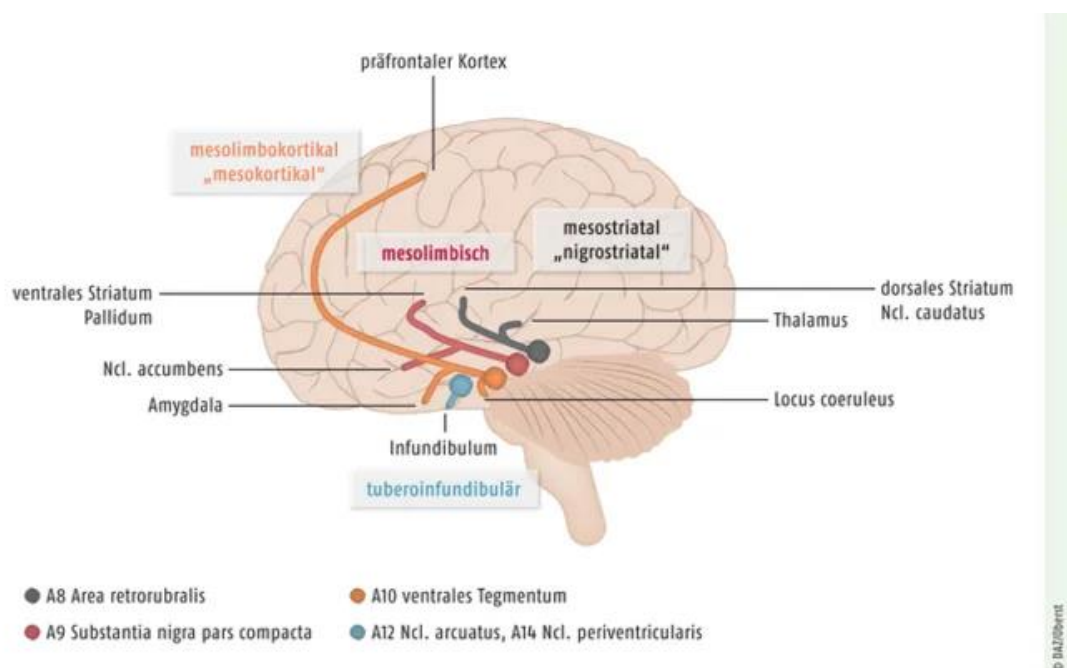


Abb 3: ADHS-Tools, „Dopamin-Bahnen.“ © DAZ

Beide wirken auf das Striatum, wo mittelgroße, stachelige Neurone mit D1- und D2-Typ Dopaminrezeptoren vorliegen und so letztendlich die motorische Kontrolle und die kognitiven Funktionen beeinflussen.

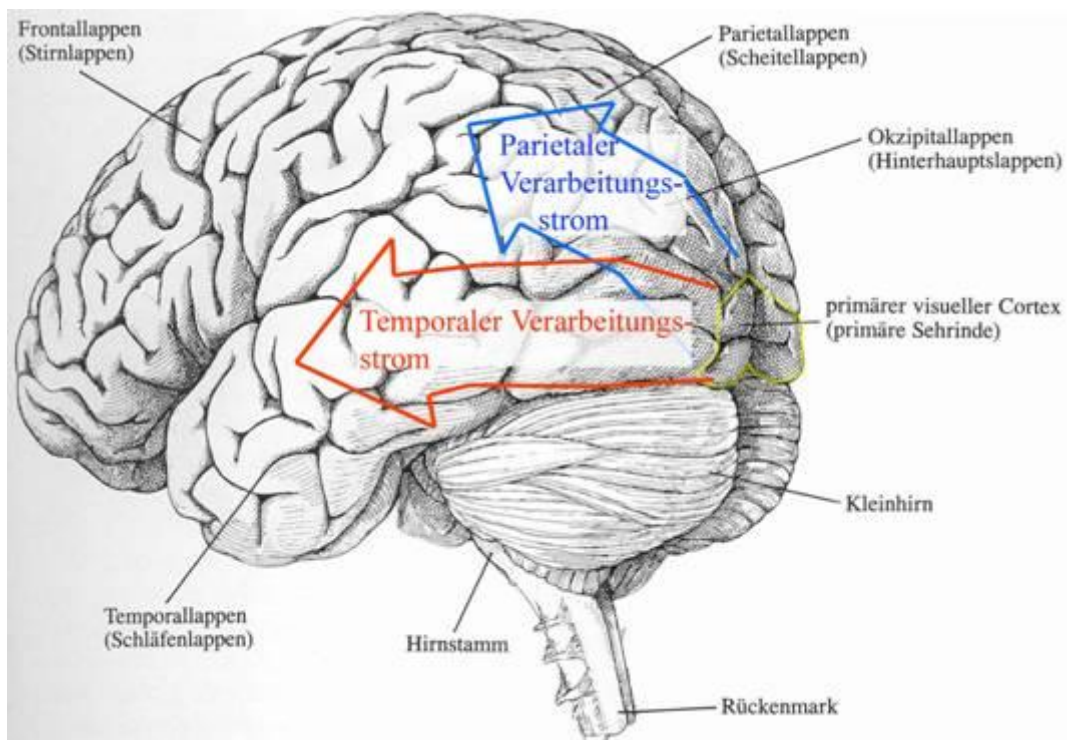


Abb 4: ADHS-Tools, S. 65, oberes Hirn

Das Selenot-Gen besteht aus einem cysteinhaltigen Protein in der Membran des Endoplasmatischen Reticulums mit einer neuroprotektiven Wirkung. Guo et al. konnten in einer Studie an Mäusen beweisen, dass ein Defizit an Selenot in Neuronen zu einer verminderten Expression von Dopamintransportern führt, was wiederum Symptomen ähnlich denen von ADHS erzeugt. Es sei hingewiesen, dass ein normales Stresslevel vorlag. Umgekehrt führt eine Behandlung mit Amphetaminen zur Umkehrung der Symptome (Guo et al. 2025).

3.2.4 Neurotransmitter Serotonin

„Bisher ging man davon aus, dass Fehlfunktionen von Serotonin keine wesentliche Rolle bei ADHS spielen, was sich aus dem weitgehenden Fehlen einer Wirksamkeit der ausschließlich serotonerg wirkenden Pharmaka auf die Kernsymptome der ADHS ergibt. Tierexperimentelle Untersuchungen könnten aber dafür sprechen, dass es auch Störungen im Serotoninhaushalt bei der ADHS vorliegen. (...) In diesem Zusammenhang erscheint wesentlich, dass Serotonin bekanntermaßen eine wichtige Rolle bei häufig mit der ADHS gemeinsam auftretenden Störungen wie Depression, Angststörungen, Zwangserkrankungen und aggressiven Verhalten spielt.“

(Krause und Krause 2013, S. 27)

3.3 Gestörte Gehirnfunktionen

Die grauen Pfeile aus Abbildung 2 und 4 zeigen, in welchen Gehirnregionen die neurobiologischen Auffälligkeiten die meisten Störungen hervorrufen. Betroffen sind vor allem das fronto-striatale Netzwerk und das fronto-parietale Netzwerk. Beide Netzwerke betreffen den Frontallappen. Dieser ist hauptsächlich für Bewegung (motorischer Kortex) und Verhalten (präfrontaler Kortex) zuständig.

3.3.1 Exekutive Funktionen

Entscheidend für das menschliche Verhalten und das, was uns vom Tier trennt, sind vor allem die exekutiven Funktionen im präfrontalen Kortex.

„Unter exekutiven Funktionen (...) versteht man bestimmte autonome Handlungen, die der Selbstkontrolle dienen. Die exekutiven Funktionen sind komplexe kognitive Funktionen, die wir einsetzen, um das, was bereits geschehen ist, zu prüfen, und das, was geschehen wird zu antizipieren und unser Verhalten entsprechend anzupassen. (...) Generell zählen zu den exekutiven Funktionen Fähigkeiten wie Inhibition, Selbstwahrnehmung, Arbeitsgedächtnis, emotionale Selbstregulation, Selbstmotivation, Planen und Problemlösen sowie Verhaltensanpassung (Flexibilität), wenn die Situation es erfordert.“ (Barkley und Benton 2024)

3.4 Die Umwelt als Verstärker von ADHS

Da ADHS genetische Ursachen hat, besteht die Möglichkeit, dass Eltern mit ADHS nicht dazu in der Lage sind, ihren Kindern mit ADHS das nötige Umfeld zu schaffen, in dem sie sich trotz ADHS gut entwickeln können. Im Gegensatz herrschen rund um ADHS-Kinder oft Strukturlosigkeit, Chaos, Vernachlässigungen, starke Emotionen und physische wie psychische und verbale Gewalt:

„(...) die heute noch praktizierte Fokussierung auf Diagnostik und Behandlung der ADHS im Kindesalter verstellt häufig den Blick auf die Gefahr (...), wie sehr die ebenfalls betroffenen Eltern zu Peinigern ihrer Kinder werden können. Sie sind aufgrund der eigenen Symptomatik oft nicht in der Lage, ihren Kindern verlässliche Bezugspersonen und Versorger zu sein. Da gerade im Erwachsenenalter die Selbsttherapie in Form von Nikotinmissbrauch und Alkoholabusus ist und komorbide Störungen wie Depressionen, Angststörungen sowie ausgeprägte Antriebsstörungen bei bis zu 80% der Betroffenen im Laufe ihres Lebens auftreten, ist für solche Erwachsene Hilfe in Form einer Behandlung ihrer verdeckten ADHS-Symptomatik absolut notwendig.“ (Krause und Krause 2013, S. 92)

In einem solchen Umfeld werden ADHS-Symptome verstärkt und es können auch schon im Kindesalter Komorbiditäten wie ein gestörtes Sozialverhalten, oppositionelles Trotzverhalten, Angststörungen oder kindliche Depressionen auftreten (Lundqvist et al. 2025).

4 Diagnosekriterien und Symptome von ADHS

Es gibt keine eindeutigen Verfahren, die das Vorliegen von ADHS beweisen. Daher beruht die Diagnose auf Beobachtung von Symptomen, Evaluierung der Symptomgeschichte, Befragung von Angehörigen und nahestehenden Personen sowie einzelnen auswertbaren Testbatterien zu den häufigsten Symptomen.

Zur Diagnose herangezogen wird derzeit in der Regel der ICD-10 – Katalog (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Version 10) der von der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (WHO) erstellt wird (International Classification of Diseases (ICD) 2025). Die Version 11 ist mit 1. Januar 2022 in Kraft getreten, wodurch er angewendet werden darf, aber die Einführung in den klinischen Alltag ist aufgrund einer fünfjährigen Übergangsfrist noch nicht abgeschlossen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2025)

In den USA verwendet man die DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version 5).

4.1 Diagnosekriterien nach ICD-10

In der ICD-10 wird ADHS allgemein zu den „Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ gezählt und speziell als „Hyperkinetischen Störung“ (Kennzahl F90) bezeichnet:

„Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem

Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl.“ (DIMDI - ICD-10-GM Version 2018 2022)

4.2 Diagnosekriterien nach DSM-V

Die DSM-5 unterscheidet zwischen drei Subtypen von ADHS:

- Vorwiegend hyperaktiv und impulsiv
- Vorwiegend unaufmerksam
- Mischung aus hyperaktiv, impulsiv und unaufmerksam

Spezifische Fragebögen zu den Hauptsymptomen Aufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität werden für die Diagnose ausgewertet. Aus der Anzahl der bejahten Fragen wird auf das Vorliegen und den Subtyp von ADHS geschlossen (American Psychiatric Association 2022).

4.3 Die Problembereiche von ADHS

Barkley definiert fünf Problembereiche, die erklären warum Menschen mit ADHS so große Alltagsprobleme haben (Barkley und Benton 2024):

- Zeitmanagement, Organisation, Planung, Prioritäten, Zukunftsorientierung und Zielverfolgung
- Selbstorganisation, Handlungsplanung, Problemlösen und Arbeitsgedächtnis
- Inhibition (Selbstbeherrschung) und Selbstkontrolle
- Selbstmotivation, Antrieb und Initiative (außer bei neuen und beliebten Themen)
- Emotionale Regulation, emotionale Ausgeglichenheit und Emotionale Kontrolle

Erwachsene benötigen oben genannte Fähigkeiten, um die Lebensbereiche Arbeit, Familie, Freundschaften und Hobbys auf gesunde Art und Weise zu überblicken. Die Probleme bei ADHS-Betroffenen beginnen jedoch bei simplen Alltagstätigkeiten wie Einkaufen, Wäsche

waschen und Kochen (Handlungsplanung, Zeitmanagement), Termine einhalten und pünktlich sein (Zeitmanagement), Essen und Körperpflege (Organisation, Planung), usw. Je nach Ausprägungsgrad erleben ADHS-Betroffene ihre Erkrankung als echte ernstzunehmende Behinderung (PubMed 2025).

4.4 Weitere Diagnosekriterien

4.4.1 Beobachtungen einer psychologischen Fachkraft

Bei mindestens einem, meist aber mehreren, Terminen wird eine Person, bei der ADHS vermutet wird, einer psychologischen Fachkraft, die diagnostizieren darf, vorgestellt. Diese macht sich über Interaktion und Gespräche ein allgemeines Bild vom psychologischen Zustand des Patienten.

4.4.2 Psychologische Tests

Die psychologische Fachkraft führt altersentsprechende Tests durch, die auf überprüf- und auswertbare Ergebnisse in einzelnen Bereichen wie Konzentration, Aufmerksamkeit und Impulsivität abzielen.

4.4.3 Interviews mit nahestehenden Personen

Das Störungsbild ADHS beeinflusst alle Lebensbereiche. Daher müssen ähnliche Symptome in mehreren Umweltsituationen beobachtbar sein, zum Beispiel im Privatleben *und* in der Arbeitswelt. Zur Feststellung dieses Umstandes werden bei der Diagnose manchmal Interviews von Nahestehenden der Betroffenen hinzugezogen, zum Beispiel von Familienangehörigen und Lehrpersonen/Arbeitskollegen.

5 ADHS bei Erwachsenen

Noch vor Kurzen dachte man, dass ADHS ein Problem bei Kindern darstellt, das sich auswächst. Dementsprechend waren Testbatterien und Symptomkataloge für die Diagnose ADHS in der Kinderwelt angesiedelt und trafen nicht auf Erwachsene zu. Erst anhaltende Probleme von Kindern, die mit ADHS diagnostiziert wurden, bzw. Erwachsenen mit ADHS-ähnlichen Symptomen, zwangen zu einem neuen differenzierten Blick, eine Transformation von kindlichen zu adulten Symptomen und neuen Diagnosetools.

„In Deutschland galt die ADHS bis Ende der 1990er Jahre ausschließlich als eine kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung. Im amerikanischen Sprachraum beschäftigt man sich dagegen seit Längerem intensiv mit der Diagnostik, Symptomatik und Therapie der adulten Form der ADHS, wobei geschätzt wird, dass ein bis zwei Drittel der betroffenen Kinder auch als Erwachsene noch erhebliche beeinträchtigende Störungen aufweisen.“

(Krause und Krause 2013, S. 3)

Krause & Krause, 2022, stellen weiters fest, dass „die ADHS im Erwachsenenalter inzwischen als wichtige Entität von den psychiatrischen Fachgesellschaften anerkannt“ ist.

5.1 Symptome bei Erwachsenen mit ADHS

Die erste Notwendigkeit um ADHS im Erwachsenenalter diagnostizieren zu können, war eine Adaption der vorwiegend kindlichen Symptome an die Lebensrealitäten Erwachsener.

5.1.1 Symptomwandel im Erwachsenenalter

Symptome des Aufmerksamkeitsdefizits nach DSM-IV	Symptomwandel im Erwachsenenalter
Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten	Mangelnde Konzentration beim Durchlesen schriftlich fixierter Aufgaben und Arbeitsanweisungen; bei mündlicher Auftragserteilung Unfähigkeit, so lange konzentriert zu bleiben, bis die Handlungsanweisung verinnerlicht ist
Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten	Subjektiv langweilige Aufgaben wie Routinearbeiten am Arbeitsplatz, regelmäßige Arbeitsabläufe oder uninteressant erscheinende Aufträge lösen eine erhöhte Ablenkbarkeit aus und führen damit zum Wechsel der Tätigkeit; wichtige und unwichtige Dinge sind gleichrangig.
Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn Andere ihn/sie ansprechen	Erwachsene sind häufig mit eigenen Gedanken beschäftigt, oft noch von Vorkommnissen beeindruckt, bei denen scheinbar etwas schlecht gelungen ist und haben deshalb kein Ohr für die Umgebung.
Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen	Erwachsene erfassen die Aufgabenstellung nur unvollständig und fühlen sich schnell von zu erledigender Arbeit überfordert; weil keine Gliederung der Arbeit vorgenommen werden kann, wechseln sie zu anderer »interessant« erscheinender Tätigkeit.
Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren	Mangelhafter Überblick bei der Organisation von Arbeiten, Wichtig und Unwichtig werden bei der Planung von Arbeitsabläufen nicht beachtet.
Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern	Mangelnde Fähigkeit zur Gliederung von Arbeitsabläufen führt zu schnell eintretenden Überforderungsgefühlen, häufiger Stimmungswechsel verhindert konstante Arbeitsleistung, dies bedingt eine oft zu beobachtende Selbstentwertung.
Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt	Unfähigkeit, sich an Handlungen zurückzuerinnern (z. B.: Wo habe ich meinen Schlüssel abgelegt?) bei starker Reizoffenheit; Verlust der Fähigkeit geplant vorzugehen, keine Erinnerung an Ausgangssituationen, damit verbunden der Eindruck, sich ständig in einer unvorhergesehenen Situation zu befinden
Lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken	Hohe Ablenkbarkeit bei großer Reizoffenheit durch schlecht steuerbare Konzentration und Fokussierung auf die Gesprächs- oder Arbeitssituation
Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich	Häufig vorhandenes Gefühl, an vorzeitigem »Alzheimer« zu leiden, weil der Tagesablauf als eine Aneinanderreihung von unvorhersehbaren Ereignissen wahrgenommen wird und damit die eigentlich geplanten Vorhaben in Vergessenheit geraten

Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität nach DSM-IV	Symptomwandel im Erwachsenenalter
Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum	Erwachsene wippen mit den Füßen, lassen häufig das ganze Bein zittern, trommeln mit den Fingern auf Tischplatten oder Armlehnen von Stühlen, gelegentlich verknoten sie ihre Beine oder schlingen sie um Stuhlbeine, um die motorische Unruhe zu kontrollieren, sie schlagen beim Sitzen ein Bein unter und haben oft Probleme mit Nägelkauen.
Steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf	Erwachsene vermeiden Langstreckenflüge, weil sie die erzwungene körperliche Ruhe nicht ertragen; Restaurant-, Theater- und Kinobesuche führen zu großer innerer Anspannung, weil wenig Gelegenheit zu Bewegung existiert.
Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)	Erwachsene lieben Berufe mit der Möglichkeit sich zu bewegen; sie sind häufig in Außendienstpositionen mit wechselnden Gesprächspartnern oder Orten zu finden, sie verzichten ungern auf ihr Handy, sie brauchen viele Reizquellen, sie möchten sich durch Außenreize stimulieren.
Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen	Erwachsene treiben gerne Sportarten, die mit Risiko verbunden sind, wie Drachenfliegen, Bungee-Jumping oder Motorradfahren; die extreme Reizsituation führt zu einer intensiven Konzentrationsleistung, was von den Betroffenen als angenehm erlebt wird.
Ist häufig »auf Achse« oder handelt oftmals, als wäre er/sie »getrieben«	Hektisches Rennen vermittelt ein Gefühl von Lebendigkeit, deshalb auch der Versuch, ständig mehrere Arbeiten gleichzeitig zu bewältigen; das Hasten von Arbeit zu Arbeit entlastet von starker innerer Unruhe.
Redet häufig übermäßig viel	Die Sprechweise ist oft schnell und undeutlich, wird von der Umgebung häufiger als aggressiv erlebt, Gesprächspartner kommen kaum zu Wort, da der Betroffene schnell auf ein Thema hyperfokussiert ist, »Smalltalk« wird als langweilig empfunden.
Platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist	Die überbordenden Ideen müssen schnell formuliert werden, bevor sie vergessen sind, es fehlt wie bei Kindern das »Stop – Listen – Go«.
Kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist	Die andauernde innere Spannung äußert sich in Ungeduld gegenüber der »Langsamkeit« Anderer. Betroffene Mütter leiden unter der langsamen Auffassungsgabe ihrer Kinder bei den Hausaufgaben; Schlangestehen oder Stau beim Autofahren führen zu aggressiven Verhaltensweisen.
Unterbricht und stört Andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder in Spiele Anderer hinein)	Mischt sich ungefragt in Gespräche ein. Wenn ein Betroffener selbst nicht handeln soll, kommt in ihm schnell eine innere Unruhe auf, die dazu verleitet, die Arbeit selbst zu übernehmen. Beispiel: die tüchtige Mutter, deren Tochter keine Chance erhält, eigene Fertigkeiten zu entwickeln.

Abb. 5 ADHS Krause, Seite 61-62

5.1.2 Wender-Utah-Kriterien

Eine weitere, auch in der Diagnostik verwendete, Auflistung der Symptomen von ADHS im Erwachsenenalter findet man in der Wender Utah Rating scale.

- (1) **Aufmerksamkeitsstörung.** Die Aufmerksamkeitsstörung zeigt sich bei den Betroffenen z. B. in Schwierigkeiten, längeren Gesprächen zu folgen oder längere schriftliche Arbeiten zu erledigen. Auch Erwachsene mit ADHS sind extrem leicht ablenkbar, da es ihnen oftmals nicht gelingt, irrelevante Reize in der Umgebung auszublenden. Die Aufmerksamkeitsstörung führt auch dazu, dass Termine vergessen und Alltagsgegenstände verlegt werden.
- (2) **Motorische Hyperaktivität.** Die motorische Hyperaktivität äußert sich bei Erwachsenen mit ADHS eher in einer inneren Unruhe oder Nervosität sowie ihrer Unfähigkeit, sich effektiv zu entspannen. Die Betroffenen haben meist das Gefühl, wie »auf dem Sprung« zu sein. Phasen der Ruhe und Inaktivität können sie dabei nur schwer ertragen, was sich auch darin äußert, dass es ihnen oft schwerfällt, sitzende Tätigkeiten auszuüben, Zeitung zu lesen oder ins Kino zu gehen.
- (3) **Affektlabilität.** Die Affektlabilität Erwachsener mit ADHS zeigt sich häufig in einer leichten Erregbarkeit und dem häufigen Wechsel zwischen normaler Stimmung und Niedergeschlagenheit, der sowohl plötzlich als auch reaktiv erfolgen kann. Im Gegensatz zu Patient*innen mit Depression zeigen sich allerdings bei den Betroffenen mit ADHS auch in Zeiten niedergeschlagener Stimmung weder ein genereller Interessensverlust noch somatische Begleitscheinungen.
- (4) **Desorganisiertes Verhalten.** Das desorganisierte Verhalten lässt sich bei von ADHS betroffenen Erwachsenen in verschiedenen Lebensbereichen, sowohl zu Hause als auch im Beruf, beobachten. Typischerweise gelingt es ihnen nicht, ihre Aktivitäten hinreichend gründlich zu planen. Oft werden Aufgaben begonnen, aber nicht zu Ende gebracht, weil die Betroffenen stattdessen zur nächsten Aufgabe wechseln. Die eingesetzten Problemlösestrategien sind oftmals unzureichend bzw. unsystematisch. Dadurch sind auch die zeitliche Organisation und das Einhalten von Terminen für die Betroffenen ausgesprochen schwierig.
- (5) **Affektkontrolle.** Die Affektkontrolle bzw. ihre Störung scheint ein besonders relevantes Merkmal von Erwachsenen mit ADHS darzustellen. Typischerweise berichten sie oder ihre Angehörigen von einer regelmäßig erhöhten Reizbarkeit, von häufigen Wutausbrüchen und einer generell verminderten Frustrationstoleranz im Alltag.

Abb. 6: Kirsch-Haible, Seite 24

5.2 Diagnose bei Erwachsenen mit ADHS

Für die Diagnose bei Erwachsenen sind nach Kirsch & Haible-Baer (Kirsch und Haible-Baer 2021, S. 57) folgende Punkte abzuklären:

- IDC-10 und DSM-5-Kriterien im *Kindesalter* erfüllt (Diagnostisches Interview oder Fragebögen)
- Wenn möglich: *Externe Bestätigungen* für Symptome ab dem 12. Lebensjahr: Interview von Personen aus der Kindheit und Jugend (Eltern, Freunde...), Lehrerberichte, Zeugnisse, alte schriftliche Berichte (Tagebucheinträge, Briefe...), Vorbe-funde, etc.
- IDC-10 und DSM-5-Kriterien im *Erwachsenenalter* erfüllt (Diagnostische Interview oder Fragebögen)
- Wenn möglich: *Externe Bestätigungen* für aktuelle Symptome: Interview von nahe-stehenden Personen (Partner, Freunde, Personen aus dem Arbeitsumfeld etc.), Ar-beitszeugnisse, schriftliche Berichte (Tagebucheinträge, Briefe...), etc.
- Symptome existieren *durchgängig* und schon immer in *mindestens zwei Lebensbe-reichen* (Privatbereich: Familie/Freunde; Arbeitsbereich: Schule/Ausbildung/Ar-beitsplatz; Freizeitbereich)
- Symptome nicht durch Substanz-Abusus oder Suchterkrankung erklärbar
- Symptome nicht durch Medikamentengebrauch (Nebenwirkungen) erklärbar
- Symptome nicht durch körperliche Ursachen erklärbar (Gehirnverletzungen, Schild-drüsenfehlfunktionen, Schlafstörungen...)
- Symptome nicht durch andere psychische Erkrankungen erklärbar (Autismus, De-pression, Borderline-Erkrankung, Angststörung...)

5.2.1 Standardisierte Testverfahren

Bei einer psychologischen Fachkraft werden standardisierte und auswertbare Tests durch-geführt, z.B. im Bereich (selektiver, geteilter) Aufmerksamkeit, Konzentration, Kognition, Arbeitsgedächtnis, Impulsivität, etc. (Kirsch und Haible-Baer 2021, S. 49)

5.2.2 Diagnostische Interviews und Fragebögen

Zu weiteren Diagnostischen Verfahren bei Erwachsenen zählen Interviews und Fragebögen, wie z.B. die oben beschriebenen Wender Utah Rating Scale (WURS), von der auch eine deutsche Kurzversion existiert, oder dem Adult Self Report (ASRS) oder das Diagnostische Interview für ADHS bei Erwachsenen (DIVA). (Kirsch und Haible-Baer 2021, S. 26)

5.3 Diagnosehindernisse

Diagnosen werden bei Erwachsenen mit ADHS oft gar nicht erst eingeleitet. Das liegt an vier Phänomenen:

- an dem weit verbreiteten Verstecken von Symptomen, genannt „Masking“
- an der Anwendung von Copingstrategien durch die Betroffenen
- an (teilweise wirksamer) Selbstmedikation
- an der Verschleierung von ADHS-Symptomen durch Begleiterkrankungen (zB Depression).

5.3.1 Masking

Da Personen mit ADHS wegen ihrer Defizite von Kindheit an negative Situationen (von ausgeschlossen/ausgelacht werden bis Mobbing) erleben, beginnen sie sich bereits ab Eintritt der Pubertät zu verstellen. Symptome werden - durch manchmal bizarre persönliche Strategien - unterdrückt, eine andere Persönlichkeit erfunden und im Alltag gespielt (vor allem über Social Media), usw. Nach jahre- oder jahrzehntelangem Masking können Entfremdungsprozesse entstehen, wie das Gefühl, dass man gar nicht mehr weiß, wer man eigentlich wirklich ist.

Betroffene Personen verstellen sich vor allen in sozialen Situationen, weil sie vermeiden möchten verurteilt, belacht oder ausgeschlossen zu werden. Sie überspielen ihr eigenes Verhalten und ihre Impulse durch übermäßige Anpassung, sympathisch wirken wollende Offenheit, starke persönliche Zuwendung oder kurzzeitige eiserne Disziplin um Impulse zu unterdrücken. Das kostet viel Kraft. Die Energie dafür beziehen Betroffene oft aus Schuld, Scham oder Ängsten.

5.3.2 Copingstrategien

Ein weiteres Phänomen sind so genannte Copingstrategien. Sie dienen der Bewältigung von ADHS verursachten Defiziten oder dem Verschleiern von durch ADHS entstandener Probleme (Carl et al. 2023).

Gut nachvollziehbar ist, dass hyperaktive Erwachsene nicht wild schreiend durch die Gegend hüpfen. Vielmehr findet die Hyperaktivität im kleineren Ausmaß statt, z.B. durch verstecktes Wippen mit dem Fuß, Fingerbewegungen, unauffälliges Spielen mit kleinen Gegenständen in der Hand oder kritzeln.

Es gibt negative Copingstrategien, die oft der Verschleierung dienen, wie z.B. Blendungsverhalten (sich besser darstellen) oder sogar Lügen.

Diese Copingstrategien produzieren bei den von ADHS-Betroffenen einerseits ein schlechtes Gewissen, Selbstvorwürfe und Selbstabwertung und können andererseits auch zu sozialen Problemen führen, wenn sie zu häufig eingesetzt oder enttarnt werden.

Es existieren auch positive Copingstrategien, wie etwa die übermäßige Verwendung von Post-its oder im Handy eingestellte Wecker. Auch Routinen, die fast zwangsmäßig eingehalten werden müssen, können Copingstrategien sein.

5.3.3 Selbstmedikation

Viele Personen mit ADHS merken mit der Zeit, dass gewisse Substanzen ihr ADHS positiv zu beeinflussen scheinen. Durch deren Einnahme können sie ADHS teilweise tatsächlich „verbessern“, langfristig dies jedoch negativ für ihren Organismus ist, da daraus Suchtverhalten und pathologische Organmorphologien resultieren können.

Krause & Krause berichten, dass anteilig mehr Personen mit ADHS zu Substanzmissbrauch neigen, vor allem zu Nikotinsucht, da Nikotin tatsächlich „eine Verminderung der Dopamintransporter im Striatum bewirkt (Krause und Krause 2013, S. 196).

Sehr häufig ist erhöhter Alkoholkonsum zu beobachten, denn Alkohol kann hilfreich in sozialen Situationen sein und beim Kontrollieren von aus der ADHS resultierenden Ängsten (Barkley und Benton 2024).

Besonders beliebt sind Stimulanzien, angefangen von Koffein (Kaffee, Energydrinks, koffeinhaltige Softdrinks) bis hin – zum Glück seltener – zu Kokain, da diese psychoaktiven Substanzen an den gleichen Rezeptoren wie die verordneten Medikamente aus der Arzneimittelgruppe der Stimulantien ansetzen. Leider ist dieses Vorgehen ebenfalls gefährdend für die Gesundheit der Betroffenen (Barkley und Benton 2024).

Hier liegt auch einer der vielen Nachteile einer späten ADHS-Diagnose, denn „es wurde nachgewiesen, dass bei rechtzeitiger medikamentöser Behandlung betroffener Kinder mit Stimulanzien das Risiko eines späteren Drogenmissbrauchs abnimmt“ (Krause und Krause 2013, S. 194).

5.3.4 Komorbiditäten

Die oben angeführten Phänomene Masking, Copingstrategien und Selbstmedikation sowie die vielen negativen Erlebnisse und Rückschläge im Laufe des Lebens von ADHS-Betroffenen, die oft einen niedrigen Selbstwert zur Folge haben, führen häufig zu weiteren Erkrankungen, also Begleiterkrankung oder auch Komorbiditäten genannt. Häufig wird eher wegen *dieser* Erkrankungen ein Arzt aufgesucht, der dann die Begleiterkrankung diagnostiziert und behandelt, aber die zu Grunde liegende ADHS nicht. So verlängert sich der Leidensweg der betroffenen Erwachsenen (Carl et al. 2023).

Im Idealfall wird der Ursprung der Komorbiditäten – die ADHS – mitdiagnostiziert und beide Erkrankungen zusammen behandelt bis eine Verbesserung der Symptomatik sowohl für den Arzt als auch für die Patienten wahrnehmbar ist.

Die häufigsten Komorbiditäten von ADHS sind Antriebsstörungen und Depressionen, Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens sowie Zwangs- oder Essstörungen (Kooij et al. 2010).

6 Besondere Probleme bei Frauen mit ADHS

Gendermedizin ist ein relativ junges Forschungsfeld, das sich damit beschäftigt, wie Geschlecht die Gesundheit und Medizin beeinflusst. Es begann in den 1990er Jahren an Bedeutung zu gewinnen, als Wissenschaftler und Mediziner zuerst in der Kardiologie erkannt haben, dass Männer und Frauen oft unterschiedlich auf Krankheiten, Medikamente und Behandlungen reagieren. Seitdem hat sich die Gendermedizin stetig weiterentwickelt, gilt heute als eigenes Fachgebiet, dem auch ein eigener Block im Curriculum des Medizinstudiums gewidmet ist, um eine individuellere und effektivere medizinische Versorgung v.a. für Frauen zu ermöglichen. Folglich werden auch gezielt weibliche Probanden für Studien rekrutiert.

6.1 Problem Spätdiagnose

Bei Frauen wird eine ADHS derzeit noch später diagnostiziert, oft erst im Erwachsenenalter. Das liegt vor allem daran, dass die Symptome bei Mädchen falsch eingeordnet werden. Das wiederum hat vielfach mit dem Rollenbild der Frau zu tun.

6.1.1 Problem Symptomfehlinterpretation

Mädchen mit ADHS zeigen teilweise andere Symptome als Buben. Während bei Letzteren die Hyperaktivität oft deutlicher zu Tage tritt, überwiegt bei Mädchen oft die Unaufmerksamkeit, die sich z.B. als Verträumtheit zeigt (Ryffel-Rawak 2017)

Dass sich der Blick auf die Mädchen und Frauen mit ADHS erst später verändert hat, zeigt sich durch die Veränderung des Verhältnisses von männlichen zu weiblichen Personen mit ADHS:

„(...), die ursprünglich verwendeten Zahlen von 9:1 für das Verhältnis von Jungen zu Mädchen hinsichtlich der ADHS – in späteren Jahren war diese Relation schon auf 3-4:1 reduziert worden – konnte also nicht bestätigt werden. Inzwischen kann davon ausgegangen werden, dass das Verhältnis unter 2:1 liegt (...).“ (Krause und Krause 2013, S. 111–112)

Trotzdem sind Mädchen und Frauen mit ADHS noch immer unterdiagnostiziert, welches vor allem große gesundheitliche Nachteile für diese Personen zu Folge hat.

6.1.2 Problem Rollenbild

Trotz aller Bemühungen das weiblichen Rollenbild neu zu definieren, ist die Gesellschaft in Europa noch von traditionellen Rollenbildern geprägt. Auch bei fortschrittlicher Betrachtung wird von Mädchen heute noch immer anderes erwartet, als von Buben; werden Verhaltensweise unterschiedlich moralisch bewertet. (vgl. Carls, 2022, S. 107 – 109)

Unaufmerksame Mädchen beschreibt man als „verträumt“ und „langsam“, vom Verhalten her „angenehm“ angepasst. Deswegen übersieht man ihre wahren Probleme. Ihre ADHS-Symptome werden als niedrigere Intelligenz oder hormonelle Konzentrationsschwierigkeiten fehlinterpretiert; die ADHS daher nicht diagnostiziert (Ryffel-Rawak 2017).

Bei hyperaktiv-impulsiven Mädchen wird die Problematik nicht ernst genommen oder moralisch abgewertet. Es werden Charakterschwächen ins Bild gebracht oder Probleme verharmlost. Oft wird gesagt, alles würde funktionieren, wenn sich Betroffene „zusammenreißen“ würden (Ryffel-Rawak 2017).

„Die starke Gefühlslage von Mädchen mit AD(H)S, ihre Redseligkeit und Impulsivität werden eher als „Lebhaftigkeit“ oder „Temperament“ eingeordnet, manchmal auch als „Geltungssucht“ oder Hang zum Drama. Ihre Unruhe wird als „Geselligkeit“ und ihr Auf-Achse-Sein gerne mit dem Begriff „Partyqueen“ gefasst. Im Jugendalter wird ihr trotziges und oppositionelles Verhalten meist der Pubertät zugerechnet und nicht einer möglicherweise zugrundeliegenden AD(H)S mit Emotionsregulationsschwierigkeiten.“ (Carl et al. 2023, S. 108).

Diese falschen Interpretationen setzen sich im Erwachsenenleben fort. Ein und dasselbe Verhaltensphänomen (z.B. Desorganisation) wird bei Frauen und Männern ganz anders gedeutet und damit unterschiedlich bewertet:

„Desorganisierte Männer gelten manchmal als zerstreut. Es ist dann selbstverständlich, dass Partnerinnen, Ehefrauen, Sekretärinnen oder Assistentinnen ihr Leben organisieren. Manchmal wird ihre Zerstreutheit gar mit hoher intellektueller Leistungsfähigkeit (...) assoziiert. Eine desorganisierte Frau hingegen wird oft als überfordert (...) abgewertet. Sprunghafte Aufmerksamkeit, Schwierigkeiten in der Organisation,

Probleme, bei einer Sache zu bleiben oder zu priorisieren, wird bei Frauen von der Umwelt als Manko gedeutet: Sie sind umständlich und unfähig.“

(Carl et al. 2023, S. 108–109)

Es ist zusammenzufassen, dass ADHS-Verhaltensweisen bei Buben und männlichen Jugendlichen oft eher verallgemeint und nicht als persönliche Schwäche gesehen werden („typisch Bub“, „muss sich ausprobieren“, „boys will be boys“, „wächst sich aus“) oder bei Problemen schneller ADHS diagnostiziert und behandelt wird.

Bei Mädchen und Frauen werden ADHS-Verhaltensweisen überwiegend als Charakterschwächen, mangelnde Intelligenz oder persönliche Mankos gedeutet und weniger oft an eine psychologische Abklärung und Behandlung gedacht. Erst wenn bei jungen erwachsenen Frauen Komorbiditäten entstehen oder alles zusammenbricht, kommt es mitunter zu Spätdiagnosen und einer Behandlung von ADHS.

6.2 Problem Mehrfachbelastung

„Viele Probleme betreffen (...) die allgemeine Lebenssituation, die sich für Frauen in den letzten Lebensjahrzehnten sehr verändert hat. Obwohl immer noch sehr traditionelle Vorstellungen von der Aufgabenverteilung innerhalb von Familien existieren, ist heute die Erwartung an Frauen vorherrschend, dass sie Familie und Beruf ohne Probleme verbinden können. Da die Betroffenen sehr viel mehr Kraft aufbringen müssen, um diszipliniert Strukturen für den Alltag zu schaffen, sind sie oft chronisch überfordert.“ (Krause und Krause 2013, S. 115)

6.2.1 Problem Schule-Ausbildung-Arbeit

Carl, Ditrich, Koentges & Matthies (Carl et al. 2023, S. 65) schreiben, dass viele Mädchen mit ADHS in der Volksschule nicht auffallen. Der Schulstoff orientiert sich stark auf das direkte Lebensumfeld der Kinder, das weckt Anteilnahme und Interesse. Außerdem wird das Lernen mitunter durch unterschiedliche Vermittlungs- und Arbeitsmethoden wie Partner- und Gruppenarbeit, Projektunterricht, Lehrausgängen und praktischen Beispielen abwechslungsreich gehalten, das erhöht die Motivation. Auch findet man in Volksschulen vorgegebene klare Tagesstrukturen und überschaubare Aufgaben, die ein normal begabtes Kind mit ADHS gut bewältigen kann.

„Bei vielen begabten und wissensdurstigen Mädchen fallen Konzentrationsprobleme (...) erst ab dem Besuch der weiterführenden Schule auf, sobald die Anforderungen auf Selbstregulation und Selbstorganisation steigen und die Konzentrationsprobleme nicht mehr kompensiert werden können.“ (Carl et al. 2023, S. 68)

Ab der weiterführenden Schule beginnt also, dass die Leistungserfolge vieler Mädchen trotz durchschnittlicher Intelligenz abnehmen. Erste Copingstrategien entstehen, die Betroffenen bleiben hinter ihren Möglichkeiten zurück, aber niemand denkt an ADHS. Was bleibt ist Enttäuschung und die Selbstabwertung (Carl et al. 2023).

So entscheiden sich junge Frauen mit ADHS oft für eine Berufsausbildung, die eigentlich unter ihren intellektuellen Fähigkeiten liegt, oder beginnen Studien, die sie aus Überforde-

runge wieder abbrechen. Sie wählen lieber kürzere Ausbildungen mit einfacheren Abschlüssen, obwohl sie manchmal gar nicht in ihre Interessensgebiete fallen oder intellektuell unterfordernd sind, aber zumindest abgeschlossen werden können. Manche fangen auch immer wieder neue Ausbildungen an und schließen keine davon jemals ab (Carl et al. 2023).

Auch im Beruf selbst bleiben diese Frauen oft hinter ihren und anderen Ansprüchen zurück. Entweder sie wählen zur Sicherheit Aufgaben, für die sie eigentlich überqualifiziert sind oder schaffen keinen beruflichen Aufstieg. Oft kündigen sie spontan und versuchen einen neuen Weg zu gehen. Sie hanteln sich von Job zu Job und erleben Arbeit oft als unbefriedigend oder sogar sinnlos (Carl et al. 2023).

Etliche Frauen mit ADHS ziehen früh einen Arbeitsausstieg durch eine Familiengründung in Erwägung.

6.2.2 Problem Familie und Haushalt

„Häufig wird (...) die Familienplanung nicht wirklich beachtet, es kommt statistisch signifikant vermehrt zu frühen Schwangerschaften, die zunächst unbewusst als Ausweg aus der chaotischen Lebens- und Ausbildungssituation angesehen werden. Schon bald nach der Geburt wird deutlich, dass die Versorgung des Säuglings mehr Disziplin und Tagesstruktur erfordert, als diese Frauen aufbringen können. Das anfängliche Glück mit Steigerung des Selbstwertgefühls, schlägt häufig um in eine depressive Verstimmung, da die Erfordernis einer andauernden Aufmerksamkeit zu einer Überforderung führt.

Die äußere Unordnung in Form von Bergen ungewaschener und ungebügelter Wäsche ist vielen Frauen so unangenehm, dass nur Familienmitglieder die Wohnung oder das Haus betreten dürfen. Verstärkt wird diese Situation dann, wenn die Kinder Schreibabies sind und Ruhepausen ausfallen.“ (Krause und Krause 2013, S. 115–116)

Wenn man bedenkt, dass es statistisch gesehen gut möglich ist, dass eines der Kinder ebenfalls ADHS haben kann, wird klar, warum es in solchen Familien mitunter zu körperlicher, seelischer oder verbaler Gewalt kommen kann, ohne dass dies jemals gewollt war.

„Besonders Mütter mit AD(H)S stehen vor besonderen Herausforderungen. Für sie ist die Balance aus Unterstimulation (Spielplatz, Hausaufgaben, Elternpflegschaftssitzung) und Überforderung (Struktur halten, alle Anforderungen im Blick behalten) ein großes Thema. Sie haben keine geringere Aufgabe, als ihren Kindern etwas beizubringen, was sie selbst nicht so gut können.“ (Carl et al. 2023, S. 134)

6.2.3 Problem Freundschaften

Durch ihre Kontaktoffenheit und Spontanität (*Impulsivität*), ihrer Kommunikationsfreudigkeit (Redseligkeit), den schnellen überraschenden Ideen (*Unaufmerksamkeit* und *Impulsivität*) und ihrer Lebendigkeit (*Hyperaktivität*) wirken Frauen mit ADHS schnell interessant und anziehend auf andere Menschen. Bekommen sie positive Aufmerksamkeit von anderen Menschen, dann bekommt der - durch die ADHS angeschlagene Selbstwert - Aufschwung. Und weil Neues - auch in Form von „neuen“ Menschen - für Menschen mit ADHS verlockend ist, entstehen schnell Bekanntschaften. Doch ebenso schnell weicht das aufregend Neue dem gewohnten Bekannten und das Interesse lässt wieder nach.

Das große Problem für Frauen mit ADHS ist, Freundschaften aufrecht zu erhalten. Da die Freizeit und der Sozialkontakt nach „Dopaminkicks“ gereicht ist, können alte Freundschaften abkühlen. So verfügen viele Frauen mit ADHS oft über keinen stabilen Freundeskreis, und dadurch kein soziales Netz.

6.2.4 Problem Partnerschaft

Liebesbeziehungen und Partnerschaften können Frauen mit ADHS (und ihren Partnern) viele Probleme bereiten.

Krause & Krause (2022, Seite 115) berichten, dass ADHS-Frauen manchmal Partner wählen, die durch ruhige strukturierte Persönlichkeiten Ordnung in ihren chaotischen Alltag bringen sollen oder können. Das birgt die Gefahr, dass sich die Frau mit ADHS irgendwann einmal langweilt, sich bevormundet fühlt (oder wird) oder sie ihren Partnern irgendwann „zu viel“ wird.

Carl, Ditrich, Koentges & Matthies (Carl et al. 2023, S. 136) stellen wiederum fest, dass Gleiches oft Gleiches anzieht und Frauen mit ADHS nicht selten Partner wählen, die ebenfalls in dieses Spektrum fallen. Die Beziehung bleibt dann möglicherweise länger „spannend“, birgt aber die Gefahr emotionaler Konflikte und noch mehr Chaos im Alltag.

Weitere große Probleme in Partnerschaften von Frauen mit ADHS sind:

- Trennungen oder Untreue (das Gewohnte wird als langweilig empfunden, neue Kontakte wirken reizvoller)
- Probleme beim Sex (Vorspielunlust aufgrund von Ungeduld oder stärkerer Wahrnehmung von Berührungseizen (Krause und Krause 2013, S. 96), Langeweile/Unaufmerksamkeit/Ablenkung beim Sex)
- Intensive Konflikte, „Drama“ (durch starke Emotionen)
- Endloskonflikte aufgrund von Desorganisation (Nichteinhaltung von Terminen, Vergesslichkeit, Nichterfüllung von Alltagspflichten)

6.3 Problem Hormone

“...es gibt Hinweise darauf, dass das Dopaminsystem, das für die ADHS-Symptomatik und auch Stimmungsveränderungen entscheidend ist, unter anderem durch die weiblichen Sexualhormone Öströgen und Progesteron mitgesteuert wird. So erklärt sich, dass sich die Ausprägung von AD(H)S-Symptomen bei Frauen im Laufe des Zyklus, bei einer Schwangerschaft und nach der Geburt verändern kann und stärkere Stimmungsschwankungen in diesen Phasen auftreten.“ (Carl et al. 2023, S. 75)

In Phasen, wo der Östrogenspiegel erhöht ist, also z.B. im weiblichen Zyklus um den Eisprung herum oder bei einer Schwangerschaft, ist die Stimmung von Frauen mit ADHS oft stabiler, selbst die ADHS-Symptome scheinen sich zu verringern. In Phasen, wenn der Östrogenspiegel abnimmt, also z.B. in der zweiten Zyklushälfte, vor allem kurz vor dem Beginn der Menstruation, nach einer Geburt oder in der Perimenopause bzw. Menopause, nehmen Stimmungsschwankungen oft zu und auch die ADHS-Symptome werden verstärkt wahrgenommen.

Auch Ryffel-Rawak berichtet, dass es einen Zusammenhang zwischen Dopamin, Noradrenalin und Serotonin und dem Hormon Östrogen geben soll und dass Frauen mit ADHS öfters und intensiver unter dem Prämenstruellen Syndrom (psychischen und physische Beschwerden mehrere Tage vor Einsetzen der Menstruationsblutung) leiden (Ryffel-Rawak 2017).

„Vor Beginn einer Behandlung sollte bei Frauen der Hormonstatus abgeklärt werden, weil bei Absinken der Sexualhormone ebenfalls Antrieb, Kognition und Konzentration deutlich beeinträchtigt sind. Viele betroffene Frauen mit ADHS leiden unter starken prämenstruellen Beschwerden (...). Sie berichten auch, nach Geburten häufig unter einer lang anhaltenden Depression im ersten Jahr post partum gelitten zu haben. Eine hormonelle Substitutionsbehandlung in der Prämenopause kann zu einer Verbesserung der Symptomatik und Reduktion der Stimulanzindosis bei insgesamt besserem Ansprechen der Therapie führen.“ (Krause und Krause 2013, S. 242)

7 Behandlungsformen von ADHS im Erwachsenenalter

„Aus der Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter leitet sich noch keine Behandlungsnotwendigkeit bzw. eine bestimmte Art der Behandlung ab. Die Entscheidung für eine Behandlung bzw. die Wahl einer spezifischen Behandlung ist abhängig vom Ausprägungsgrad einer ADHS, von den psychischen und sozialen Beeinträchtigungen sowie der Relevanz der Symptome im Kontext vorhandener Ressourcen. (...) Es wird empfohlen (...) eine Behandlung spätestens dann zu beginnen, wenn in einem Lebensbereich oder in mehreren Lebensbereichen leichte Störungen oder krankheitswertige, beeinträchtigende psychische Symptome bestehen und diese eindeutig auf eine ADHS zurückgeführt werden können.“ (Krause und Krause 2013, S. 346)

7.1 Pharmakologische Therapie

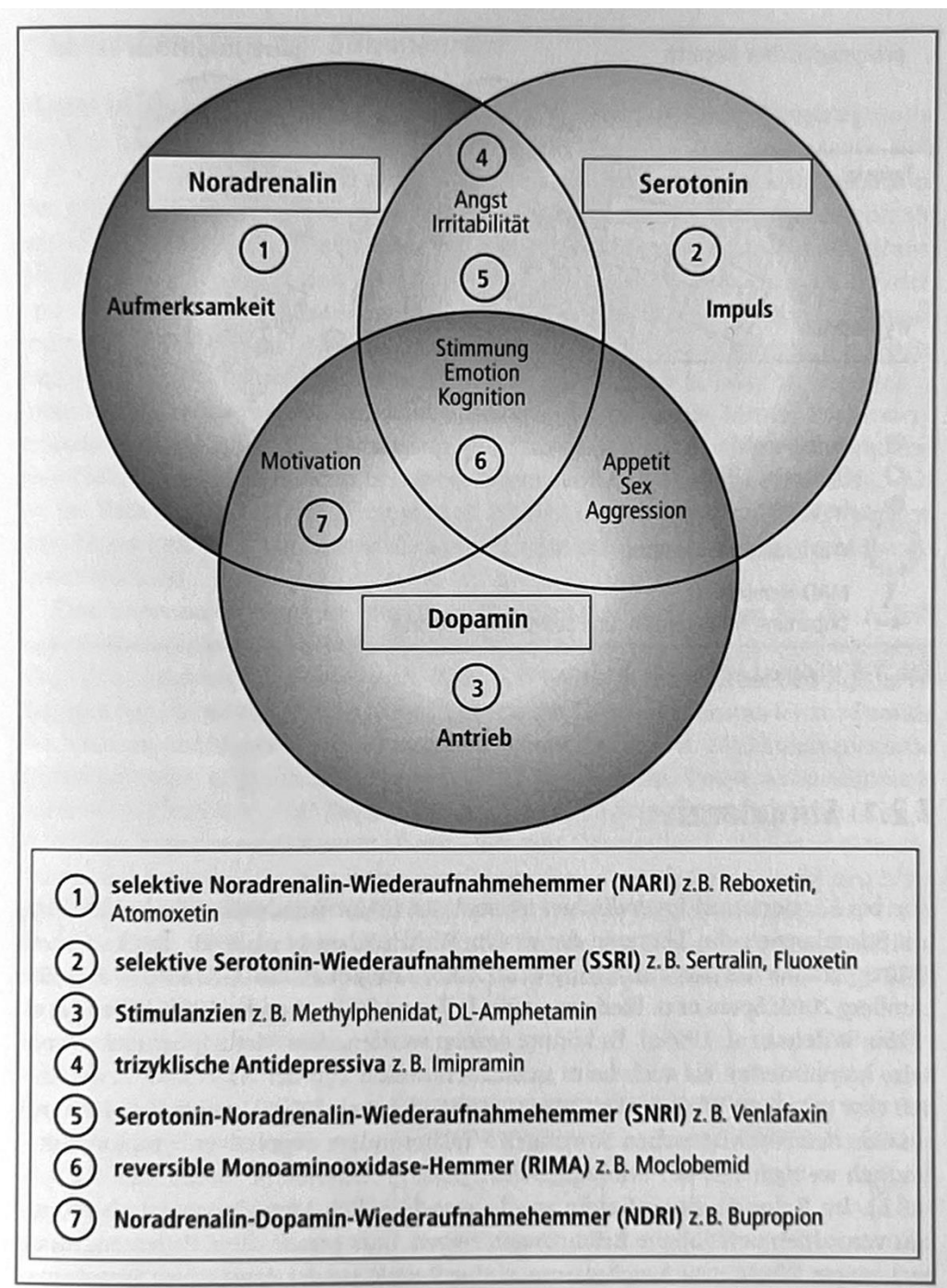


Abb 7 Krause & Krause Seite 225

Da das Gehirn ADHS-Betroffener durch den gestörten Gehirnstoffwechsel *unterstimuliert* ist, sind Stimulantien die erste Wahl bei einer möglichen Medikation. Die Stimulantien

bringen das unterstimulierte Gehirn auf „Betriebstemperatur“ und können dadurch einen Gehirnstoffwechsel, der jenen von Personen ohne ADHS ähnelt, herstellen.

Die gängigsten Stimulanzien, die bei einer ADHS-Therapie eingesetzt werden, sind Methylphenidat und Amphetamine. Die Medikamente, die diese Wirkstoffe beinhalten, sind seit Jahrzehnten gut erforscht und gelten als wirksam und sicher. Im Rahmen dieser Arbeit spielt die pharmakologische Therapie keine weitere Rolle und wird daher nicht näher erklärt.

Allgemein erwähnenswert ist zum Thema stimulierende Medikamente zur Therapie von ADHS noch, dass diese gerne von Menschen ohne ADHS eingenommen werden (vor allem in Studentenkreisen), vermeintlich um ihre Leistungsfähigkeit zu stärken. Laut Krause & Krause (Krause und Krause 2013, 267-168) deuten mehrere Studien darauf hin, dass ADHS-Medikamente bei Menschen mit ADHS tatsächlich anders wirken und dass bei Menschen ohne ADHS keine kognitive Leistungssteigerung nachzuweisen ist. Viel mehr würde sich die Leistungsfähigkeit im Gegenteil sogar eher verschlechtern (wie übrigens auch bei Personen mit ADHS wenn sie die Medikamente überdosieren). Die einzig „positive“ Wirkung bei der Einnahme von ADHS-Medikamenten von Menschen ohne ADHS sei die Verminderung des Schlafbedürfnisses, und zwar in einem ähnlichen Ausmaß, das man auch durch den Konsum von Kaffee erzielen könne.

7.2 Psychotherapie

Bei leichten ADHS-Symptomen kann eine gute Psychotherapie genügen. Vor allem die *Verhaltenstherapie* wird empfohlen, wobei Krause & Krause anmerken, dass auch eine *tiefenpsychologische* Therapie dauerhaft gut wirksam sein kann, vor allem bei schwer betroffenen und intellektuell differenzierten Erwachsenen (Krause und Krause 2013, S. 308–309).

7.3 Multimodale Therapie

Die besten Ergebnisse einer ADHS-Therapie werden mit einer multimodalen Therapie erreicht. Diese Art der Therapie kombiniert die medikamentöse *und* die psychotherapeutische Behandlung.

OA Dr. Ekkehard Schweitzer hat in diesem Zusammenhang in seiner Funktion als Leiter der interdisziplinären Schmerzzambulanz der Klinik Hietzing an der Etablierung einer Multimodalen psychosomatischen Therapie an der 3. Abteilung für Psychiatrie etabliert (Wiener Gesundheitsverbund - Klinik Hietzing 2025). Um dem rasanten Fortschreiten der

Forschung und dementsprechend die Qualitätssicherung zu gewährleisten, finden unter seiner Leitung in monatlichen Abständen bei der Österreichischen Ärztekammer interdisziplinäre Schulungen zur Multimodalen Therapie statt (wien 2025).

7.4 Unterstützende Maßnahmen zur Therapie

Es gibt viele Ansätze, um Menschen mit ADHS zu helfen und viele unterschiedliche Therapieansätze. Wissenschaftlich bestätigt sind jedoch nur die Behandlung durch Medikamente und Psychotherapie. Trotzdem könne zusätzliche Behandlungen mitunterstützend wirken und können neben den wissenschaftlich empfohlenen Therapiemöglichkeiten zum Tragen kommen.

7.4.1 Aufklärung

Bei jeder ADHS-Diagnose im Erwachsenenalter steht zu Beginn eine gründliche Aufklärung über den Hintergrund und die Symptome ihrer Erkrankung. Erst dann stellt sich die Frage nach der Behandlung.

Besonders hilfreich ist auch die Aufklärung der Umgebung – Partner, Familie, Freunde und – wenn möglich – Arbeitskollegen und Vorgesetzte (wenn daraus kein Nachteil zu erwarten ist). Sie können in Zukunft Verbündete werden, die den Betroffenen helfen und sie unterstützen, anstatt Probleme aus Unverständnis zu verschlimmern.

7.4.2 Psychoedukation

Bei sehr leichten Symptomen kann statt Psychotherapie auch Psychoedukation helfen. Diese erfolgt oft in *Gruppensitzungen*, in denen eine Fachperson beispielsweise folgende Inhalte mit den frisch Diagnostizierten bearbeitet:

- *„Erfassung der individuell den Betroffenen belastenden ADHS-Symptome*
- *Erkennen der individuell positiven Aspekte der ADHS*
- *Wahrnehmen der mit der ADHS verbundenen funktionellen Einschränkungen*
- *Folgen der individuellen ADHS-Symptomatik in den verschiedenen Bereichen des Lebens*
- *Erlernen der Suche nach nützlichen Informationen zur ADHS*
- *Erlernen konstruktiver Denkweisen im Umgang mit ADHS-bedingten Problemen“ (Krause und Krause 2013, S. 223)*

Krause & Krause geben an, dass es ungünstig ist, in diesem Setting zu viel Wissen zu vermitteln – vor allem im Bereich Komorbiditäten (insbesondere, wenn keine vorhanden sind) – da dies die Betroffenen verwirren oder unnötig belasten könnte (Krause und Krause 2013, S. 222).

7.4.3 Coaching

Beim Coaching handelt es sich in der Regel um eine Einzelbetreuung als die Arbeit in einer Gruppe, wobei es auch Gruppencoachings gibt. Hier geht es weniger um psychologische Probleme als mehr um klare Hilfestellungen - vor allem im beruflichen Bereich, aber auch bei der Alltagsbewältigung (Krause und Krause 2013).

7.4.4 Meditation

Obwohl Meditation bekanntermaßen die Achtsamkeit steigert, fällt sie vielen ADHS-Betroffenen schwer. Das ruhige Sitzen ist anstrengend und die innere Gedankenwelt lässt sich nicht stoppen – oft werden die Gedanken eher noch wilder. Trotzdem kann es bei ADHS hilfreich sein Ansätze von Meditation einzuüben. Für den Anfang empfehlen sich sehr kurze Einheiten von ein bis zwei Minuten in denen Atem- oder Körperwahrnehmungsübungen stattfinden können. Auch autogenes Training kann sich bewähren (Krause und Krause 2013).

7.4.5 Bewegung und Sport

Hyperaktive Kinder bewegen sich viel und suchen sich als Jugendliche/Erwachsene häufig sportlich intensive Hobbys. Bewegung hilft *allen* Menschen beim Entspannen, Steigerung der Aufmerksamkeit und besseren kognitiven Leistungen, erst recht Personen mit ADHS.

Manche schaffen es, durch eintönige Ausdauerbewegungen (Walken, Laufen, Schwimmen, Indoor-Radfahren) in meditationsähnliche Zustände zu kommen. Andere profitieren von Sportarten, in denen vieles gleichzeitig passiert, wie bei den meisten Mannschaftsspielen (Fußball, Basketball, Eishockey). Beliebte Sportarten, die einen gewissen „Kick“ produzieren (Kampfsport, Klettern, Skifahren, Outdoor-Mountainbiken). Da Musik bei vielen ADHS-Betroffenen eine große Bedeutung beim Entspannen, Aktivieren oder Aufarbeiten von Emotionen zu sein scheint, ist auch Tanz ein beliebtes Hobby, wobei Menschen mit ADHS oft „ungewöhnliche“ Tanzarten (Aerial Dance, Eiskunstlauf, Tanzakrobatik) spannender finden. Verlockend ist auch die Teilnahme an Laien-Wettbewerben - oft ein Extra-Kick, vor allem für Menschen mit ADHS (Krause und Krause 2013).

7.4.6 Psychomotorik

Bei Kindern mit ADHS wird auch Psychomotorik oder Motopädagogik empfohlen. Bei Erwachsenen mit ADHS eher selten. Dabei scheint gerade die Psychomotorik ein gutes Bindeglied zwischen (äußerer) Bewegung und (innerer) Selbstwahrnehmung zu sein, die in Verbindung mit Reflexion und dem Gruppengefühl auch für das seelische Erleben eine große Bereicherung sein kann.

8 Psychomotorik

8.1 Über die Psychomotorik

Die Psychomotorik ist eine noch eher jüngere Disziplin, die seit den 1970ern mit ihrem Gründer Kiphard Einzug in die Persönlichkeitsentwicklung hält. Durch spielerische Bewegungsaufgaben und -übungen werden Prozesse eingeleitet, durch die sich der Mensch auf mehreren Ebenen – körperlich, seelisch und mental – weiterentwickeln kann.

8.1.1 Was ist Psychomotorik?

In dem Wort „Psychomotorik“ sind zwei Begriffe herauszulesen, einerseits „Psycho“ (aus dem Griechischen: „Seele“) und „Motorik“ (aus dem Lateinischen: „Beweger“). Für jede menschliche Bewegung – angefangen mit Atmen – ist der Körper gefordert: keine Bewegung ohne Körper und kein Körper ohne Bewegung. Zimmer schreibt dazu, dass der *„Terminus „Psyche“ ausdrücklich auf den Anteil des Wahrnehmens, Erlebens, Fühlens und Denkens bei Bewegungshandlungen hinweist, und die Notwendigkeit, Bewegungshandlungen immer als ganzheitliche Äußerungen des Menschen zu betrachten, deutlich macht.“* (Zimmer 2022, S. 19)

8.1.2 Das Menschenbild in der Psychomotorik

Zimmer beschreibt das Menschenbild in der Psychomotorik als humanistisches Menschenbild mit den zentralen Grundgedanken *„Anatomie und soziale Interdependenz“, „Selbstverwirklichung“, Ziel- und Sinnorientierung“ und „Ganzheit“.* (Zimmer 2022, S. 26–27)

8.1.3 Ziele der Psychomotorik

Zimmer beschreibt drei Zielbereiche der Psychomotorik:

- *„Körper- und Selbsterfahrung (Selbstkompetenz),*
- *Materialerfahrung (Sachkompetenz) und*
- *Sozialerfahrung (Sozialkompetenz).“* (Zimmer 2022, S. 23–24).

Aus diesen Erfahrungen soll sich laut Zimmer (Zimmer 2022) als Ziel ergeben, dass Kinder in ihre Eigentätigkeit gefördert werden und selbstständig handeln. Durch die Gruppenerfahrungen sollen Handlungskompetenz und Kommunikationsfähigkeit erweitert

werden. Das Selbstbewusstsein des Kindes soll gestärkt werden und eigene Ressourcen erfahren werden. Das Kind soll sich als kompetent und selbstwirksam erleben.

8.1.4 Psychomotorik bei Erwachsenen

Nun wurde und wird Psychomotorik stark mit der Entwicklung von Kindern assoziiert, stellt jedoch eine Hilfe für alle Altersstufen dar. Erwachsene erwarten möglicherweise andere Ziele vom psychomotorischen Geschehen. Hier stellt Haas (Haas et al. 2014) als allgemeine Themen vor allem die Gesundheit und die persönliche Entwicklung in den Vordergrund. Trotzdem spricht auch sie von den drei Bereichen Körper-, Material- und Sozielerfahrung: „Der Mensch in seinem Leib“, „Kontrolle über die materielle Welt“ und „Der Mensch zwischen Zugehörigkeit und Unabhängigkeit“ (Haas et al. 2014).

Die Inhalte bleiben in der Regel gleich, müssen jedoch auf die erwachsene Zielgruppe hin adaptiert werden, damit sie auch Erwachsenen Potential für Erfahrung, Lernen und Entwicklung bietet.

8.1.5 Mögliche Inhalte der Psychomotorik

Die Inhalte in der Psychomotorik sind unbegrenzt. Wichtig ist herauszufinden, in welcher Situation welche Übungen, Spiele, Materialien oder Aufgaben eingesetzt werden, und wofür. Dabei darf der Ausgang absichtlich offen bleiben. Eine Zielrichtung ist trotzdem wesentlich - vor allem in der Arbeit mit Erwachsenen, da sie den Einheiten den besonderen psychomotorischen Sinn gibt.

Im Bereich der *Körperwahrnehmung* kann von einfachen gymnastischen Übungen und Geräteturnen über Tanz und Sinneswahrnehmungsübungen bis zu Klassikern der Körperwahrnehmung wie beispielsweise Feldenkrais, die Alexander-Methode, Yoga und Massagen zurückgegriffen werden.

Werden spezielle Methoden oder Richtungen eingesetzt, ist es für die nötige Professionalität jedoch essentiell, dass der oder die Anleitende über eine gute Grundkenntnisse dieser verfügt.

Sogar spezielle Sportarten wie Schwimmen oder Klettern können psychomotorisch betrachtet und Übungen so angepasst werden, dass sie ganzheitliche Erfahrungen bringen können. Der Fokus liegt dabei nicht auf dem exakten Lernen und Trainieren von Bewegungsabläufen, sondern vielmehr das Wahrnehmen des bewegten Körpers und was die Bewegungen auch auf anderen Ebenen (seelisch, mental, usw.) auslösen können.

Auch auf *Materialebene* gibt es keine strikten Vorschriften – von Alltagsmaterial wie Zeitungspapier über kleine sportliche Geräte wie Seile bis hin zu größeren speziellen Geräten wie Trampolin kann jedes Material psychomotorisch erfahren werden. Auch hier geht es nicht darum etwas Bestimmtes zu erlernen, sondern um die Erfahrung mit dem Material: was löst es (in einem selbst) aus, wie kann man es kreativ verwandeln, wie beeinflusst es die Bewegungen des eigenen Körpers.

Die *Sozialerfahrung* ist in der Psychomotorik besonders wichtig. In der Gruppe lassen sich Erfahrungen besser vertiefen. Kommunikation und Interaktion erhöhen den Spaßfaktor welcher Lernprozesse emotional positiv verstärkt. Je mehr Interesse, Lachen und Freude Lern-, Entwicklungs- und Erfahrungsprozesse begleitet, umso tiefer können sie wirken.

9 Psychomotorik bei Frauen mit ADHS

Psychomotorik kann für jeden Menschen, jedes Alters bereichernd wirken – egal ob im Kleinkind-, Kindergarten-, Schul-, Jugend-, Erwachsenen- oder Seniorenalter. Auch können alle Geschlechter davon profitieren. Aber warum sollte man es besonders für Frauen mit ADHS anbieten? Oder gar ein eigenes Konzept für Frauen mit ADHS?

9.1 Gründe für ein psychomotorisches Konzept speziell für Frauen mit ADHS

Wie erwähnt, werden Frauen oft spät diagnostiziert. Für viele ist es einerseits eine Erleichterung endlich zu erfahren, dass ihre Probleme nicht an der eigenen Persönlichkeit liegen, sondern einer neurobiologischen Erkrankung ihre Gehirns. Jahrzehntelange haben sie sich womöglich unzureichend und minderwertig gefühlt, sich Vorwürfe gemacht, gegen schlechtes Gewissen gekämpft oder unter dem Unverständnis oder Vorwürfen ihrer Umgebung gelitten. Jetzt hat das Problem endlich einen Namen und kann sogar behandelt werden.

Andererseits kann eine späte Diagnose auch viel Trauer und Überforderung auslösen.

9.1.1 Medikamentenskepsis

Psychopharmaka lösen manchmal bei Menschen, die damit noch nie konfrontiert waren, Skepsis aus. Zusätzlich kursieren nach wie vor Vorurteile und Missinformationen speziell über ADHS-Medikamente.

In Österreich gilt zudem: „Rezepte für jegliche Form von Methylphenidat und Amphetaminsulfat sind Suchtgiftrezepte. Sie mussten und müssen zum Teil auch weiterhin mit einer nummerierten Suchtgiftvignette versehen werden („grünes Pickerl“).“ (ADHS-Medikamente in Österreich | ADHS Austria 2024).

Die Bezeichnung „Suchtgift“ erzeugt Unbehagen beim Beschaffen von ADHS-Medikamenten. Es ist einleuchtend, dass manche Betroffene anfangs vor Medikamenten zurückschrecken.

9.1.2 Psychotherapieskepsis

Die Aussicht auf Psychotherapie, im Speziellen Verhaltenstherapie, erzeugt in Menschen, die damit noch nie konfrontiert waren, manchmal Unsicherheit. Gelegentlich existieren negative Erfahrungen mit Therapien aus der Vergangenheit. Möglich ist auch, dass Therapien als nutzlos angesehen werden, weil in vergangenen Therapien durch eine fehlende ADHS-Diagnose bzw. eine Falschdiagnose nie zum eigentlichen Problem vorgedrungen wurde und sich keine Besserung eingestellt hat.

Die erste ärztliche Intervention bei ADHS ist meist medikamentös und nicht immer wird eine Therapie für ADHS verschrieben. Therapien sind in jedem Fall kostenintensiv. Auch das schreckt viele Betroffene zunächst ab.

9.1.3 Organisationsaufwand

Die Organisation einer passenden Therapiestelle kann aufwändig sein: Recherchieren von Stellen, Anruf, Termin ausgemachen, Erstgespräch, möglicherweise mehrfach. Wenn Teile der Therapie von der Krankenkasse refundiert werden können, muss das mehrschrittig eingereicht werden. Das erfordert Organisation und zeitliche Planung, die ADHS-Betroffene nicht immer aufbringen können.

Wenn der Wille für eine medikamentöse Therapie existiert, entstehen ebenfalls Probleme. Die Beantragung des „Pickerls“ für die Medikamente kann dauern. Das Medikament ist in der Apotheke nicht vorrätig, muss bestellt, dann auf einen Anruf gewartet und nochmals in der Apotheke abgeholt werden.

Die Einnahme selbst ist durch Vergesslichkeit erschwert.

9.1.4 Wie kann Psychomotorik helfen?

Viele Frauen mit ADHS sind ungeduldig. Sie wollen gleich handeln, aber der Aufwand ist groß und bürokratische Abläufe verwirrend. Es besteht Mitteilungs- und Austauschbedürfnis. Gefühle kommen auf: Trauer um das, was aufgrund der unbehandelten ADHS im Leben versagt geblieben ist; Schuldgefühle, die ADHS weitervererbt zu haben; Wut auf die ADHS, die im Leben behindert.

Ein Psychomotorikkurs für Frauen, denen es ähnlich geht, kann an dieser Stelle niederschwellig, schnell und unbürokratisch helfen. Eine spielerische Annäherung an das Thema ADHS sorgt für besseres Verständnis und Orientierung. Austausch mit anderen

Betroffen in einem wertfreien sicheren Raum, in dem man Symptome nicht verstecken muss, schafft Mut und Zuversicht. Die vielen unterschiedlichen Angebote, Spaß und das körperliche Wohlbefinden durch die spielerische Bewegung motivieren zum Wiederkommen – die fehlende Kontinuität ist oft ein großes Thema bei ADHS-Betroffenen. Die wöchentlich gleich bleibenden Termine und Abläufe bieten Struktur und Sicherheit.

All das ist eine wertvolle Unterstützung in der ersten Zeit mit einer neuen ADHS-Diagnose als erwachsene Frau in mitten eines Arbeits- und Familienalltags.

9.2 Konzept für eine psychomotorische Förderung für Frauen mit ADHS

Das Konzept soll ein Psychomotorik-Kurs für Frauen mit ADHS sein.

Ein psychomotorischer Kurs für Frauen mit ADHS darf nicht als adäquate Behandlung gesehen werden! Aber es kann als unterstützendes Angebot Vorteile bringen.

Da Psychomotorik sowohl „Psycho“ als auch „Motorik“ verbindet, ist die Idee Bewegung mit Psychoedukation zu verbinden. Als Leitfaden dienen ADHS-bezogene psychoedukative Inhalte, die durch Bewegung spielerisch zu Selbsterfahrungen führen können, die auch reflektiert werden dürfen.

Den größten Inhalt soll die Bewegung und das Miteinander-spielen sein, und zwar möglichst abwechslungsreich durch Spiele, kreative Forschung (Ausprobieren), Gruppenaufgaben und praktische Übungen.

Da der Inhalt „kunterbunt“ und abwechslungsreich sein soll, wird ein gleichbleibender Ablauf, der Sicherheit und Orientierung bieten soll, vorgeschlagen.

Weiters hilfreich soll ein Hauptthema pro Einheit sein, um Lernerfahrungen sinnvoll zu vertiefen.

Die Gruppenanzahl kann bei 10 – 12 Frauen liegen.

9.3 ADHS-Problemfelder und dazu passende psychomotorische Bereiche

Barkley (2024) beschreibt folgende Problembereiche bei Erwachsenen mit ADHS:

- Problembereich 1: Zeitmanagement, Planen und Zielverfolgung
- Problembereich 2: Selbstorganisation, Problemlösen und Arbeitsgedächtnis
- Problembereich 3: Inhibition (Selbstbeherrschung)
- Problembereich 4: Selbstmotivation
- Problembereich 5: Emotionale Selbstregulation

Kisch & Haible-Baer (Kirsch und Haible-Baer 2021) beschreiben ähnliche Problemfelder und stellen dafür wirksame Tools (Arbeitsblätter und Übungen) zusammen, die in einem therapeutischen Setting zur Anwendung kommen können:

- Impulsivität oder die mangelnde Hemmung von Impulsen
- Emotionsregulation
- Kognitive Interventionen
- Achtsamkeit
- Verbesserung sozialer Kompetenzen und Fertigkeiten
- Zeitmanagement
- Organisationstechniken
- Prokrastination

Für ein psychomotorisches Setting eignen sich nicht alle Inhalte. Das ist auch nicht notwendig, da ein psychomotorischer Kurs keine Therapie ist. Vor allem Interventionen im Bereich gezielter Organisation und Zeitmanagement bedingen gezielter Anleitungen und Übungen, die nichts mit Psychomotorik zu tun haben soll – vor allem in einem motivierenden Setting für ADHS-betroffene Frauen.

Für ein psychomotorisches Setting gut geeignet sind die Bereiche Achtsamkeit, Emotionen und soziale Kompetenzen, Selbstwertsteigerung (Selbstmotiviation) und Problemlösen.

Daher werden vor allem diese Problemfelder herausgenommen und mit passenden motorischen Inhalten verknüpft. Im folgenden Kapitel werden spezifische Übungen und Spiele dazu angeregt und beschrieben.

9.3.1 Hohe Impulsivität

„Erhöhte Impulsivität in diversen Ausprägungen ist bei ADHS-Betroffenen ein zentrales Problem. Ursächlich ist hierfür die mangelnde Fähigkeit zu Hemmung eines dominanten Handlungsimpulses. Dies führt zu impulsiven Handlungen, aber auch zum Abdriften der Gedanken, Vergesslichkeit und Konzentrationsschwierigkeiten. Eine impulsive Handlung definiert sich über die fehlende kognitive Kontrolle während des Verhaltens. (Kirsch und Haible-Baer 2021, S. 85)

ADHS-Betroffene leiden oft unter einer fehlenden Hemmung ihrer Impulse. Beim hyperaktiven Typ zeigt sich diese Impulsivität durch Zappeligkeit, Ungeduld, vorschnelles oder ausdauerndes Reden oder unbedachtes Handeln ohne zuvor nachzudenken. Beim unaufmerksamen Typ zeigt sich die fehlende Hemmung von Handlungsimpulsen durch Konzentrationsprobleme, Tagträumen oder Vergesslichkeit. Beim kombinierten Typen können all diese Symptome auftreten.

Im psychomotorischen Setting können wir das Problem der Impulsivität z.B. durch folgende Inhalte ansprechen:

- Schnelle Reaktionsspiele
- Spiele mit verzögerten Reaktionsanfordernissen
- Gedächtnisübungen und Konzentrationsspiele
- Entspannungsübungen (Kurzmeditationen, Atemübungen...)
- „Rangeln und Raufen“

9.3.2 Mangelnde Aufmerksamkeit/Achtsamkeit

Aufmerksamkeitsprobleme sind im Alltag von Frauen mit ADHS besonders belastend. Kirsch & Haible-Baer (Kirsch und Haible-Baer 2021) haben daher ein ganzes Kapitel der Achtsamkeit gewidmet, die Bewusstsein für das Hier und Jetzt schaffen soll.

Psychomotorisch wird hier ein großes Feld eröffnet. Vor allem Übungen zur Sinneswahrnehmung können hier in spielerischer und motivierender Form zum Tragen kommen, wie z.B.:

- Körperwahrnehmungsübungen
- Geschicklichkeitsübungen
- Gleichgewichtsübungen
- Propriozeptionsübungen
- Taktile Übungen
- Übungen für die visuellen Aufmerksamkeit
- Übungen für die auditiven Aufmerksamkeit

9.3.3 Starke Emotionen und Probleme in sozialen Situationen

Impulsivität und Achtsamkeit/Aufmerksamkeit als mögliche Gründe für emotionale und soziale Probleme bei ADHS-Betroffenen wurden bereits näher erläutert. In diesem Kapitel steht daher die gezielte Verbesserung sozialer Kompetenzen im Vordergrund. Gründe für soziale Defizite können laut Kirsch&Haible-Baer (2021) unter anderem fehlende Übung (da viele ADHS-Betroffene oft Außenseiter sind), ungünstige Vorbilder (z.B. selbst betroffene Eltern/Geschwister oder ähnlich gestrickte Freunde) oder ungünstige Beziehungserfahrungen sein.

Psychomotorische Inhalte, die hier fördernd wirken können, sind z.B.:

- Kooperative Spiele
- Gruppenaufgaben
- Reflexionsübungen
- Rollenspiele

9.4 Einheiten mit Themen des Kurses

Vertiefende Themen sollen jeder Einheit Sinn geben und sich auf einzelne Erkenntnisse bezüglich ADHS beziehen bzw. ein vertieftes Kennenlernen mit dem persönlichen ADHS-Anteil. Eine Einheit kann mit etwa 90 Minuten veranschlagt werden. Es können weitere Einheiten frei hinzugefügt oder abgewandelt wiederholt werden, wenn der Kurs länger als 10 Wochen dauern soll.

- Einheit 1: Kennenlernen; ADHS-Symptome
- Einheit 2: Persönliche Energie-Level und Stimmungen wahrnehmen
- Einheit 3: Emotionen und Bedürfnisse
- Einheit 4: Auditive Wahrnehmung und Aufmerksamkeit
- Einheit 5: Körperwahrnehmung
- Einheit 6: Impulskontrolle
- Einheit 7: Sozialkompetenz
- Einheit 8: Visuelle Wahrnehmung und Aufmerksamkeit
- Einheit 9: Hyperaktivität und Entspannung
- Einheit 10: Identität und Selbstwert

9.5 Ablauf einer Einheit

Ein allgemeiner gleichbleibender Ablauf gibt Sicherheit und Orientierung. Erwachsene, und vor allem wenn sie ADHS haben, wollen oft wissen, worum es gehen wird, damit sie sich auf die Spiele und Übungen einlassen können.

Gerade bei Personen mit ADHS ist das Zeitgefühl gestört, deshalb können akustische und visuelle Signale einer verstärkten Orientierung und damit Sicherheit bieten.

Eine Einheit beinhaltet folgende Schritte:

- Beim **Ankommen**: „Mein Energielevel ist...“ oder „Ich brauche heute...“ (Steine)
- **Begrüßungsspiel**
- Wahrnehmen und Verbalisieren der Stimmung und/oder Bedürfnisse der Gruppe
- **Fragen** oder **Erkenntnisse** seit der letzten Einheit (Reflexionsblatt), evtl. Besprechung der freiwilligen „Aufgabe der Woche“ von der letzten Stunde

- **Aufwärmen: Mobilisierung** (Körper) und **Aktivierung** (Stimmung) – beim entsprechenden Energielevel ansetzen, „Ankommen“ im Hier und Jetzt, Gruppenharmonie zeugen
- Bekanntgabe des **Themas der Einheit** wenn vorgesehen (ansonsten „Überraschung“)
- **Bewegung:** Spiele, Übungen, Aufgaben,...
- **Psychoedukation** und Gruppenreflexion, evtl Besprechung der Hausaufgabe von der letzten Stunde oder eine Aufgabe geben
- **Reflexionsblatt** (Was habe ich gelernt? Was nehme ich heute mit?), *freiwillig*
- **Aufgabe** der Woche, *freiwillig*
- **Verabschiedungsspiel**

10 Praxisteil

Hier werden nun die 10 Stunden genauer beschrieben und konkrete Spiele und Übungen vorgeschlagen.

Vorab ein Überblick zu den Themen der jeweiligen Einheit:

- | | |
|-------------|--|
| Einheit 1 | Kennenlernen; ADHS-Symptome |
| Einheit 2: | Persönliches Energie-Level und Stimmung wahrnehmen |
| Einheit 3: | Emotionen und Bedürfnisse |
| Einheit 4: | Auditive Wahrnehmung und Aufmerksamkeit |
| Einheit 5: | Körperwahrnehmung |
| Einheit 6: | Impulskontrolle |
| Einheit 7: | Sozialkompetenz – Kommunikation |
| Einheit 8: | Visuelle Wahrnehmung und Konzentration |
| Einheit 9: | (Hyper)Aktivität und Entspannung |
| Einheit 10: | Abschlusseinheit – (Selbst)Liebe |

10.1 Einheit 1: Kennenlernen; ADHS-Symptome

In dieser Einheit geht es vorrangig um das Kennenlernen der Teilnehmenden (TN) und der Kursleitung, um das Merken der Namen und außerdem um die Begriffe Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und Hyperaktivität. Es soll geklärt werden, was man darunter versteht und welche weiteren Symptome entstehen können, wenn es Störungen in diesen Bereichen gibt. Auch positive Folgen sollen erwähnt werden.

10.1.1 Benötigtes Material

- 10 - 12 „Das bin ich“-Kopien mit möglichen Inhalten einer Vorstellung als Orientierung: Name, Alter, Berufliches, Familiäres, Hobbies, ADHS-Typ, Diagnose mit wie viel Jahren?, Behandlungen, Erwartungen, Wünsche, „Und übrigens...“
- 10 - 12 Kugelschreiber
- 10 – 12 Steine
- Kleines Stoffsackerl
- 4 - 5 kleine Bälle („Wuschelbälle“ in verschiedenen Farben sind besonders geeignet)
- Zettel mit Wortsilben, die folgende Wörter ergeben: Auf/merk/sam/keit (blau), Im/puls/kon/trolle (rot) und Hyper/akti/vität (grün); alles in Großbuchstaben
- Drei Plakate, auf jedem steht jeweils *ein* Begriff: Aufmerksamkeit (blau), Impulskontrolle (rot) und Hyperaktivität (grün)
- Mehrere bunte Filzstifte für das Schreiben auf den Plakaten und Steinen
- Optischer oder visueller Zeitmesser für Partner- und Gruppenarbeiten (Sanduhr, die vergehende Zeit optisch darstellende „Eier“uhr, großer Timer, drehbare Zeitmesswürfel, etc.)
- Flipchart
- Akustisches oder optisches Signal wenn gewünscht
- 10 – 12 Blätter (Stundenreflexionsbögen)

10.1.2 Ablauf

- Vor der Stunde: „Das bin ich“-Kopie ausfüllen lassen
- **Begrüßung** durch die Kursleitung. 2 min.
- Vorstellen des akustischen oder optischen Signals, wenn ein neues Thema oder Übung beginnt (wenn von der Kursleitung gewünscht). 2 min.
- **1. Thema: Kennenlernen** (Signal, wenn gewünscht): Vorstellungsrunde im Sitzkreis, Kursleitung beginnt, das „Das-bin-ich“-Blatt gibt Orientierung wenn

gewünscht, es darf gesagt werden, was man will (man muss nicht alles preisgeben, wenn man das nicht möchte). 10-13 min.

- **Namensspiel 1** im Sitzkreis: Ball herumgeben, eigenen Namen sagen; mit Richtungswechsel; immer schneller werdend; zweiter oder dritter Ball kommen dazu. 3 min.
- **Namensspiel 2** im Stehkreis: Ball wird in einer erst zufälliger, dann fix beibehaltener Reihenfolge zugespielt (Endlosschleife); vor dem Werfen muss der Name des Fängers gesagt werden, um seine Aufmerksamkeit zu erregen; Blickkontakt herstellen; erst mit einem Ball, dann mit zwei oder drei; dann rückwärts, dann mit mehreren Bällen (z.B. einer vorwärts, anderer rückwärts), kann gerne weiter gesteigert werden. 3 min.
- **Namensspiel 3** im Sitzkreis oder Stehkreis: Ball wieder im Kreis herumgehen lassen, jetzt muss der Name der Person gesagt werden, der man den Ball gibt (in beide Richtungen). Dazu kommt ein anderer Ball der in die andere Richtung geht. Wenn die Kursleitung „Tauschen“ sagt, tauschen alle TN den Platz und es geht weiter. 3 min.
- **Namensspiel 4**, erst im Stehkreis, dann frei im Raum wenn gewünscht: freies Werfen mit einem (später mehreren) Bällen, den Namen der Person, zu der man hinwirft muss genannt werden; wieder mit Blickkontakt zur Bestätigung. 3 min.
- **Namensspiel 5**: Jeder darf sich einen Stein aussuchen und seinen Namen mit Filzstift auf diesen schreiben. Die Steine kommen in ein Stoffsackerl, jeder zieht einen Stein. Wenn jeder einen hat wird ein Signal gegeben und alle sollen möglichst schnell den Stein seiner Besitzerin geben. Eventuell kann die Zeitdauer dafür gemessen werden (wer seinen Stein hat und den gezogenen abgegeben hat, sitzt am Boden) und geschaut werden ob die Gruppe es schafft schneller (effizienter) zu werden. 3min.
- **2. Thema: ADHS-Symptome** (Signal wenn gewünscht), Thema wird zwar eingeleitet, aber noch *nicht* genannt! 1 min.
- **ADHS-Spiel 1**: Zettel mit Wortsilben werden den TN auf den Rücken geklebt. Aufgabe: Farben finden einander, bilden ein Wort, reden kurz über die Bedeutung des Wortes. 5 min.
- Erraten und Bekanntgabe des Themas: ADHS-Symptome. 1 min.
- **ADHS-Spiel 2**: Die drei Gruppen Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und Hyperaktivität müssen den anderen das Wort jetzt erklären, jedoch darf jede Person kreisrum immer nur ein Wort sagen. Kommen verständliche Sätze heraus? 5 min.

- **ADHS-Spiel 3:** Die TN gehen im Raum; zwei TN stehen abseits und dürfen gemeinsam Kommandos rufen, die eine ruft eines der drei Symptome, die andere ergänzt „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“ auch in Form von optischen Signal möglich um es schwerer zu machen), Aufgabe der Gruppe ist in das Verhalten zu verfallen, das vorgegeben wurde (also z.B. Aufmerksamkeit nicht vorhanden, oder Hyperaktivität vorhanden, etc.). 3 min.
- **Übung 1:** drei Plakate liegen am Boden, die Silbenkarten werden gemischt und von den TN gezogen, dadurch entstehen drei Gruppen. Diese Gruppen sollen jetzt gemeinsam überlegen, wie sich das Symptom im Verhalten äußern kann, bzw. welche weiteren Symptome daraus entstehen können. Auch Positives! Sie schreiben Stichworte auf das Plakat. 10 min.
- **Präsentation 1:** Das Übungsergebnis wird der Gruppe präsentiert und aus der Gruppe dürfen Ergänzungen kommen. 6 - 9 min.
- **ADHS-Spiel 4:** „Feuer-Wasser-Blitz“, jedoch jetzt „A“ (Aufmerksamkeit), „I“ (Impulskontrolle) und „Ha“ (Hyperaktivität); folgende Handlungen sollen beim Erörtern des Buchstaben ausgeführt werden: A = zu zweit zusammengehen und Rücken an Rücken hinsetzen, I = auf den Boden legen und „Stopp“ rufen, Ha = Hampelmannsprünge. 3 min.
- **Entspannungsübung:** „Body Scan“ (Kirsch und Haible-Baer 2021, S. 184), die TN schütteln erst ihren Körper aus, beugen sich dann nach vorne und lassen sich hängen, setzen sich dann hin und legen die Hände aufs Gedicht, legen sich zuletzt hin (oder bleiben sitzen wenn sie das lieber möchten), schließen die Augen und entspannen nach Anleitung jedes Körperteil; besonderes Augenmerk liegt auf dem Gesicht (Kiefer, Punkt zwischen den Augen), sowie Schultern, Bauch, Po, Hände und Füße. Am Schluss Körperteile wieder bewegen und langsam aufstehen. 5-10 min.
- Austeilen der **Stundenreflexionsblätter** und Erklärung (entweder in der Stunde beginnen, falls noch Zeit übrig ist, oder als Aufgabe für Zuhause, wenn möglich oder von den TN gewünscht): *Was hat mir heute gefallen? Was nehme ich mir mit? Hatte ich neue Erkenntnisse?*
- **Verabschiedungsspiel:** Ein kleiner Ball wird von TN zur TN geschossen und diese mit dem Wurf mit dem Namen mit einem Danke verabschiedet („Danke Name! Auf Wiedersehen!“). Die Kursleitung beginnt und weist darauf hin, dass es kein Problem ist, wenn man Namen vergessen hat, weil man vorher noch einmal nachfragen darf. Sie ermutigt sogar extra Personen zu wählen, dessen Namen man vergessen hat. 2 min.

10.2 Einheit 2: Persönliches Energie-Level und Stimmung wahrnehmen

In dieser Einheit geht es um das Wahrnehmen, etwaige Wechseln und Protokollieren des persönlichen Energielevels sowie der Benennung von Stimmungen und (in Ansätzen) emotionalen Zuständen.

10.2.1 Benötigtes Material

- Lamierte Blatt: "Mein Energielevel ist..."
- Die Namenssteine aus Einheit eins oder bunte Glassteine
- Akustisches oder optisches Signal wenn gewünscht
- 10-12 Eigenreflexionsbögen
- 1 Wuschelball zum Werfen
- 10-12 Stimmungsprotokoll-Kopien zum Ankreuzen: Energielevel 1-3 (1 = wenig 1 Energie, 2 = normale Energie, 3 = viel Energie) und Stimmung 1-4 (1 = eher negativ (z.B. angestrengt, angespannt, genervt, frustriert, verunsichert, enttäuscht), 2= neutral (z.B. zufrieden, entspannt, ausgeglichen, gefühlsneutral), 3 = eher positiv (z.B. freudig, beglückt, motiviert, stolz, 4 = ich kann es nicht einschätzen, ich weiß es nicht)
- 10 - 12 Kugelschreiber
- 5 - 6 Gymnastikmatten
- 5 - 6 (pro Sorte) eher kleine Bälle (Tennisbälle, Noppenbälle, Igelbälle, Softbälle...)
- Spielkarten: 5-6 Herz und 5-6 Pik
- Malerkreppband
- 3 Hütchen in Farbe 1 und 3 Hütchen in Farbe 2
- 10 – 12 Blätter ("Mein Energielevel ist...")

10.2.2 Ablauf

- **Begrüßungsspiel:** Ein kleiner Ball wird von TN zur TN geschossen und diese mit dem Wurf mit dem Namen begrüßt („Hallo Name!“). Die Kursleitung beginnt, das Spiel ist bekannt. 2 min.
- **Austausch:** Der Inhalt der letzten Einheit von der Kursleitung oder einer TN knapp zusammengefasst und gefragt ob noch Anmerkungen oder Fragen bezüglich letzter Stunde vorhanden oder aufgetaucht sind.
- **Reflexions-Feedback:** Möchte jemand etwas aus seiner Woche oder von seinen Erkenntnissen, die vielleicht durch den Reflexionsbogen entstanden ist, berichten?
- **3. Thema: Persönliche Energie-Level und Stimmungen wahrnehmen** (Signal, wenn erwünscht)
- Ins Thema einführen: Verteilen und Besprechen des Stimmungsprofil (= **Protokollbogen**): Die TN kreuzen an, wie ihre derzeitige Stimmung ist. 4 min.
- Ab jetzt werden einige Übungen und Spiele gemacht, dazwischen wird immer wieder die Stimmung protokolliert.
- **Übung 1:** Dehnen und Mobilisieren im Sitzkreis: Arme strecken und dehnen (nach oben, zu beiden Seiten, nach hinten und vorne, dann im Kreis Schultern und Brust dazunehmend, Richtungswechsel), Kopfgelenk mobilisieren (abwechselnd nach rechts und links schauen, Ohr von nach rechts und links zur Schulter neigen, dann nach vorne, über vorne von rechts und links kreisen (nicht nach hinten) und dehnen (nach links und rechts („Ohr zieht zur Schulter, Hand hilft nach) , schräg nach links und rechts („in die Hosentasche schauen“) vorne und vorsichtig und nicht zu weit nach hinten – dabei die Hände auf das Dekolltee legen und nach unten ziehen). 3 - 5 min.
- Auf dem **Protokollbogen** ankreuzen, wie die Stimmung aktuell ist; hat sie sich verändert?
- **Übung 2:** Ausdauer mit Musik: die Kursleitung erzählt eine Geschichte und gibt die Bewegungen vor: Heute bin ich schon frühmorgens ins Gym gegangen (langsam am Platz gehen). Dort war ich erst walken (marschieren und Arme mitnehmen), dann joggen (am Platz laufen), am Schluss war ich schon müde (wieder langsamer laufen, Körper ausschütteln („Gummipuppe“), also blieb ich stehen (beide Beine auf den Boden und in den Knien wippen, evtl. Hüften dazu bewegen). Dann ging es an die Hanteln (Arme abwechselnd nach oben strecken), dann ins Schwimmbecken (mit den Armen schwimmen) und zuletzt noch zum Turnen (beide Arme nach unten strecken und gemeinsam nach rechts und links bewegen, Hüfte in die andere Richtung strecken). Dann war mir heiß (abwechselnd rechts und links Luft zu

fächeln) und ich machte das Fenster auf (Schulter kreisen nach hinten). Dann ging ich duschen (abwechselnd rechter und linker Arm schräg über dem Kopf bewegen, Finger bewegen sich). Und danach hatte ich Hunger (Hände auf den Bauch, Oberkörper dreht abwechseln von links nach rechts), also ging ich einkaufen (abwechselnd rechten und linken Unterarm von außen nach innen drehen) und dann aß ich mein wohlverdientes Frühstück (Handflächen abwechselnd links und rechts in der Luft vor dem Gesicht nach unten streichen). Dann blieb ich stehen (stehen bleiben) und legte mich wieder ins Bett (auf den Boden legen) Am Boden ausruhen, nochmal in alle Richtungen strecken, Hände und Füße kreisen, evtl. noch freie Bewegungen, die der Körper einfordert, machen und dann wieder aufstehen. 5 min.

- **Protokollbogen** ausfüllen.

- **Übung 3:**

„Tunnelball – Verbale Anleitung: Stellen Sie sich in einer Linie auf. Von dieser Aufstellung aus begeben Sie sich in den Liegestütz. (Alternative: Yogaposition „Herabschauender Hund“) Nur der erste und der letzte Teilnehmer in der Linie bleiben stehen. Der erste Teilnehmer erhält von mir einen Ball, den er durch den entstandenen Tunnel rollt. Danach begibt er sich auch in den Liegestütz. Alle Teilnehmer, unter denen der Ball durchgerollt ist, begeben sich in Bauchlage und entspannen. Der letzte Teilnehmer in der Linie hebt den Ball auf und läuft zum Anfang der Linie, um den Ball wieder durch den Tunnel zu rollen. Die Teilnehmer müssen dafür wieder in die Liegestützposition und der letzte Teilnehmer muss bereits stehen, um den Ball aufzunehmen. Gespielt wird so lange, bis die anfängliche Reihenfolge wieder hergestellt ist.“ (Kirsch und Haible-Baer 2021, S. 108)

- **Protokollbogen** ausfüllen.
- **Gruppeneinteilung:** 2 Gruppen. Kursleitung legt gemischte Spielkarten mit nur zwei Zeichen (z.B. Herz und Pik) auf den Boden. Jede TN nimmt sich eine und geht mit den denen, die dasselbe Zeichen haben zusammen. (nach Kolb, 2023 b, Seite 15-16) 2 min.
- **Übung 4:** Tic-Tac-Toe mit Staffellauf: Am Boden wird ein Raster aufgeklebt (Malerkrepp). Auf der anderen Seite des Raumes steht Gruppe Herz hintereinander aufgereiht und Gruppe Pik daneben und ebenfalls hintereinander aufgereiht. Die ersten drei in der Gruppe bekommen ein Hütchen (Gruppe Herz hat Farbe 1 und Gruppe Pik hat Farbe 2). Die Erststehenden der Gruppe laufen nach einem Startzeichen jeweils so schnell wie möglich nach vorne und platzieren ihr Hütchen im Raster. Sie laufen dann zurück und schlagen die nächste Person ihrer Gruppe ab, die jetzt ebenfalls nach vorne läuft. Sind die Hütchen platziert, dürfen sie in den folgenden

Runden verstellt werden. Ziel jeder Gruppe ist es je drei Hütchen in eine Reihe (senkrecht, waagrecht oder diagonal) zu bringen und gleichzeitig zu verhindern, dass sie andere Gruppe es vor ihnen schafft. Absprachen sind zu keiner Zeit erlaubt. Bei mehr als fünf TN können auch vier Gruppen zu je drei TN gebildet werden und ein zweites Raster angelegt werden. Es finden dann zwei Spiele gleichzeitig statt. Beim ersten Gewinn sind beide Spiele vorbei.

- **Protokollbogen** ausfüllen.
- **Gruppeneinteilung:** Paare. Die Hälfte der Gruppe stellt sich mit Blick zur Wand oder schließt die Augen. Der andere Hälfte werden von der Kursleitung verschiedene Gegenstände angeboten (Glasnuggets, (Halb)Edelsteine, verschiedene Bälle (Tennisball, Igelball...), Hütchen, Spielkarte, Kugelschreiber). Sie nehmen „ihren“ Gegenstand und legen sie in die Mitte des Raumes. Danach treten sie weg und die andere Gruppe dreht sich um oder öffnet die Augen und jede wählt jetzt wieder einen Gegenstand. Die, die denselben Gegenstand gewählt haben, werden jetzt ein Paar, das sich jeweils zu einer Matte begibt. (nach Kolb, 2023 b, Seite 15-16) 3 min.
- **Übung 5a:** Auf einer Gymnastikmatte massiert jetzt eine Person die andere, und zwar mit verschiedenen Bällen (Igelball, Tennisball, Softball, etc.). Die Person, die massiert wird kann zu Beginn sagen, ob die Massage eher fest oder sanft sein soll und kann aber auch danach jederzeit sagen, was ihr besonders angenehm ist.
- **Protokollbogen** ausfüllen.
- **Übung 5b:** Jetzt wird gewechselt, der Massierte wird zum Massierenden.
- **Protokollbogen** ausfüllen.
- **Übung 6:** *„Alle stehen auf einer Kreislinie, stampfen abwechselnd mit dem rechten und linken Bein auf und wiederholen dabei ständig im Rhythmus des Stampfens „wumba, wumba“. Nachdem die Gruppe dies eine zeitlang durchgeführt hat, beginnt die Spielleitung im gleichen Rhythmus, in ihre Hand hinein „walkie“ zu sagen und sofort darauf mit der Hand auf eine*n Mitspielenden zu zeigen, während diese*r „talkie“ sagt. Diese Gesten und Worte werden zweimal wiederholt. Der*die Mitspielende, an den*die das „talkie“ gerichtet wurde, sagt nun „walkie“ in die eigenen Hand und gibt das „talkie“ an eine*n andere*n Mitspielenden weiter. Der Rest der Gruppe bleibt weiterhin im „wumba, wumba“-Rhythmus. Zur Erhöhung des Schwierigkeitsgrades bewegen die Nachbarn rechts und links der „walkie-talkie“ rufenden Person beide Arme Richtung Boden und wiederholen dabei zwei Mal „duckie, duckie“.“ (Kolb, 2023 a, Seite 33) 5-10 min.*
- **Protokollbogen** ausfüllen.

- **Gruppeneinteilung:** Paare. Die Paare vom Massieren kommen wieder zusammen.
- **Partneraustausch 1:** Die Paare tauschen sich über ihre Stimmungsprotokolle aus. Was hat sich verändert? Wann? Warum? Waren manche Stimmungen überraschend? Stimmen die Angaben in der Erinnerung noch oder würde man sie im Nachhinein anders wahrnehmen? 5 - 10 min.
- **Austauschkreis 1:** Wer möchte etwas mit der Gruppe teilen?
- **Vorstellung** des "Mein Energielevel ist..."-Blattes durch die Kursleitung und Ankündigung, dass dieses Blatt nun immer am Anfang der Stunde aufliegen wird und jeder, der möchte, seinen Namenstein (oder anonym ein Glasstein) auf das Viertel legen kann, bei dem er seine Stimmung sieht.
- **Austeilen** der Kopien „Mein Energielevel ist...“;
- **Aufgabe:** Wenn gewünscht an einem Tag (oder auch mehreren) unter der Woche immer wieder innehalten und einen Stein oder anderen kleinen Gegenstand auf das Blatt legen bzw. die Lage, wenn nötig, verändern.
- Austeilen der **Einheitsreflexion**.
- **Abschied:** Kreis. Das Energie-Levelblatt liegt in der Mitte. Ein Säckchen mit den Namensteinen geht im Kreis herum. Die TN die es hält, beschreibt kurz ihre derzeitige Stimmung oder die Stimmung, die sie heute am häufigsten verspürt hat, nimmt einen Stein aus dem Säckchen und legt es auf das Blatt in der Mitte.

10.3 Einheit 3: Emotionen und Bedürfnisse

Diese Einheit greift noch einmal das Thema Stimmungen auf und erweitert es auf das Thema Emotionen. Gefühle sollen körperlich „wahrgenommen“ und benannt werden. Hinter Gefühlen stehen meist Bedürfnisse. Mit diesen sollen sich die TN auseinandersetzen und sich austauschen. Wichtig in dieser Einheit ist, dass es nicht zu Belehrungen oder Bewertungen kommt, bzw. „negativen“ Gefühlen eine positive Konnotation zu geben (z.B. Wut kann die eigene Person schützen, Trauer dient der Verarbeitung und Akzeptanz von Erlebtem, etc.), bzw. Bedürfnisse eine Erklärung dafür bieten.

10.3.1 Benötigtes Material

- Lamierte Blatt: „Mein Energielevel ist...“
- Namensteine
- Akustisches oder optisches Signal wenn gewünscht
- 10-12 Eigenreflexionsbögen
- Knetball/Fidget-Toys
- Optischer oder visueller Zeitmesser für Partner- und Gruppenarbeiten (Sanduhr, die vergehende Zeit optisch darstellende Eieruhr, großer Timer, drehbare Zeitmesswürfel, etc.)
- Stimmungskarten (ärgerlich, traurig, freudig, beschämt, ängstlich, niedergeschlagen, verliebt, ablehnend)
- 8 Gefühlskarten mit jeweils einem Wort beschriftet (Trauer, Angst, Ärger, Abneigung, Niedergeschlagenheit, Zuneigung, Freude, Scham)
- Akustisches oder optisches Signal wenn gewünscht
- 8 leere A4-Blätter (wenn gewünscht auf einer Seite mit der Beschreibung von Aufgabe 1 und 2 und auf der Rückseite die Beschreibung von Aufgabe 3)
- 4 A5-Blätter, auf denen die Aufgaben 1-3 aufgeschrieben sind
- Mind. 4 Kugelschreiber
- Ca. 40 Kärtchen, und zwar jeweils 5 in einer unterschiedlichen Farbe, im Idealfall in unterschiedlicher Farbintensität (von zart zu kräftig); Idee: Wandfarbenbeispiele aus dem Baumarkt
- 4 Scheren (falls die die Farbverläufe auf einem Streifen sind und auseinander geschnitten werden müssen)
- 4 Seile oder Wollfäden
- Eine Karte (in der Größe der Gefühlskarten), auf dem „Gelassenheit“ steht
- 10-12 Kopien „Gefühle verstehen“ (aus Kirsch & Hable-Baer, 2021, Seite 119)

- Ca. 15 Karten, auf denen je ein Bedürfnis steht, z.B. Geborgenheit, Sicherheit, Gesundheit, Anerkennung, Wertschätzung, Zugehörigkeit, Entwicklung, Erholung, Bildung, Gerechtigkeit, Nahrung, Unterkunft, Frieden, Selbstwirksamkeit, Bewegung...)
- 26 Karten mit allen Buchstaben des Alphabets (um es einfacher zu machen, können die Vokale in einer anderen Farben geschrieben sein).
- 5-6 A4 Blätter
- 3-4 A3-Blätter

10.3.2 Ablauf

- Vor der Stunde an das „Mein Energielevel ist...“-Blatt erinnern. Die TN dürfen (wenn sie wollen) ihre Stimmung durch das Hinlegen ihres Namensteins angeben.
- **Begrüßungsspiel:** Ein Ball wird im Kreis herumgegeben, dazu sprechen alle gemeinsam im Rhythmus „Hallo, Hallo“ (= Grundrhythmus, halbe Noten). Ein neuer Ball kommt hinzu. Bei ihm spricht immer nur die Person die ihn weiter gibt: „Wie geht es dir? (= schneller Rhythmus, Viertelnoten). Ein dritter Ball kommt dazu, es spricht ebenfalls nur die Person, die ihn weitergibt: ein langgezogenes zufriedenes „Gut.“ (=langsamer Rhythmus, ganze Note). Weitere Steigerung: Ein vierter Ball kommt hinzu, selbes Prinzip: „Und sel-ber?“ (= „ungleichmäßiger“ Rhythmus mit Pause, Viertelnote-halbe Note (=langes „sel“), Viertelnote). 4 min.
- **Einstiegsrunde:** Das Energieblatt wird kurz besprochen, jede Teilnehmerin einzeln kurz wahrgenommen.
- **Austausch:** Der Inhalt der letzten Einheit von der Kursleitung oder einer TN knapp zusammengefasst und gefragt ob noch Anmerkungen oder Fragen bezüglich letzter Stunde vorhanden oder aufgekommen sind.
- **Reflexions-Feedback:** Möchte jemand etwas aus seiner Woche oder von seinen Erkenntnissen, die vielleicht durch den Reflexionsbogen entstanden ist, berichten?
- **Spiel 1:** *„Verschiedenfarbigen Bällen werden unterschiedliche Stimmungen zugeordnet, z.B. entspricht ein roter Ball einer wütenden Stimmung, ein blauer Ball einer traurigen Stimmung, ein grüner Ball einer fröhlichen Stimmung usw. Nun gehen alle Mitspielenden durcheinander durch den Raum und geben einander die Bäll weiter. Wer einen Ball in einer bestimmten Farbe erhält, stellt die entsprechende Stimmung in seiner Fortbewegungsweise dar und gibt dann den Ball an einen anderen weiter.“ (Kolb, 2023 a, Seite 40)* - Das Spiel wird hier abgewandelt: es werden keine Bälle verteilt, sondern Karten auf denen folgende „Stimmungen“

stehen: ärgerlich, traurig, freudig, beschämt, ängstlich, niedergeschlagen, verliebt und ablehnend. Es wird ansonsten wie oben beschrieben gespielt. 5 min.

- **4. Thema: Gefühle** (Signal wenn erwünscht); TN evtl. das Thema erraten lassen. 1 min.
- **Gruppeneinteilung:** 3-4 Gruppen. Die Gruppe zählt von 1 bis 4 (3) durch; alle die eins gesagt haben, sind in der Gruppe 1, alle die zwei gesagt haben sind in der Gruppe 2, usw. 1 min.
- **Anweisung 1:** In der Mitte liegen umgedrehte Gefühlskarten (Trauer, Angst, Ärger, Abneigung (Ekel), Zuneigung (Liebe), Freude, Scham). Jede Gruppe zieht zwei und sucht sich einen Ort zum Bearbeiten. 1 min.
- **Anweisung 2:** Die Kursleitung erläutert die Aufgaben und teilt sie in schriftlicher Form aus - entweder auf A4-Blättern (die genug Platz zum Notieren bieten) oder einem A5-Blatt plus einem leeren A4-Blatt zum Notieren. 3 min.
- **Gruppenaufgabe 1:** Brainstorming. Findet Adjektive, mit denen man das gezogene Gefühl noch benennen kann und schreibt sie auf das Blatt auf. Versucht unterschiedliche „Farbtöne“ (= Intensitäten) des Gefühls mit einzubeziehen. 3 min.
- **Gruppenaufgabe 2:** Einigt euch auf 2-5 Adjektive pro Gefühl, die dieses von leichter Intensität (schwaches Gefühl) bis zur stärksten Intensität (starkes Gefühl) beschreiben (Vergleich mit Farben: zartgrün – hellgrün – froschgrün – dunkelgrün) und schiebt diese auf kleine Karten (wenn möglich bunte in unterschiedlichen Farbstärken). 5 min.
- **Gruppenaufgabe 3:** Was ist die Funktion von diesem Gefühl? In wie fern ist es gut, dass wir dieses Gefühl spüren können? Was tut es für uns? Schreibt eure Überlegungen auf die Rückseiten des Blattes. 5 min.
- **Vorbereitung** für Präsentation 1 (während der Gruppenarbeit): Währenddessen bereitet die Kursleitung folgendes vor: In die Mitte werden (je nach Größe der Karten) vier Seile oder Wollfäden zu einem Stern gelegt. An jeweils einem Ende werden die Gefühlskarten (von Spiel 1) gelegt. In der Mitte liegt die Karte „Gelassenheit“.
- **Präsentation 1:** in der Gesamtgruppe. Jede Gruppe stellt die besprochenen Gefühle vor und legt die kleinen Karten in den Stern. Innen liegen die schwachen Ausprägungen (Farben) und außen die starken. 10 min.
- **Gruppenaustausch 1:** Sobald der Stern liegt, wird das Blatt „Gefühle verstehen“ ausgeteilt. Möchte jemand noch seine persönlichen Gedanken dazu teilen? 5 min.
- **Gruppeneinteilung:** Paare. Am Boden liegen umgedreht 5 – 6 in zwei Hälften geschnittene Bilder. Jeder nimmt sich ein Teil und sucht seinen Partner (nach Kolb, 2023 b, Seite 15-16). 3 min.

- **Spiel 2:** Auf dem Boden liegen ungeordnet 26 Buchstabenkarten, am Rand liegen umgedreht Bedürfniskarten. Person 1 nimmt sich eine Karte ohne sie herzuzeigen. Dann geht sie das Wort ab, indem sie sich von Buchstaben zu Buchstaben bewegt. Person 2 folgt und versucht das Wort schnellstmöglich zu erraten. Wenn das gelingt, legt Person 1 die Karten zurück und Person 2 zieht eine, die Aufgaben wechseln. 5 min.
- **Gruppenaustausch:** Alle Bedürfnisse werden jetzt offen gelegt und die Frage gestellt worum es sich denn bei diesen Wörtern handeln könnte. Antwort: Bedürfnisse. 3 min.
- **5. Thema: Bedürfnisse** (Signal wenn erwünscht) 1 min.
- **Partneraufgabe:** Die Paare bleiben bestehen, jedes bekommt ein A4-Papier. Die Aufgabe ist, Bedürfnisse zusammenzustellen und sie in Gruppen zu ordnen. 5 min.
- **Vierergruppe:** Nach 5 min Partnerarbeit schließen sich jeweils zwei Paare zusammen und tauschen sich aus. Sie bekommen ein A3- Blatt. Dort fassen sie ihre Erkenntnisse grafisch zusammen. 5 min.
- **Präsentation:** Jedes Paar präsentiert sein Plakat. 10 min.
- **Gruppenaustausch:** Welche Gedanken möchte ich noch teilen? Was nehme ich mir heute mit? 5 min.
- Austeilen der **Einheitsreflexion**.
- **Aufgabe:** Versuche in der kommenden Woche zumindest drei Mal ein Gefühl zu erkennen. Mit welchem Bedürfnis könnte dieses zusammen hängen?
- **Abschlussspiel:** Ruhige Musik. Freie Bewegung nach Anleitung: „Sich nach oben strecken, Schultern hinauf- und hinunterziehen, Hände machen Greifbewegungen in der Luft. Arme ziehen nach rechts, dann nach links. Oberkörper nach vorne beugen, hängen lassen, alles los lassen, Kiefer und Zunge locker lassen, Punkt zwischen den Augen entspannen. Vorsichtig hinsetzen. Augen zu (falls gewünscht). Kopf sehr langsam und sanft nach links und rechts bewegen, dazu langsam im Rhythmus der Bewegung atmen. Kopf still halten. Tief Einatmen, Atem 3-5 Sekunden halten und langsam ausatmen. Drei Mal. Zehen und Finger bewegen, Hände und Füße bewegen, Arme und Beine bewegen. Währenddessen die Augen wieder öffnen. Langsam und vorsichtig aufstehen, Schultern kreisen, Becken kreisen, Körper ausschütteln, frei bewegen, ein wenig hüpfen. Danke euch. Auf Wiedersehen!“ Gegenseitig mit beiden Händen abklatschen: „Auf Wiedersehen!“ 5 min.

10.4 Einheit 4: Auditive Wahrnehmung und Aufmerksamkeit

In dieser Einheit geht es um die auditive Wahrnehmung und die auditive Aufmerksamkeit. Das auditive Arbeitsgedächtnis ist ein großes Problem bei Personen mit ADHS. Auch die auditive Aufmerksamkeit bzw. Konzentration fällt schwer. Dabei kann sie Personen mit ADHS dabei unterstützen sich zu entspannen.

10.4.1 Benötigtes Material

- Laminierter Blatt: „Mein Energielevel ist...“
- Namensteine
- Akustisches oder optisches Signal wenn gewünscht
- 10-12 Eigenreflexionsbögen
- 1-2 Augenbinden (Schlafmasken)
- Verschiedene Karten, darauf steht: Auditive Merkfähigkeit, Auditive Differenzierung, Richtungshören, Rhythmisches Empfangen, Wahrnehmung von Lautstärken, Auditive Konzentration, Akustische Raumorientierung, Auditive Kognition (aus Gehörtem Schlüsse ziehen), ...
- Alltagsgegenstände (Trinkflasche, Schlüssel, etc.)
- Handtrommel
- Säckchen
- 10-12 Chips in drei bis vier Farben
- 60 – 72 Blanko-Karten oder Blanko Bierdeckel (jeweils zwölf in derselben Farbe)
- 5-6 leere Blätter (oder Blätter mit einem Zwölfer-Raster darauf)
- Verschiedene Karten, auf denen steht: „Ein Begräbnis mit unerwarteter Überraschung.“, „Harry Potter und Ron gehen in der Nacht in den verbotenen Wald“, „Verwirrte Touristen suchen den Weg zum Wiener Stephansdom“, „Die drei Fragezeichen auf der Lauer werden entdeckt“, „Ein nächtlicher Einbrecher mit Depressionen stiehlt statt dem Schmuck die Katze“
- Material: ausgewaschene Joghurtbecher, Schuhe, Tennisbälle, Igelbälle, Essstäbchen, Murmeln, Bratfolienstücke, Bücher, Instrumente (Schellen, Flöte, Handtrommel, Kalimba)
- Balancekreisel zum Draufstehen

10.4.2 Ablauf

- Vor der Stunde an das „Mein Energielevel ist...“-Blatt erinnern. Die TN dürfen ihre Stimmung durch das Legen ihres Namensteins angeben.
- **Begrüßungsspiel:** Angelehnt an „Ich packe in meinen Koffer“, nur, dass begrüßt wird und reale Tätigkeiten vom heutigen Tag gesammelt werden. „Hallo ihr Lieben! Heute habe ich...“ (gegessen, geschimpft, am Sofa gelegen, Auto gefahren, usw. – gerne so kreativ wie möglich). Wem es schwer fällt, der bekommt Hilfe, in dem die TN ihre Tätigkeiten leise vorsprechen. 5-10 min.
- **Einstiegsrunde:** Das Energieblatt wird kurz besprochen.
- **Austausch:** Der Inhalt der letzten Einheit von der Kursleitung oder einer TN knapp zusammengefasst und gefragt ob noch Anmerkungen oder Fragen bezüglich letzter Stunde vorhanden oder aufgekommen sind.
- **Reflexions-Feedback:** Möchte jemand etwas aus seiner Woche oder von seinen Erkenntnissen, die vielleicht durch den Reflexionsbogen entstanden ist, berichten?
- **Thema 5: Auditive Aufmerksamkeit – Auditive Wahrnehmung**
- *Dieser Punkt ist optional und kann auch weggelassen werden.* Die Kursleitung erklärt, dass es sehr unterschiedliche Ohrenübungen und -spiele geben wird und stellt verschiedene, mit der auditiven Wahrnehmung zusammenhängende Beispiele auf **Auditive Wahrnehmungskarten** vor. Einer Übung oder einem Spiel können auch zwei oder mehr Karten zugeordnet werden. Die Gruppe soll erraten, welche Karte zum Begrüßungsspiel passen könnte. 4 min.
- **Übung 1:** Wahrnehmung von Rhythmus und Lautstärken: Alle TN stellen sich im Raum auf. Die Kursleitung beginnt Rhythmen (schnell, langsam, regelmäßig, unregelmäßig...), Lautstärken (laut, leise) und Geräusche (tippen mit den Fingernägeln, Streichen mit den Fingernägeln, Streichen mit der Handfläche...) auf einer Trommel zu spielen. Die Aufgabe ist, sich entsprechend zu bewegen. Es gibt kein Richtig oder Falsch. 3 min.
- **Auditive Wahrnehmungskarten** werden zugeordnet. 2 min.
- **Gruppeneinteilung:** Paare. Die Gruppe zählt durch (nur 1 und 2). Alle, die zwei gesagt haben holen sich von der Kursleitung einen Chip. Sie nehmen diesen unauffällig entweder in die rechte oder linke Faust. Jetzt gehen sie zu jemanden, der kein Chip hat und halten dieser beide Hände zu Fäusten geballt hin. Die Person darf auf eine Faust tippen. Ist ein Chip darin werden die beiden ein Paar. Wenn die Hand leer ist, geht die TN mit Chip zu einer anderen ohne Chip und wiederholt das Spiel, bis sie eine Partnerin gefunden hat. 2 min.

- **Übung 2:** Ein Hörmemory kreieren. Jedes Paar bekommt zwölf gleich aussehende Blanko-Karten (oder Blanko-Bierdeckel) und ein leeres Blatt (evtl. mit zwölf vorgegebenen leeren Feldern). Die Karten werden am Boden aufgelegt, wie ein Memory. Gemeinsam überlegen sich die Partnerinnen sechs unterschiedliche Geräusche (jede drei). Diese Geräusche werden jetzt jeweils zwei Mal auf die zwölf Karten/Felder aufgeteilt und notiert. 5 min.
- **Spiel 1:** Jedes Paar sucht sich ein anderes Paar und spielt gemeinsam deren Hörmemory. Danach spielt das andere Paar das Hörmemory vom ersten Paar. 5 min.
- **Auditive Wahrnehmungskarten** werden zugeordnet. 2 min.
- **Spiel 2:** Alle TN stellen sich im Raum auf. Einer TN werden die Augen verbunden und ihre Aufgabe ist es von einem Ende des Raumes zum anderen zu gehen. Alle anderen TN summen leise (Variante wäre „sch“ zu sagen). Nähert sich die TN mit den verbundenen Augen jemanden, so muss diese Person beginnen abgehackt zu summen (m m m m...), wie eine Art vibrierender Handyalarm (oder beginnen wie ein Zug zu tönen: „tsch tsch tsch tsch...“) oder bei sehr großer Nähe leise „Alarm Alarm...“ zu sagen (oder einen Ton erklingen lassen, z.B. den Handyalarm m m m m...). Aufgabe ist den Raum zu durchqueren ohne an jemanden anzustoßen. Die Person mit verbundenen Augen darf sich am Anfang entscheiden ob sie ganz alleine gehen will oder eine Begleitperson will, die im Notfall ihren Rücken antippt, wenn sie stehen bleiben soll, bzw. bei Bedarf durch Tippen auf die rechte oder linke Schulter leicht lenkt. So viele Durchgänge wie erwünscht. 5-8 min.
- **Auditive Wahrnehmungskarten** werden zugeordnet. 2 min.
- **Gruppeneinteilung:** 4 Gruppen bei 12 TN. (3 Gruppen bei 10 TN). Die Kursleitung hat ein Säckchen mit bunten Chips, die der Anzahl der TN entspricht. Es gibt vier (oder drei) Farben in jeweils gleicher Anzahl. Die TN ziehen und finden sich in entsprechenden Farbgruppe zusammen. 3 min.
- **Gruppenübung 1:** Die Gruppe einigt sich auf eine Szene und suchen einen passenden Titel dafür. Wenn sie keine eigene Idee haben, können sie auch eine Karte von der Kursleitung aussuchen. Sie entwickeln gemeinsam ein Hörspiel. Anforderungen sind: Sprechen erlaubt (aber so wenig wie nur möglich!), Laute und Geräusche mit der Stimme, Geräusche mit Körperteilen, Geräusche mit Gegenständen. Sie schreiben eine Art Drehbuch und üben die Geräuschkulisse ein. 10-15 min.
- **Präsentation 1:** Während alle TN die Augen schließen, führt einer Gruppe nach der anderen ihr Hörspiel vor. Die TN erraten am Schluss so präzise wie möglich das Thema der Geschichte. 10 min.

- **Auditive Wahrnehmungskarten** werden zugeordnet. 2 min.
- **Spiel 3:** „Willy Wonka“: Grundschat: 2 TN sagen abwechselnd „Nein“ – „Doch“. Doppelter Schlag: Zwei weitere TN sagen im Rhythmus des Grundschat „Warum?“ – „Egal“. Dazu sprechen alle anderen TN nun der Text: „We-he Wi-lly Won-ka wüs-ste, wen Ka-thi in der Kis-te küs-ste.“ Langsam im 4/4-Rhythmus. Später können noch einige den Spruch in doppelter Geschwindigkeit dazu sagen. (Kolb, 2023a, Seite 36). 5 min.
- **Auditive Wahrnehmungskarten** werden zugeordnet. 2 min.
- Vor der nächsten Übung sollen alle kurz wahrnehmen wie sie sich gerade fühlen, evtl auch am „Mein Energie-Level ist...“-Blatt anzeigen, wenn sie wollen. 2 min.
- **Übung 3:** Alle TN schließen die Augen, atmen drei Mal tief ein und aus, und nehmen danach die Geräusche im Raum wahr. Die TN versuchen dabei, die Geräusche nicht als positiv oder negativ zu bewerten, sondern wie eine Wissenschaftlerin neutral wahrzunehmen. Die Kursleitung macht die Übung etwas abwechslungsreicher in dem sie herum geht, mit einem Schlüssel klappert, hustet, aus einer Trinkflasche trinkt, usw. 1 min.
- **Gruppenaustausch:** Wie ging es mir bei der Übung? Fühle ich mich nach der Übung anders als vorher? In wie fern? 5 min.
- Austeilen der **Einheitsreflexion**. 1 min.
- **Aufgabe:** Zumindest ein Mal (gerne auch öfters) in der kommenden Woche versuchen die letzte Übung (3) eine Minute lange durchführen, vor allem wenn man sich gerade innerlich getrieben oder überwältigt fühlt. Ist es hilfreich? 1 min.
- **Abschlusspiel:** „Stille Post“: Die Kursleitung flüstert einer TM „Dankeschön, auf Wiederseh’n, es hat mir sehr gefallen.“. Was kommt bei der letzten TN an? 3 min.

10.5 Einheit 5: Körperwahrnehmung

Viele Personen mit ADHS spüren ihren Körper weniger oder stärker als Personen ohne ADHS. Sie sind taktil unter- oder überempfindlich, spüren ihre Grenzen schlecht (haben daher auch manchmal Distanzprobleme) oder haben koordinative Probleme. Viele Frauen mit ADHS haben außerdem ein negatives Körperbild. In dieser Stunde sollen die TN ihren Körper spüren und erforschen und am Schluss ein positiver Umgang mit dem eigenen Körper angeregt werden.

10.5.1 Benötigtes Material

- Laminierter Blatt: „Mein Energielevel ist...“
- Namensteine
- Akustisches oder optisches Signal wenn gewünscht
- 10-12 Eigenreflexionsbögen
- 1 Wollknäuel (so dick wie möglich)
- Große eher dünne Decke
- Großes stabiles Handtuch
- Kurzes Seil
- Malerkreppband
- Kleine Bälle (Tennisball, Noppenball, Igelball, Softball)
- Sandsäckchen oder Gewichtsdecke
- Zwei lange Seile (nicht zu dünn)
- Gymnastikmatte
- Schriftliche Übungsanleitung für alle Stationen.

10.5.2 Ablauf

- Vor der Stunde an das „Mein Energielevel ist...“-Blatt erinnern. Die TN dürfen ihre Stimmung durch das Legen ihres Namensteins angeben.
- **Begrüßungsspiel:** Die Gruppe steht im Kreis. Ein Begrüßungs-„High Five“ wird im Kreis herum gegeben bis er wieder bei der ersten Person ankommt. Dann geht das „High Five“ zweimal in jeweils entgegengesetzte Richtung herum.
- **Einstiegsrunde:** Das Energieblatt wird kurz besprochen.

- **Austausch:** Der Inhalt der letzten Einheit von der Kursleitung oder einer TN knapp zusammengefasst und gefragt ob noch Anmerkungen oder Fragen bezüglich letzter Stunde vorhanden oder aufgetaucht sind.
- **Reflexions-Feedback:** Möchte jemand etwas aus seiner Woche oder von seinen Erkenntnissen, die vielleicht durch den Reflexionsbogen entstanden ist, berichten?
- **Thema 6:** Mein Körper (Körperwahrnehmung)
- **Einführung:** Ein Stationenbetrieb ist vorgesehen. Kurze Erklärung aller Stationen. Es gibt teilweise mehrere Übungen, am besten mit denen anfangen, die das Paar am meisten anspricht. Es müssen nicht alle Übungen gemacht werden.
- **Gruppeneinteilung:** Paare. Dieses Mal freies Wählen einer Lieblingspartnerin, da manche Übungen Vertrauen erfordern. 2 min.
- **Station 1: Körperumrisse.** Schriftliche Übungsanleitung und ein Wollknäuel werden benötigt. Person A legt sich auf den Boden (sie darf aussuchen ob einfach nur normal am Rücken oder in irgendeiner „Statuenposition“), Person B legt mithilfe eines Wollknäuels die Umrisse von Person A. Sobald sie fertig ist, versucht Person A vorsichtig aufzustehen um die Umrisse nicht zu zerstören, damit sie das entstandene Kunstwerk betrachten kann. Sie darf diesem Kunstwerk einen Titel geben. Dann wechseln die Personen. 10-15 min.
- **Station 2: Persönlichen Körperraum erleben, Körpermaße schätzen.** Schriftliche Übungsanleitung und ca. 3 Stäbe (à 1 Meter) werden benötigt. Die Übungsanleitung hängt an einer Wand, darunter liegen 5 Stäbe (ca. 1 m lang). **Übung 1:** Person A und Person B stellen sich in einem Abstand von ca. 5 großen Schritten gegenüber auf. Sie gehen langsam aufeinander zu. Ab welcher Entfernung haben sie das Gefühl, dass sie jetzt miteinander in Kontakt stehen? Empfinden beide gleich? Austausch darüber. Die Personen gehen weiter langsam aufeinander zu und versuchen jetzt abzuschätzen wo ihr persönlicher Raum beginnt. Wie empfindet die andere Person den Abstand? Austausch darüber. **Übung 2:** Person A steht mit den Füßen an einer Wand. Sie soll einschätzen wie lang sie ist, wenn sie sich auf den Boden legt. Dazu weist sie Person B an in welchen Abstand diese einen Stab (quer) auf den Boden legen soll. Person B hält den Stab fest, damit er nicht wegrollt, während Person A, sich jetzt auf den Boden legt (Füße an der Wand) und schaut wie gut sie ihre Größe eingeschätzt hat. Wechsel. **Übung 3:** Wieder steht Person A an der Wand und Person B mit zwei Stäben in ca. drei großen Schritten Abstand vor Person A. Person A soll Person B anweisen in welchem Abstand sie die beiden Stäbe senkrecht halten soll, damit Person A schätzen kann wie breit sie ist. Wenn sie fertig ist, stellt sie sich mit dem Rücken zu Person B zwischen die Stäbe und schaut wie

gut sie ihre Breite eingeschätzt hat. **Übung 4:** Nur wenn beide einwilligen Persönliches zu teilen: Ich und mein Körper: Wie ich zu meinem Körper stehe. Was ich an meinem Körper mag. 10-15 min.

- **Station 3:** *Der Körper im Raum.* Decke benötigt. Schriftliche Übungsanleitung und eine Decke werden benötigt. Person A legt oder setzt sich unter eine dünne Decke und nimmt eine bestimmte Position ein. **Leichte Version:** Person B versucht sie nachzumachen. Das Angreifen der Decke ist drei Mal erlaubt, wenn Person A vorher zugestimmt hat. Wenn Person B die gleiche Position eingenommen hat, nimmt Person A die Decke weg, aber kehrt sofort in ihre Haltung zurück. Gemeinsamer Vergleich. Gibt es wo Unterschiede? **Schwere Version:** Nur wenn beide Partnerinnen einwilligen (viel Körperkontakt)! Person B hält die ganze Zeit die Augen geschlossen und tastet (entweder mit Decke dazwischen oder bei gutem Vertrauen auch ohne) Person A ab um sich ein inneres Bild der Position zu machen. Sobald sie sie das hat, nimmt sie dieselbe Haltung ein und darf die Augen öffnen. Gemeinsamer Vergleich. Gibt es wo Unterschiede? **Hinweis:** Je komplizierter und verdrehter die Position von Person A ist, umso schwieriger ist es für Person B. Person B darf im Voraus äußern, ob sie sich eine einfache, schwierige oder ganz schwere Position wünscht. Wechsel wenn gewünscht. 10-15 min.
- **Station 4:** *Die Körperkraft spüren.* Schriftliche Übungsanleitung, ein großes stabiles Handtuch, ein kurzes Seil und Kreppbandmarkierungen werden benötigt. Die Partner wechseln bei jeder Übung ab. **Übung 1:** Ziehen. Person A setzt sich beliebig auf das Ende des Handtuchs, Person B zieht am anderen Ende des Handtuchs Person A durch den Raum. Es kann auch ein Seil eingesetzt werden, Person A hält das Seil, Person B zieht daran. Es können unterschiedliche Positionen eingenommen und experimentiert werden. **Übung 2:** Schieben. Person A sitzt auf dem Handtuch und Person B schiebt sie nun vorsichtig an den Schultern vorwärts durch den Raum. **Übung 3:** Ein Mittelpunkt wird durch das Kreppband angezeigt. Jeweils zwei Meter recht und links neben der Markierung, werden ebenfalls Markierungen aufgeklebt. Beide legen sich auf den Boden und halten ihre Fußsohlen genau über der Mittelpunktmarkierung gegeneinander. Jetzt sollen beide versuchen den jeweils anderen über „seine“ Markierung hinauszuschieben. Der Oberkörper muss durchgängig auf dem Boden liegen. Die Hände dürfen eingesetzt werden. **Übung 4:** Nur wenn beide Partnerinnen einwilligen (Körperkontakt)! Gleich wie bei Übung 3, nur dieses Mal stehen die Partnerinnen Rücken an Rücken und versuchen sich wegzudrängen. Die Arme können eingehängt werden, müssen aber nicht. 10-15 min.

- **Station 5:** *Dem Körper Gutes tun.* Schriftliche Übungsanleitung, verschiedene kleine Bälle, ein langes Seil, Sandsäckchen oder eine Gewichtsdecke und eine Gymnastikmatte werden benötigt. Person A legt sich bequem auf die Matte. Person B versucht mit den zur Verfügung stehenden Mitteln es Person A so angenehm wie möglich zu machen. Kommunikation währenddessen erwünscht. **Möglichkeiten:** massieren (mit den Bällen), Körperstellen angenehm beschweren (mit Sandsäckchen/Gewichtsdecke), mit einem Seil streicheln (langsames Auflegen (aus der Luft, kein Körperkontakt) des Seiles über den ganzen Körper und danach wieder langsam vom Körper abheben. Wechsel. 10-15 min.
- **Station 6:** *Der Körper in Balance.* Schriftliche Übungsanleitung, ein Drehring und ein langes Seil werden benötigt. **Übung 1:** Das Paar steht sich etwa im einem Armlängenkontakt gegenüber und halten die Handflächen mit einem geringen Abstand zueinander. Durch Berühren der Hände versuchen sie nun den jeweils anderen aus der Balance zu bringen. Sowohl ziehen als auch (vorsichtig) Stoßen ist erlaubt. **Übung 2:** Balancekreisel: Kannst du darauf stehen? Die Knie abbeugen (wie weit)? Dich einmal im Kreis drehen? Auf einem Bein stehen? Mit Augen zu stehen? Langsame kontrollierte Bewegungen. Die Partnerin sichert. **Übung 3:** Rücken an Rücken (Arme eingehakt, wenn gewünscht) auf den Boden setzen und wieder aufstehen. **Übung 4:** Ein Seil auf dem Boden auflegen und mit geschlossenen Augen darüber balancieren. **Übung 5:** Mit geöffneten Augen: Person A steht auf dem einem Ende des Seils, Person B auf dem anderen. Sie müssen jetzt auf die andere Seite gehen, dürfen jedoch das Seil dabei nicht verlassen. 10-15 min.
- **Gruppenaustausch:** Wie ging es mir beim Stationenbetrieb? Gab es irgendwelche spontanen Erkenntnisse? 5 min.
- Austeilen der **Einheitsreflexion.** 1 min.
- **Aufgabe:** Auf dem Einheitsreflexionsbogen dem eigenen Körper einen Liebesbrief schreiben und sich bei ihm bedanken. Minimum fünf kurze Sätze.
- **Abschlussspiel:** Ähnlich wie das Begrüßungsspiel. Die Gruppe steht im Kreis und fasst sich an den Händen. Ein Abschiedshändedruck wird im Kreis herum gegeben bis er wieder bei der ersten Person ankommt. Dann geht der Händedruck zweimal in jeweils entgegengesetzte Richtung herum. Diese Variante ist sehr schwer und durch das Händehalten intim. Wenn jemand nicht mitmachen möchte, ist das ok. Diese Person bekommt eine Extra-Verabschiedung in einer selbst gewählten Form.

10.6 Einheit 6: Impulskontrolle

In dieser Einheit geht es darum sich innerlich zu stoppen bevor man reagiert. Das innere „Stop.“ soll durch verschiedene Spiele, Aufgaben und Reflexionen trainiert und eingeübt werden.

10.6.1 Benötigtes Material

- Lamierte Blatt: „Mein Energielevel ist...“
- Namensteine
- Akustisches oder optisches Signal wenn gewünscht
- 10-12 Eigenreflexionsbögen
- Musikabspielgerät (Handy) mit Verstärker (Lautsprecherbox)
- Eingespeicherte Playlist mit einem langsamen und immer schneller werdenden Stücken
- 9-11 Sitzoptionen (Sessel, Polster, Teppichfliesen, Reifen,...)
- Kleiner Teppich mit Antirutsch-Vorkehrung
- 10-12 Kugelschreiber
- 10-12 Arbeitsblatt 18 aus Kirsch & Haible-Baer (2021, Seite 103)
- 10-12 Arbeitsblätter aus Kirsch & Haible-Baer (2021, Seite 104)
- 10 – 12 leere Blätter
- 4 Streifen auf denen steht in verschiedenen Farben: „Zählen“, „Atmen“, „Bewegen“, „Sprechen“. Die Streifen werden auseinandergeschnitten, so dass ein Buchstaben-salat entsteht.
- 5-6 blaue Kärtchen auf denen steht jeweils: „Ich habe dich gehört. Lass mir bitte Zeit zum Denken.“
- 5-6 rote Kärtchen auf denen steht: „Wohin hast du meine Tasche geräumt? Ich brauche meine Tasche jetzt gleich! Wo ist sie?“, „Wollen wir heute Abend was machen? Das wäre so toll! Wie wäre es mit 19 Uhr oder lieber später?“, „Du bringst am Samstag einen Kuchen für das Fest mit, oder? Weißt du schon ob eher mit Frucht oder Schokolade? Kannst du der Oma das noch bis heute Abend sagen?“, „Dein Kind ist echt schlimm erkältet. Solltet ihr nicht lieber zum Arzt gehen? Ich kann dir einen empfehlen, magst du?“, „Also ich komme heute um 17 Uhr um dich abzuholen. Kommst du runter oder soll ich läuten? Lieber essen oder Kino?“, „Die Chefin will meinen Bericht morgen, ich bin total gestresst. Kannst du für mich ein paar Dinge übernehmen? Nur ein paar Kopien und Mails und so, bitte!“
- 5-6 Reifen

10.6.2 Ablauf

- Vor der Stunde an das „Mein Energielevel ist...“-Blatt erinnern. Die TN dürfen ihre Stimmung durch das Legen ihres Namensteins angeben.
- **Begrüßungsspiel:** Begrüßungs-Stopptanz: Während Musik spielt gehen alle herum und begrüßen sich wie in einem Stummfilm (übertriebene Freude, große Gesten wie Umarmen und Händeschütteln, Winken, etc.). Wenn die Musik stoppt müssen alle in der Bewegung inne halten ohne zu lachen. Nach einem kurzen Moment geht die Musik weiter. 3 min.
- **Einstiegsrunde:** Das Energieblatt wird kurz besprochen.
- **Austausch:** Der Inhalt der letzten Einheit von der Kursleitung oder einer TN knapp zusammengefasst und gefragt ob noch Anmerkungen oder Fragen bezüglich letzter Stunde vorhanden oder aufgekommen sind.
- **Reflexions-Feedback:** Möchte jemand etwas aus seiner Woche oder von seinen Erkenntnissen, die vielleicht durch den Reflexionsbogen entstanden ist, berichten?
- **Übung 1:** Kirsch & Haible-Baer (2021, Seite 103): Arbeitsblatt 18 umgedreht austeilten. Stoppuhr bereithalten (Handy). Anweisung: „Ein Wort wird gesucht, die Zeit wird gestoppt. Wer fertig ist, liest die Zeit am Handy ab und notiert sie. Los!“ 2 min.
- **Gruppenaustausch:** Was für ein Gefühl hat die Übung ausgelöst? Welche Strategien zur Lösung wurden angewendet? Gab es ungünstige Strategien? Warum waren sie ungünstig? Gab es bessere Strategien? Warum waren sie besser?
- **Ankündigung** eines neuen Themas: Impulskontrolle.
- **Erklärung** des „Stop!-denken-handeln“-Prinzips. Nach der Übung gab es einen künstlichen Stop, der für alle gegolten hat. In dieser Zeit haben wir uns neue Handlungsstrategien erdacht. Jede überlegt jetzt noch einmal, welche Strategie ihr am sympathischsten klingt und welche sie jetzt ausprobieren möchte. Dabei soll es weniger um die Zeit, als mehr um das Gefühl der Ruhe und Kontrolle dabei gehen. Ankündigung, dass die Aufgabe mehr Zahlen beinhalten wird. 3 min.
- **Übung 2:** Kirsch & Haible-Baer (2021, Seite 103): das Arbeitsblatt 18 umgedreht austeilten. Stoppuhr bereithalten – wie viel länger dauert es, bis die ersten fertig sind (Uhr nicht zeigen). 2 min.
- **Gruppenaustausch:** Wie für das Gefühl während der zweiten Übung? Wer hat sich weniger gestresst gefühlt? Wer hatte das Gefühl mehr Sicherheit und Kontrolle zu haben.

- **Erklärung**, dass die Situation jetzt auch deswegen anders war, weil sie bekannt war, aber die meisten Situationen in denen die Kontrolle über Impulse verloren wird, sind bekannt oder zumindest ähnlich. Die Wichtigkeit eines inneren Stop-Signals erklären. Aber zuerst muss man überhaupt erkennen wie sich Impulse anfühlen.
- **Spiel 1:** „Stop-Tanz“: An einem Ende des Raums: Eine Sitzoption weniger als TN werden aufgelegt. Solange Musik spielt, gehen die TN um die Sitzoptionen herum, sobald sie stoppt, muss sich jeder hinsetzen. Wer keinen Platz ergattert, scheidet aus.
- **Spiel 2:** Am anderen Ende des Raums: Ein kleiner Teppich liegt am Boden. Die zuerst ausgeschiedene Person tanzt um diesen herum. Wenn die Musik stoppt stellt sie sich auf den Teppich. Mit jeder Runde werden es mehr Ausgeschiedene, die aber alle auf dem Teppich stehen sollen, wenn die Musik stoppt. So wird der Platz am Teppich immer kleiner, trotzdem soll unbedingt versucht werden, dass alle TN einen Platz auf dem Teppich finden.
- **Gruppeneinteilung:** Paare. Alle stehen mit geschlossenen Augen in einem engen Kreis und halten ihren rechten Arm in die Mitte. Jetzt sucht jede eine andere Hand und hält sie fest. Die Augen werden geöffnet und ohne die Hände loszulassen versuchen alle Paare aus dem Kreis herauszukommen (über Arme steigen, unter Armen durch, Arme über den Kopf, usw.). Impuls ist vielleicht: schnell sein. Es wird vor dem Augen öffnen jedoch gemeinsam „Stop!“ gesagt und dann versucht beim Entwirren ruhig, geduldig und kontrolliert zu bleiben.
- **Partneraufgabe:** Es wird ein leeres A5-Blatt benötigt. Aufgabe 1: Auf der einen Seite werden Situationen gesammelt, in denen die TN schon einmal voreilig Dinge gesagt oder getan hat, die nicht gut waren. Gibt es Situationen, die sich wiederholen? **Übung 2:** Auf der anderen Seite wird gesammelt wie man Impulse körperlich spüren und erkennen kann. Wie fühlt sich ein Impuls an, was passiert im Körper? 10 min.
- **Gruppenpräsentation** der Partneraufgaben und gemeinsamer **Austausch**, Feedback. 10 min.
- **Spiel 3:** (wie „Donner Wetter Blitz“); Eine TN ist die Spielleitende. Sie hat ein kleines Schild in der Hand auf dem „Stop!“ steht. Sie steht mit dem Kopf zur Wand, die anderen auf der gegenüberliegenden Seite. Die Spielleitende sagt: „**Impuls bemerken - Stop!**“. Währenddessen dürfen sich alle zu ihr bewegen. Beim „Stop!“ müssen alle stehen bleiben, denn die Spielleitung dreht sich jetzt schnell um und zeigt gleichzeitig das „Stop!“-Schild. Wer noch in Bewegung ist muss zum Start zurück. Wer ist zuerst bei der TN mit dem Schild angelangt. Was war die Taktik

dieser Person? Ein zweiter Rundgang um diese oder eine andere Taktik auszuprobieren.

- **Zusammenfassung** von der Kursleitung: Es wurde darüber geredet wie man Impulse spürt und „Stop!“ eingeübt. Wie kann man nach dem „Stop!“ bei Bedarf Zeit gewinnen, bis man wieder einen klaren Denkprozess starten kann?
- **Spiel 4:** Die Buchstabenkärtchen werden ausgeteilt, alle bewegen sich im Raum und müssen tauschen, bis jeder mindestens drei Kärtchen mit derselben Farbe hat. Dann muss die Gruppe herausfinden, welche Wörter man aus den Buchstaben legen kann.
- **Gruppenaustausch:** Welche Strategien können zu den Wörtern passen. Zur Strategie „Sprechen“ gibt es noch ein eigenes Spiel.
- **Spiel 5:** Am Boden in einem Reifen umgedreht liegen rote und blaue Kärtchen. Jede nimmt sich eine. Im Raum verteilt am Boden liegen Reifen. Alle bewegen sich zu Musik im Raum. Wenn die Musik stoppt müssen jeweils ein rotes und ein blaues Kärtchen in einen Reifen. Sobald sie drinnen stehen, beginnen die TN mit den roten Karten ihren Text mit der passenden Emotion vorzulesen. Die TN mit der blauen Karte antworten ruhig und freundlich, was auf ihrer Karte steht. Die Karten werden gewechselt und es bewegen sich wieder alle zur Musik im Raum.
- **Gruppenaustausch:** Wie ging es mir heute? Hatte ich neue Erkenntnisse? Was hat mir gefallen? Was nehme ich mit?
- Austeilen der **Einheitsreflexion**.
- **Aufgabe:** Probiere zumindest ein Mal in der Woche einen Impuls zu spüren, dir innerlich „Stop.“ zu sagen und die Zeit zu verschaffen runterzukommen, damit du klar denken kannst.
- **Abschlussspiel:** Alle TN stehen im Kreis und halte sich an den Händen. Die Kursleitung sagt: „Ich schicke jetzt ein kleines „Tschüss, Baba, bis nächstes Mal weg.“ Beim „Tschüss, Baba...“ hält sie die Hand vor den Mund, als würde sie es in die Hand sprechen. Dann greift sie mit dieser Hand wieder zur Nachbarin und drückt ihre Hand. Dieser Händedruck wird jetzt im Kreis weitergegeben bis er wieder bei der Kursleitung landet. Sie sagt: „Das Tschüss, Baba, bis nächstes Mal ist wieder angekommen, ich wünsche euch eine schöne Woche.“

10.7 Einheit 7: Sozialkompetenz – Kommunikation

In dieser Einheit geht es darum nachzuspüren wie Kommunikation gelingt.

10.7.1 Benötigtes Material

- Lamierte Blatt: „Mein Energielevel ist...“
- Namensteine
- Akustisches oder optisches Signal wenn gewünscht
- 10-12 Eigenreflexionsbögen
- 11-13 Karten mit je einem Wort (Selbstliebe, Energie, Frieden, Freude, Spaß, Wohlbefinden, Leichtigkeit, Stärke, Mut, Kraft, Klarheit, Dankbarkeit, Geselligkeit)
- Eine Langbank
- Karten mit unterschiedlichen Tätigkeiten: sich waschen, fotografieren (mit Fotokamera), telefonieren (am Handy), Blumen gießen, bügeln, kochen, ein Bild malen, ein Buch lesen, Schuhe anziehen, einen Fleck auf dem Boden aufwischen (per Hand), ein Medikament nehmen, etwas aufschreiben (in einen kleinen Notizblock),...
- 5-6 A4-Blätter
- 10-12 Kugelschreiber
- Flip Chart
- Stifte für die Flip Chart
- 10 – 12 Kopien von Arbeitsblatt 79 „Ich-Botschaften“ (Kirsch & Haible-Baer, 2021, Seite 209)

10.7.2 Ablauf

- Vor der Stunde an das „Mein Energielevel ist...“-Blatt erinnern. Die TN dürfen ihre Stimmung durch das Legen ihres Namensteins angeben.
- **Begrüßungsspiel:** Am Boden liegen Karten, jede nimmt sich eine, liest sie, zeigt sie aber nicht her. Eine TN bekommt einen Ball und beginnt. Sie wirft den Ball einer anderen TN zu und sagt: „Guten (Tageszeit), (optional: liebe) (Name), ich wünsche dir heute viel (Wort, das auf der gezogenen Karte zieht).“ Diese Person wirft den Ball an eine andere TN weiter und legt ihre Karte auf den Boden, damit ersichtlich ist, dass sie bereits dran war. 5 min.
- **Einstiegsrunde:** Das Energieblatt wird kurz besprochen.

- **Austausch:** Der Inhalt der letzten Einheit von der Kursleitung oder einer TN knapp zusammengefasst und gefragt ob noch Anmerkungen oder Fragen bezüglich letzter Stunde vorhanden oder aufgekommen sind.
- **Reflexions-Feedback:** Möchte jemand etwas aus seiner Woche oder von seinen Erkenntnissen, die vielleicht durch den Reflexionsbogen entstanden sind, berichten?
- **Gruppenaufgabe 1:** Alle halten sich an der Hand. Ein in Kreis wird gebildet. Zwischen zwei TN befindet sich ein Reifen (diese Personen halten den Reifen anstatt sich an der Hand). Die ganze Gruppe soll nun durch den Reifen steigen. Wie gelingt dieses Vorhaben?
- **Gruppenaufgabe 2:** Gordischer Knoten. Etwas schwieriger ist der gordische Knoten. Alle TN stehen im Kreis und gehen so eng wie möglich aufeinander zu. Sie schließen die Augen und versuchen mit ihren Händen zwei andere Hände zu greifen. Dieser Händeknoten soll nun entwirrt werden soweit es geht. Die Hände dürfen dabei nicht losgelassen werden.
- **Gruppenaufgabe 3:** Alle TN stehen auf einer Langbank. Sie sollen sich nun nach Geburtsdatum reihen ohne dass jemand die Bank verlässt. Auf einer Seite ist der Jänner, auf der anderen der Dezember.
- **Gruppenaustausch 1:** Worum ging es in den Übungen? Wie war sie am besten zu lösen? Wie fühlte sich die Zusammenarbeit in der Gruppe an? Hat sie funktioniert?
- **Spiel 1:** Alle TN in einer Reihe an einer Wand. Die Aufgabe ist, dass sie sich der Größe nach ordnen sollen. Die Augen sollen dabei jedoch geschlossen sein.
- **Spiel 2:** Alle TN stehen frei im Raum. Jetzt sollen sie alle nach Vornamen alphabetisch in eine Linie stellen. Bei diesem Spiel sind die Augen ebenfalls geschlossen, es darf jedoch geredet werden.
- **Gruppenaustausch 2:** Was war der Unterschied als geredet werden durfte und als nicht. Was war einfacher? Was waren jeweils die Probleme?
- **Gruppeneinteilung:** Paare. Am Boden liegen 5 – 6 in zwei Hälften geschnittene Bilder. Jeder nimmt sich ein Teil und sucht seinen Partner (nach Kolb, 2023 b, Seite 15-16). 3 min.
- **Spiel 3:** Am Boden liegen Karten, auf denen Tätigkeiten stehen. Person 1 nimmt sich eine Karte und weist Person 2 an wie sie ihre Hände und Körperteile bewegen soll. z.B. „sich waschen“: „Lege die rechte Hand auf die linke Schulter und umgekehrt. Jetzt streiche mit den Händen mehrmals bis zu den Ellbogen und wieder zurück. Nimm jetzt beide Hände und lege sie auf den Kopf. Streiche wiederholt über den Kopf bis zu den Schultern. Lege die Hände auf das Gesicht und bewege sie in

Kreisen. Jetzt lege die Hände auf die äußeren Oberschenkel und streiche bis zu den Knien und wieder hinauf. Jetzt wiederhole alle Bewegungen, aber schneller. Was tust du?“ Wechsel. 10 min.

- **Partnernaufgabe:** Jedes Paar bekommt ein Blatt und soll sich überlegen, was man beachten muss um gut miteinander zu kommunizieren (vor allem bei Problemen). Sie sollen eine Kommunikationsregelliste erstellen.
- **Präsentation:** Jedes Paar präsentiert ihre Regeln. Sie werden auf einer Flip Chart aufgeschrieben. Wenn sie bereits auf der Flip Chart stehen, wird ein Punkt dazu gemalt.
- **Gruppenaustausch 3:** Was wurde am häufigsten gesagt? Fehlt noch etwas? Welche Regeln gehören zusammen? Hervorhebung von Du-Botschaften.
- **Einzelarbeit:** Das Arbeitsblatt „Ich-Botschaften“ wird ausgeteilt und soll einzeln bearbeitet werden.
- **Gruppenaufgabe 4:** Die TN gehen im Raum herum und reden miteinander. Person A sagt die „Du-Botschaft“, Person B die selbst formulierte „Ich-Botschaft“, Person 1 gibt Feedback dazu, dann Wechsel. Danach löst sich das Paar und trifft eine neue Partnerin.
- **Schlusskreis:** Wie ging es mir heute? Hatte ich neue Erkenntnisse? Was hat mir gefallen? Was nehme ich mit? 5 min.
- Austeilen der **Einheitsreflexion**. 1 min.
- **Aufgabe:** Achte diese Woche auf Ich- und Du-Botschaften. 2 min.
- **Abschlussspiel:** Die TN werfen sich einen Ball zu und jede sagt in einem „Ich“-Satz was sie an den Gruppenstunden mag oder ihr heute gefallen hat oder worauf sie sich beim nächsten Mal freut.

10.8 Einheit 8: Visuelle Wahrnehmung und Konzentration

In dieser Einheit geht es in einem besonderen Spiel und einem abwechslungsreichen Stationenbetrieb um die visuelle Wahrnehmung, schnelle Gestaltwahrnehmung, räumliches Denken, visuelle Merkfähigkeit und Konzentration.

10.8.1 Benötigtes Material

- Lamierte Blatt: „Mein Energielevel ist...“
- Namensteine
- Akustisches oder optisches Signal wenn gewünscht
- 10-12 Eigenreflexionsbögen
- 3 kleine Bälle (möglichst schwer und gut rollend, z.B. Klangkugeln oder Holzkugeln)
- 3 leere gewaschene Joghurtbecher, die genau über die Bälle passen
- Malerkrepp
- Spiel: „Ubongo! Classic“ (KOSMOS)
- zwei aufstellbare Spiegel
- zwei Abdeckblätter
- zwei Stifte
- mehrere A4 Blätter
- Kartenspiel: „Dobble“ (InGke)

10.8.2 Ablauf

- Vor der Stunde an das „Mein Energielevel ist...“-Blatt erinnern. Die TN dürfen ihre Stimmung durch das Legen ihres Namensteins angeben.
- **Begrüßungsspiel:** *„Gehen Sie kreuz und quer durch den Raum. Ich gebe ihnen jetzt immer abwechselnd zwei Kommandos „Boden“ bedeutet, dass sie alle vor sich auf den Boden schauen. Gehen Sie trotzdem langsam weiter. Jeder überlegt sich welchen Teilnehmer er als nächstes anschauen möchte. Wenn ich das Kommando „Augen gebe“, schauen Sie alle schnell hoch und richten ihre Augen auf die Person, die sie sich vorher ausgedacht haben.“ Die Teilnehmer, die sich jetzt genau anschauen erhalten eine extra Aufgabe, die sie erfüllen müssen.“ (Haas et al., 2014, Seite 134) Idee: Die TN, die sich anschauen, bekommen die Aufgabe sich zu begrüßen. Am Schluss gibt es eine allgemeine Begrüßung.*
- **Einstiegsrunde:** Das Energieblatt wird kurz besprochen.

- **Austausch:** Der Inhalt der letzten Einheit von der Kursleitung oder einer TN knapp zusammengefasst und gefragt ob noch Anmerkungen oder Fragen bezüglich letzter Stunde vorhanden oder aufgetaucht sind.
- **Reflexions-Feedback:** Möchte jemand etwas aus seiner Woche oder von seinen Erkenntnissen, die vielleicht durch den Reflexionsbogen entstanden ist, berichten?
- **Gruppeneinteilung:** 2 Gruppen. In der Mitte liegen Bierdeckel mit der weißen Seite nach oben. Die andere Seite, ist entweder blau oder rot. Jede nimmt sich einen Bierdeckel und dreht ihn um, damit gibt es eine rote und eine blaue Gruppe. 3 min.
- **Spiel 1:** Während Gruppe 2 draußen wartet, denkt sich Gruppe 1 eine kleine Szene aus, in der jede eine aktive Rolle spielt und übt diese pantomimisch ein. Eine Person von Gruppe 2 wird in den Raum gerufen. Ihn wird die pantomimische Szene zwei Mal hintereinander exakt gleich vorgespielt, damit sich die Person alle Abläufe merkt (evtl. ein Video machen). Es darf jetzt immer eine weitere Person hineingerufen werden. Ziel ist, dass Gruppe 2 am Schluss die Szene spielt, sie dürfen jedoch zu keiner Zeit sprechen. Wie löst Gruppe 2 das? Die Gruppen wechseln danach ab.
- **Stationenbetrieb** zum Thema visuelle Wahrnehmung.
- Stationenbetrieb insgesamt 30 min.
- **Station 1:** 3 kleine Bälle, 3 leere gewaschene Joghurtbecher und Malerkrepp werden benötigt. Ein kleines Dreieck (alle Seiten um die 25-30 cm lang) aus Malerkrepp ist am Boden aufgeklebt, und im Abstand von einem. Zwei und drei Metern eine waagrechte Linie als Startpunkt. Die Becher werden über die Bälle gestülpt und es soll zuerst von der Einmeterlinie versucht werden die Becher in das Dreieck reinzurollen. Danach aus zwei und dann drei Metern Entfernung. 5 min.
- **Station 2:** Das Spiel „Ubongo! Classic“ (KOSMOS) wird benötigt. Jede Person erhält dieselbe Anzahl von kleinen Umrissen. Es werden Karten mit einem großen Umriss gezogen, in die jeweils drei kleine Umrisse hineinpassen. Es spielt einer gegen einen. Wer zuerst die Lösung gefunden hat, darf die Karte behalten, wer verloren hat, muss sie abgeben. Wer hat nach 5 min. die meisten Karten? 5 min.
- **Station 3:** zwei aufstellbare Spiegel, zwei Abdeckblätter, zwei Stifte und mehrere A4 Blätter werden benötigt. Vor dem aufgestellten Spiegel liegt ein Blatt, darauf die Schreibhand mit einem Stift. Der Spiegel wird oben abgedeckt, damit man nur die Finger sieht. Es soll jetzt nur durch visuelle Hilfe, also ohne Muskelgedächtnis, der eigene Name und ein paar Wörter geschrieben werden. 5 min.
- **Station 4:** Kartenspiel: „Dobble“ (InGke). Die Karten werden auf zwei Mitspieler aufgeteilt, eine Karte liegt in der Mitte. Die Spieler dürfen nur mit der obersten Karte

arbeiten. Sie sollen so schnell wie möglich ein Objekt identifizieren, dass sowohl auf ihrer obersten Karte als auch der Karte in der Mitte übereinstimmt, es benennen und dann die Karte drauflegen. Während des ganzen Spiels sind beide Mitspieler ständig am Spielen, es gewinnt, wer als erstes seinen Stapel los hat. 5 min.

- **Station 5:** Memotanz: Wie beim Kofferpacken macht Person 1 eine Bewegung vor, Person 2 wiederholt die Bewegung und ergänzt eine weitere. Person 1 macht die 1. Und die 2. Bewegung und ergänzt eine 3., usw. 5 min.
- **Station 6:** „Spiegelchoreo“: Das Paar stellt sich voreinander auf. Person A macht Bewegungen, erst einfach (mit Armen, Kopf), dann komplexer (hinsetzen, Yogaposen), erst langsam, dann schneller. Person 2 macht alle Bewegungengen von Person 1 nach, wie als wäre sie der Spiegel von Person 1. Wechsel nach ca. 2 min. 5 min.
- **Gruppenaustausch:** Wie ging es mir beim Stationenbetrieb? Gab es irgendwelche spontanen Erkenntnisse?
- Austeilen der **Einheitsreflexion**.
- **Abschlussspiel:** Pantomimisch verabschieden. Alle TN stehen im Kreis. Eine TN beginnt. Sie sieht eine andere TN an und verabschiedet sich pantomimisch von ihr (winken, verbeugen, „Hand“ schütteln, den „Hut“ ziehen, zuzwinkern, High five in der Luft, Hand aufs Herz legen, zulächeln, „Namaste“, etc) 5 min.

10.9 Einheit 9: (Hyper)Aktivität und Entspannung

In dieser Einheit geht es darum den eigenen Körper stark zu spüren und in die Entspannung zu kommen. Viele Übungen für die Propriozeption helfen Menschen mit ADHS sich besser zu spüren (Massagen, Druck auf dem Körper, Rangeln und Raufen, usw.) und sich regulieren zu können.

10.9.1 Benötigtes Material

- Lamierte Blatt: „Mein Energielevel ist...“
- Namenssteine
- Akustisches oder optisches Signal wenn gewünscht
- 10-12 Eigenreflexionsbögen
- Trommel
- 10 – 12 leere gewaschene Joghurtbecher (möglichst groß)
- 5-6 dicke Wollfäden (je 1 m lang)
- 5-6 Flummis
- 5-6 kleine Reifen
- 6 - 12 Gymnastikmatten
- Idealerweise: ein Weichboden
- Musikplayer

10.9.2 Ablauf

- Vor der Stunde an das „Mein Energielevel ist...“-Blatt erinnern. Die TN dürfen ihre Stimmung durch das Legen ihres Namensteins angeben.
- **Begrüßungsspiel:** Die Gruppe steht im Kreis, eine Trommel wird langsam geschlagen und eine ruhige Begrüßung wird ausgesprochen. Alle machen langsame Bewegung nach Gefühl und Rhythmus der Trommel. Der Rhythmus wird schneller und auch die Bewegungen sollen schneller werden bis alle hüpfen und mit den Armen zappeln. Auch Geräusche sind erlaubt. Danach wird die Trommel wieder langsamer und leiser bis alle wieder stehen.
- **Einstiegsrunde:** Das Energieblatt wird kurz besprochen. 2 min.
- **Austausch:** Der Inhalt der letzten Einheit von der Kursleitung oder einer TN knapp zusammengefasst und gefragt ob noch Anmerkungen oder Fragen bezüglich letzter Stunde vorhanden oder aufgekommen sind. 5 min.

- **Reflexions-Feedback:** Möchte jemand etwas aus seiner Woche oder von seinen Erkenntnissen, die vielleicht durch den Reflexionsbogen entstanden ist, berichten? 5 min.
- **Übung 1:** (bereits bekannt) Dehnen und Mobilisieren im Sitzkreis: Arme strecken und dehnen (nach oben, zu beiden Seiten, nach hinten und vorne, dann im Kreis Schultern und Brust dazunehmend, Richtungswechsel), Kopfgelenk mobilisieren (abwechselnd nach rechts und links schauen, Ohr von nach rechts und links zur Schulter neigen, dann nach vorne, über vorne von rechts und links kreisen (nicht nach hinten) und dehnen (nach links und rechts („Ohr zieht zur Schulter, Hand hilft nach), schräg nach links und rechts („in die Hosentasche schauen“) vorne und vorsichtig und nicht zu weit nach hinten – dabei die Hände auf das Dekolleté legen und nach unten ziehen). 5 min.
- **Übung 2:** Ausdauer mit Musik: die Kursleitung erzählt eine Geschichte und gibt die Bewegungen vor: Heute bin ich schon frühmorgens ins Gym gegangen (langsam am Platz gehen). Dort war ich erst walken (marschieren und Arme mitnehmen), dann joggen (am Platz laufen), am Schluss war ich schon müde (wieder langsamer laufen, Körper ausschütteln („Gummipuppe“), also blieb ich stehen (beide Beine auf den Boden und in den Knien wippen, evtl. Hüften dazu bewegen). Dann ging es an die Hanteln (Arme abwechselnd nach oben strecken), dann ins Schwimmbecken (mit den Armen schwimmen) und zuletzt noch zum Turnen (beide Arme nach unten strecken und gemeinsam nach rechts und links bewegen, Hüfte in die andere Richtung strecken). Dann war mir heiß (abwechselnd rechts und links Luft zu fächeln) und ich machte das Fenster auf (Schulter kreisen nach hinten). Dann ging ich duschen (abwechselnd rechter und linker Arm schräg über dem Kopf bewegen, Finger bewegen sich). Und danach hatte ich Hunger (Hände auf den Bauch, Oberkörper dreht abwechseln von links nach rechts), also ging ich einkaufen (abwechselnd rechten und linken Unterarm von außen nach innen drehen) und dann aß ich mein wohlverdientes Frühstück (Handflächen abwechselnd links und rechts in der Luft vor dem Gesicht nach unten streichen). Dann blieb ich stehen (stehen bleiben) und legte mich wieder ins Bett (auf den Boden legen) Am Boden ausruhen, nochmal in alle Richtungen strecken, Hände und Füße kreisen, evtl. noch freie Bewegungen, die der Körper einfordert, machen und dann wieder aufstehen. 5 min.
- **Gruppeneinteilung:** in Paare. In der Mitte liegen 5- 6 dicke Wollfäden in der gleichen Farbe. Die Fäden liegen in einem Haufen. Jede TN nimmt ein Ende eines Fadens in die Hand. Auf ein Kommando dürfen die Fäden vorsichtig auseinandergezogen werden. Die zwei, die gemeinsam einen Faden halten sind ein Team.

- **Spiel 1:** Person 1 des Paares verlässt den Raum. Person 2 bekommt einen Reifen und legt ihn an einen Ort im Raum, den sie nicht vergisst. Dann verteilen sich alle Personen 2 im Raum. Der gewählte Reifen wird zu einem Ort, an dem man erstarrt, wenn man darauf steht. Jetzt kommen die anderen (Personen 1) wieder in den Raum und gehen zu ihrer Partnerin, Person 2. Sie führen diese nun an der Hand oder der Schulter im Raum herum (es muss immer Körperkontakt beibehalten werden) und versuchen den „Erstarrungsort“ zu finden. Ihr Ziel ist es, Person 2 in den Ring zu ziehen, damit diese erstarrt. Person 2 versucht das mit aller Macht zu verhindern. Alles außer weglaufen (= Körperkontakt bricht) oder andere verletzen ist erlaubt. Wechsel nach 3-4 min.
- **Spiel 2:** Jede TN bekommt einen Joghurtbecher. Pro Paar gibt es einen Flummi. Das Paar steht etwa 2-3 m auseinander. Person 1 wirft den Flummi in der Mitte auf den Boden und Person 2 muss ihn mit dem Becher auffangen. Das Ganze geht ein paar Mal hin und her. 5 min.
- **Gruppeneinteilung:** 2 Gruppen. Alle, die am Ende des letzten Spiels den Flummi in der Hand halten, sind Team 1, die ohne Flummi sind Team 2.
- **Spiel 3:** Jedes Team erhält drei aufgeblasene Luftballons. Ziel ist es, diese zu beschützen und alle Luftballons des gegnerischen Teams zu zerstören. Erlaubt ist alles (bis auf gegenseitige Verletzungen). Wenn jemanden etwas zu viel wird, darf „Time out“ gerufen werden, die Person wird dann sofort losgelassen.
- **Übung 3** (optional): alle Matten werden zu einer großen Fläche auf den Boden gelegt. Alle TN legen sich nebeneinander auf den Bauch. Der Weichboden wird über die TN gelegt und eine Person (Kursleitung oder jemand, der nicht mitmachen möchte) geht über den Weichboden. Die, denen das schon genügt, krabbeln unter der Matte heraus und dürfen ebenfalls auf dem Weichboden gehen, stehen oder liegen. Diejenigen, die den Druck lieben, dürfen so viel Druck ausgesetzt werden wie es geht. Aufgabe kann auch hier sein, unter dem Weichboden hervorzukriechen. Wichtig: Immer achtsam und in Kommunikation sein. Freiwilligkeit!
- **Übung 4:** Eine Alternative zu Übung 3 wäre, dass sich eine Person mit dem Bauch auf eine normale Matte legt, eine andere sich auf sie drauflegt (quer in der Hüftgegend). Die darunter liegende Person versucht aufzustehen. Weitere Kraftübungen dürfen erfunden werden. Freie Partnerwahl. Freiwilligkeit!
- **Übung 5:** Ringen. Zwei Personen liegen auf dem Weichboden und versuchen sich gegenseitig auf den Rücken zu drehen und drei bis 3 zu zählen. Freie Partnerwahl. Freiwilligkeit!

- **Gruppenaustausch 1:** Wie geht es mir jetzt? Wie haben mir die Ringspiele gefallen? Möchte jemand eine Übung herzeigen, die sie entwickelt hat?
- **Übung 6:** Kreismassage: Alle sitzen hintereinander in einem Kreis, Die Kursleitung startet immer neue Massagereize, die in der Runde durchgehen (z.B. über den Rücken streichen, mit Fingern tippen, leicht mit Fäusten klopfen, mit den Händen kreisen, etc.). Alternativ kann auch eine Pizza am Rücken gebacken werden, dann sagt die Kursleitung an, was passiert. Auch beides ist möglich.
- **Übung 7:** Entspannung. Jede TN sucht sich einen ruhigen Platz im Raum. Die Gruppenleiterin spielt eine Entspannungsmusik und spricht mit ruhiger Stimme dazu. Sie zählt von Kopf bis Fuß alle Körperteile auf, die komplett entspannt werden sollen. Am Schluss noch 30 Sekunden nur Musik und eventuell 30 Sekunden weißes Rauschen.
- **Schlusskreis:** Wie ging es mir heute? Hatte ich neue Erkenntnisse? Was hat mir gefallen? Was nehme ich mit?
- Austeilen der **Einheitsreflexion**.
- **Aufgabe:** Was entspannt dich? Probiere diese Woche aus, was dich entspannen könnte und notiere die besten Ideen.
- **Abschlussspiel:** Jede darf jede (wenn gewünscht und mit Zustimmung) einmal zum Abschied umarmen. Vorher darauf aufmerksam machen, dass man gut hinspüren soll wie lange es einem gefällt und sich aus der Umarmen lösen soll, wenn man möchte; bzw. gut hinspüren ob der andere sich schon lösen möchte. Auch kann es hilfreich sein, wenn sich die Umarmenden vorher ausmachen wie fest sie die Umarmung möchte (fest, mittel, leicht, egal). Notfalls einen Kompromiss suchen.

10.10 Einheit 10: Abschlussstunde – (Selbst)Liebe

Diese Einheit markiert den Abschluss des Programms. Es geht um Komplimente und Selbstliebe. Ziel soll sein, dass die TN gestärkt aus der Kursreihe rausgehen.

10.10.1 Benötigtes Material

- Laminierter Blatt: „Mein Energielevel ist...“
- Namensteine
- Akustisches oder optisches Signal wenn gewünscht
- 20-24 Blätter (A5)
- 10-12 Blätter (A4)
- 10-12 Kugelschreiber
- Kleiner Beutel
- Musikplayer
- Klebeband
- 10-12 Briefumschläge

10.10.2 Ablauf

- Vor der Stunde an das „Mein Energielevel ist...“-Blatt erinnern. Die TN dürfen ihre Stimmung durch das Legen ihres Namensteins angeben.
- **Begrüßungsspiel:** In Erinnerung an die erste Stunde wird noch einmal das Namenballspiel gespielt. Dieses Mal mit mehreren Bällen und schneller.
- **Einstiegsrunde:** Das Energieblatt wird kurz besprochen.
- **Austausch:** Der Inhalt der letzten Einheit von der Kursleitung oder einer TN knapp zusammengefasst und gefragt ob noch Anmerkungen oder Fragen bezüglich letzter Stunde vorhanden oder aufgetaucht sind.
- **Reflexions-Feedback:** Möchte jemand etwas aus seiner Woche oder von seinen Erkenntnissen, die vielleicht durch den Reflexionsbogen entstanden ist, berichten?
- **Thema der Stunde:** Abschied und Neuanfang, ein letztes Mal Kraft als Gruppe tanken, sich selber danken. Selbstliebe.

- **Spiel 1:** Jede TN bekommt ein kleines Blatt. Auf dieses soll sie eine Information über sich schreiben, die noch keiner weiß und von der sie kein Problem hat es preiszugeben. Das Blatt wird zwei Mal gefaltet und auf ein Tuch in die Mitte gelegt. Sobald alle Zettelchen auf dem Tuch liegen, wird dieses zusammengefasst und geschüttelt (=gemischt), Dann wieder offen hingelegt. Die Gruppe setzt sich in einen Kreis herum. Jeweils eine TN darf einen Zettel nehmen (wenn es ihr eigener ist, dann einen anderen nehmen und das Tuch noch einmal durchschütteln) und ihn laut vorlesen. Die Gruppe muss nun erraten von wem der Zettel sein könnte und ihn der Person, die sie geschrieben hat, wieder zurückgeben.
- **Übung 1:** Austausch über Komplimente. In der Mitte liegt ein Plakat, darauf steht „KOMPLIMENTE“. Alle TN bewegen sich im Raum und denken nach was ihnen dazu einfällt (ein oder zwei Gedanken). Nach einem Signal bewegen sich alle weiter, aber sie teilen ihre Gedanken den TN mit, denen sie begegnen.
- **Gruppenaustausch 1:** Die Gruppe kommt wieder in einen Kreis zusammen und jetzt sollen die wichtigsten Gedanken besprochen und auf dem Plakat notiert werden. Impulse: Aufmerksamkeit, Beobachtung, Neutralität, Druck durch Komplimente, Bewertung durch Komplimente, Reaktion auf Komplimente, ...
- **Übung 2:** Die Namensteine kommen in einen Beutel, jede TN zieht einen. Auf ein Blatt soll nun jede TN ein Kompliment über die Person schreiben, die sie gezogen hat. Dann liest jede vor, was sie geschrieben hat und die Gruppe versucht zu erraten wer gemeint ist. Falsches Raten stellt ein zusätzliches Kompliment dar. Freiwilligkeit beachten!!!
- **Spiel 2:** Musik spielt und die TN bewegen sich frei im Raum. Bewegungen sollen abgeschaut und übernommen und weiterentwickelt werden.
- **Übung 3:** Jede hat das Blatt mit dem Kompliment. Im Hintergrund spielt leise Musik. Jetzt darf jede auf die Rückseite des Blattes sich selbst ein Kompliment schreiben. Wenn alle fertig sind, wird nichts vorgelesen, aber jede soll das Wort „Selbstliebe“ zu ihrem Kompliment schreiben.
- **Gruppenaustausch 2:** Kurzer Austausch über das Phänomen Selbstliebe.
- **Spiel 3 (optional):** Die Gruppe wählt ein Spiel, dass ihnen besonders gut gefallen hat und spielt es noch einmal.
- **Abschluss 1:** Jede TN bekommt ein leeres A4-Blatt und schreibt ihren Namen drauf. Mit Klebeband befestigt sie es auf ihren Rücken. Nun gehen alle im Raum herum und schreiben sich kurze persönliche Abschiedsworte/Botschaften auf den Rücken (anonym oder mit Namen, wie gewünscht).

- **Abschluss 2:** Jede TN nimmt das Blatt von ihrem Rücken OHNE es zu lesen, dreht es um und schreibt sich selbst eine kurze Botschaft an ihr Zukunfts-Ich. Dieses Blatt Papier wird dann gefaltet und in einen Briefumschlag gegeben. Die TN selbst dürfen bestimmen wann sie diesen Brief öffnen, z.B. zu Hause oder wenn es ihnen nicht gut geht oder jeden Abend im Bett, etc.
- **Abschluss 3:** Jetzt kommt eine finale Abschiedsrunde – was nehme ich mir von der Kursreihe mit? Wofür bin ich dankbar? Was hat mich inspiriert? Was habe ich gelernt? Beendet wird die Runde offiziell von der Kursleitung. Jede TN darf ihren Namenstein und den Brief als „Geschenk“ mitnehmen.

11 Diskussion

Die Analyse der historischen und aktuellen Studienlage zeigt deutlich, dass sowohl die Begriffe als auch die Forschung zu ADHS (dies inkludiert hier und auch in weiterer Folge ADS) erhebliche Unzulänglichkeiten aufweisen, insbesondere in Bezug auf Frauen mit ADHS. Traditionell wurde ADHS vor allem bei Buben diagnostiziert und erforscht, was zu einer Vernachlässigung der speziellen Bedürfnisse und Herausforderungen von Frauen mit ADHS geführt hat. Diese Diskrepanz hat dazu geführt, dass viele Frauen erst spät oder gar nicht diagnostiziert werden, was ihre Lebensqualität erheblich beeinträchtigen kann.

Die Forschung muss dringend erweitert und präzisiert werden, um die spezifischen Symptome und Bedürfnisse von Frauen mit ADHS besser zu verstehen. Dies umfasst nicht nur die Anpassung der diagnostischen Kriterien, sondern auch die Entwicklung von an Frauen angepassten therapeutischen Ansätzen. Psychomotorik bietet hier ein großes Potenzial, da sie praxisorientierte Methoden und Werkzeuge bereitstellt, die Frauen mit ADHS helfen können, ihre Symptome besser zu managen und ihre Lebensqualität zu verbessern.

Ein vielversprechender Ansatz ist die Entwicklung und Implementierung von psychomotorischen Gruppenstunden, die speziell auf die Bedürfnisse von Frauen mit ADHS zugeschnitten sind. Diese Gruppenstunden bieten sowohl eine strukturierte Umgebung als auch eine unterstützende Gemeinschaft, in der Strategien zur Bewältigung von Symptomen erlernt und eingeübt werden können. Durch die Kombination von Bewegung und sozialer Interaktion können diese Gruppenstunden dazu beitragen, sich selbst besser zu spüren und das Selbstbewusstsein und die Lebensqualität der Teilnehmerinnen zu steigern.

Für ein flächendeckendes, leistbares Angebot für die gesamte von ADHS betroffene oder zur Risikogruppe gehörende Bevölkerung ist es auch notwendig, dass Psychomotorik vom österreichischen Gesundheitssystem – analog zur Musiktherapie – anerkannt und finanziell unterstützt wird, da allein schon anhand der Komorbiditäten die Mehrkosten durch Krankenstände, Arztbesuche und Rehabilitationsmaßnahmen offensichtlich sind!

12 Zusammenfassung

Diese Masterthesis untersucht die Unzulänglichkeiten der Begriffe und der Forschung zu ADHS bzw. ADS, insbesondere in Bezug auf Frauen. Durch die Analyse der historischen und aktuellen Studienlage wird deutlich, dass eine Erweiterung und Präzisierung der Forschung dringend notwendig ist. (Moffitt et al. 2015)

Die Ergebnisse dieser Arbeit unterstreichen auch die Notwendigkeit niederschwelliger Unterstützung im psychoedukativen Bereich, die im konkreten Alltag von Frauen anzusetzen ist – einleitend oder begleitend zu einer therapeutischen Begleitung mit oder ohne Medikamentation (Thapar und Cooper 2016).

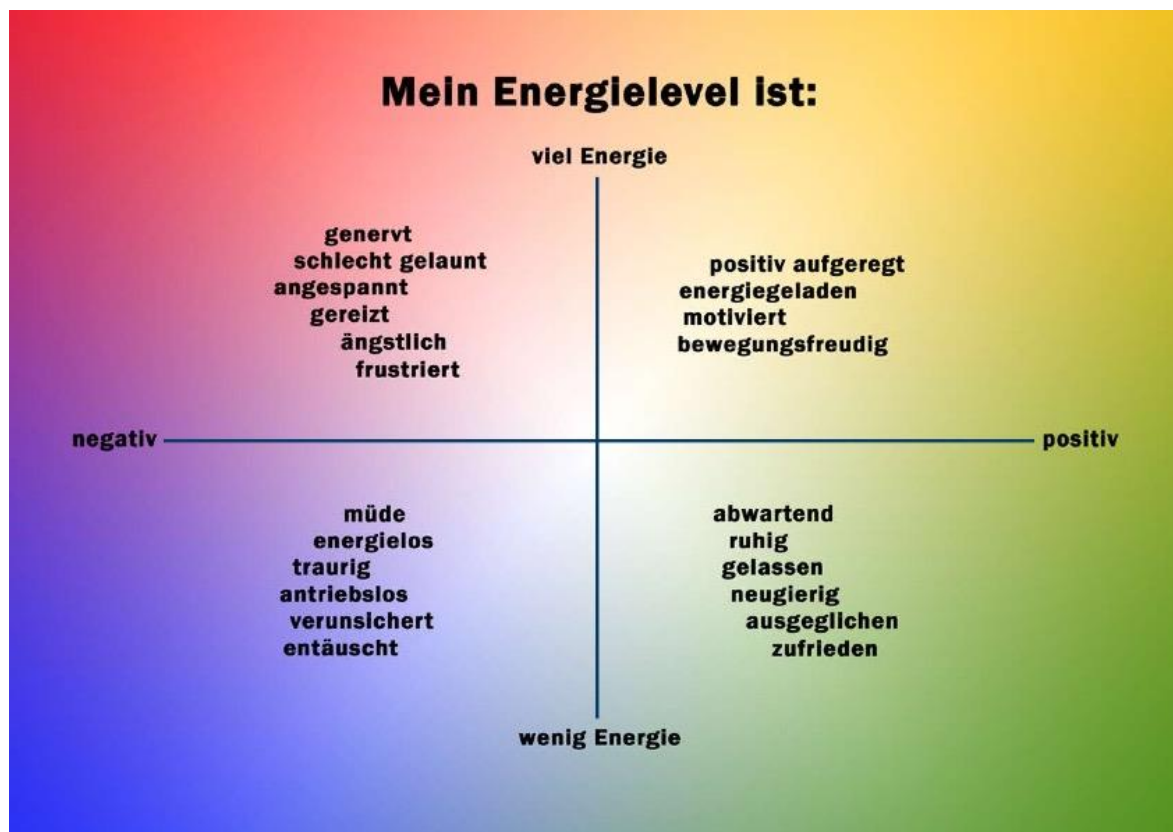
Psychomotorik bietet ein vielversprechendes Feld, um so eine praxisorientierte Unterstützung in Gruppenarbeiten anzubieten und Frauen mit ADHS Strategien anzubieten, um ihr ADHS effektiv zu managen (Krause und Krause 2013).

Ein zentraler Bestandteil dieser Arbeit ist deshalb die empirische Ausarbeitung von zehn konkreten Gruppenstunden, die als Leitfaden für eine psychomotorische ADHS-Gruppe für erwachsene Frauen gedacht sind. Obwohl diese Stunden eins zu eins übernommen werden können, werden kleine Veränderungsideen angesprochen, die generell dazu anregen sollen, die Arbeit an die spezifischen Frauengruppen (z.B. spezifische Ausprägung von Symptomen) anzupassen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: ADHS-Tools „Noradrenalin-Bahnen“.....	7
Abbildung 2: ADHS-Tools, unteres Hirn.....	7
Abbildung 3: ADHS-Tools, S. 66. Dopamin-Bahnen.....	8
Abbildung 4: ADHS-Tools, S. 65, oberes Gehirn	9
Abbildung 5: ADHS Krause, Seite 61-62.....	19
Abbildung 6: Kirsch-Haible, Seite 24.....	20
Abbildung 7: Krause & Krause	34

Anhang



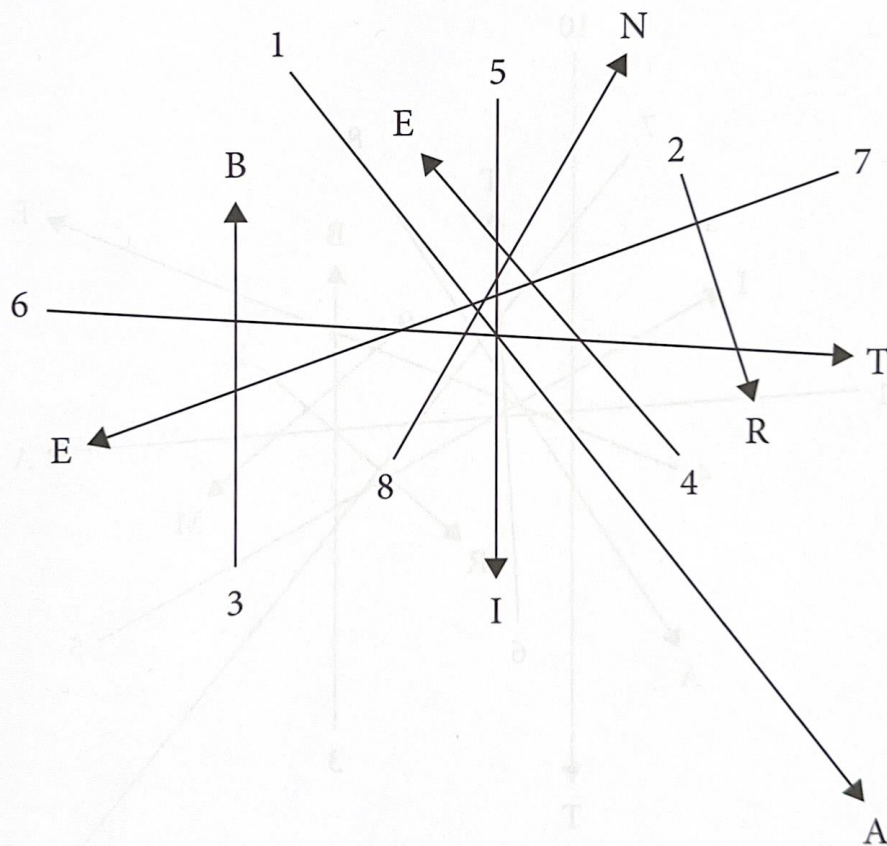
🔑 Nutzen Sie das Stopp-Prinzip. Leiten Sie sich selbst durch die Aufgabe mit den Schritten:

Stopp! Denken – Prüfen – Tun!

Sprechen Sie dabei Ihre Gedanken laut aus. Am besten sprechen Sie mit dem/der Therapeut*in alles im Frage- und Antwortstil durch.

Die Zahlen geben die Reihenfolge an, in der die Buchstaben gelesen werden sollen.

Welches Wort versteckt sich hier?



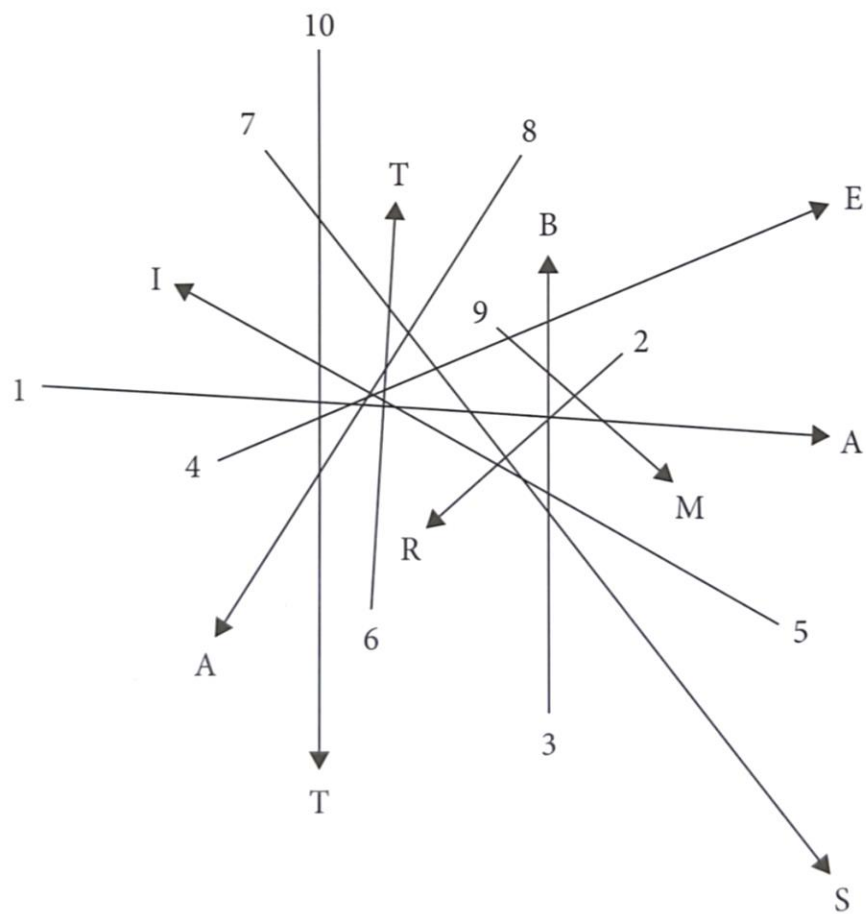
 Nutzen Sie das Stopp-Prinzip. Leiten Sie sich selbst durch die Aufgabe mit den Schritten:

Stopp! Denken – Prüfen – Tun!

Sprechen Sie dabei Ihre Gedanken laut aus. Am besten sprechen Sie mit dem/der Therapeut*in alles im Frage- und Antwortstil durch.

Die Zahlen geben die Reihenfolge an, in der die Buchstaben gelesen werden sollen.

 Welches Wort versteckt sich hier?



13 Literaturverzeichnis

ADHS-Medikamente in Österreich | ADHS Austria (2024). Online verfügbar unter https://adhs-austria.at/rezept-fuer-adhs-medikamente-oesterreich?language_content_entity=de, zuletzt aktualisiert am 12.04.2024, zuletzt geprüft am 12.04.2024.

American Psychiatric Association (2022): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5-TR™. Fifth edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.

Barkley, Russell A.; Benton, Christine M. (2024): Das grosse Handbuch für Erwachsene mit ADHS. 3., überarbeitete Auflage. Bern: hogrefe.

Buitelaar, Jan (2023): Controversies about ADHD: Early or also late-onset? Neurodevelopmental or also stress-related? In: *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 77, S. 1–3. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2023.08.497.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2025): Transsexualismus/Geschlechtsdysphorie. Online verfügbar unter <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Transsexualismus-Geschlechtsdysphorie.html#q=icd%2011%20in%20Kraft&pg=1&t=simple&po=&mi=>, zuletzt aktualisiert am 18.05.2025, zuletzt geprüft am 18.05.2025.

Carl, Christine; Ditrich, Ismene; Koentges, Christa; Matthies, Swantje (2023): Die Welt der Frauen und Mädchen mit AD(H)S. Warum sie so besonders sind und was sie stark macht. 2. Auflage. Weinheim: Beltz.

DIMDI - ICD-10-GM Version 2018 (2022). Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f90-f98.htm>, zuletzt aktualisiert am 19.04.2022, zuletzt geprüft am 12.04.2024.

Faraone, Stephen V.; Asherson, Philip; Banaschewski, Tobias; Biederman, Joseph; Buitelaar, Jan K.; Ramos-Quiroga, Josep Antoni et al. (2015): Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: *Nature reviews. Disease primers* 1, S. 15020. DOI: 10.1038/nrdp.2015.20.

Guo, Qing; Li, Zhao-Feng; Hu, Dong-Yan; Li, Pei-Jun; Wu, Kai-Nian; Fan, Hui-Hui et al. (2025): The selenocysteine-containing protein SELENOT maintains dopamine signaling in the midbrain to protect mice from hyperactivity disorder. In: *The EMBO journal* 44 (10), S. 2906–2927. DOI: 10.1038/s44318-025-00430-3.

Haas, Ruth; Golmert, Corinna; Kühn, Claudia (2014): Psychomotorische Gesundheitsförderung in der Praxis. Spiel- und Dialogräume für Erwachsene. Schorndorf: Hofmann (Reihe Motorik, Band 31).

International Classification of Diseases (ICD) (2025). Online verfügbar unter <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>, zuletzt aktualisiert am 18.05.2025, zuletzt geprüft am 18.05.2025.

Kirsch, Peter; Haible-Baer, Nina (2021): Therapie-Tools ADHS im Erwachsenenalter. 1. Auflage. Weinheim: Beltz (Therapie-Tools).

Kooij, Sandra J. J.; Bejerot, Susanne; Blackwell, Andrew; Caci, Herve; Casas-Brugué, Miquel; Carpentier, Pieter J. et al. (2010): European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. In: *BMC psychiatry* 10, S. 67. DOI: 10.1186/1471-244X-10-67.

Krause, Johanna; Krause, Klaus-Henning (2013): ADHS im Erwachsenenalter. Symptome, Differentialdiagnose, Therapie. Unter Mitarbeit von Tress Wolfgang. 4th ed. Stuttgart: Schattauer. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=7028799>.

Lundqvist, Sara; Røjås, Sara; Bador, Kourosh; Råstam, Maria; Kerekes, Nóra (2025): Somatic comorbidities and health related uncertainty among Swedish adolescents with ADHD. In: *Frontiers in psychiatry* 16, S. 1534280. DOI: 10.3389/fpsyt.2025.1534280.

Moffitt, Terrie E.; Houts, Renate; Asherson, Philip; Belsky, Daniel W.; Corcoran, David L.; Hammerle, Maggie et al. (2015): Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. In: *The American journal of psychiatry* 172 (10), S. 967–977. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.14101266.

Pschyrembel, Willibald (2023): Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 269., neu bearbeitete Auflage. Berlin, Boston: De Gruyter. Online verfügbar unter <https://www.degruyter.com/isbn/9783110783346>.

PubMed (2025): ADHD AND cause - Search Results - PubMed. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=ADHD+AND+cause&filter=datesearch.y_5&sort=pupdate, zuletzt aktualisiert am 09.05.2025, zuletzt geprüft am 09.05.2025.

- Ryffel-Rawak, Doris (2017): ADHS bei Frauen – den Gefühlen ausgeliefert. 4., aktualisierte Auflage. Bern: hogrefe. Online verfügbar unter <http://elibrary.hogrefe.com/9783456958248>.
- Shi, Shangyun; Baranova, Ancha; Cao, Hongbao; Zhang, Fuquan (2025): Exploring causal associations between plasma metabolites and attention-deficit/hyperactivity disorder. In: *BMC psychiatry* 25 (1), S. 498. DOI: 10.1186/s12888-025-06951-9.
- Thapar, Anita; Cooper, Miriam (2016): Attention deficit hyperactivity disorder. In: *Lancet (London, England)* 387 (10024), S. 1240–1250. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00238-X.
- wien (2025): Webinare - wien - OAK. Online verfügbar unter <https://www.aekwien.at/webinare>, zuletzt aktualisiert am 18.05.2025, zuletzt geprüft am 18.05.2025.
- Wiener Gesundheitsverbund - Klinik Hietzing (2025): Suche. Online verfügbar unter https://klinik-hietzing.gesundheitsverbund.at/suche/?q=Ekkehard%20schweitzer&site%5B0%5D=hietzing&type%5B0%5D=post&type%5B1%5D=portfolio&submit=Suchen&_csrf=cde53656ac, zuletzt aktualisiert am 18.05.2025, zuletzt geprüft am 18.05.2025.
- Yildiz, Iclal; Rommes, Els; Das, Enny (2025): Cultural differences in diagnosis and treatment perceptions: Turkish collectivistic representations of common mental disorders. In: *International journal of qualitative studies on health and well-being* 20 (1), S. 2459353. DOI: 10.1080/17482631.2025.2459353.
- Zimmer, Renate (2022): Handbuch Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung von Kindern. 2., durchgesehene Auflage der überarbeiteten Neuausgabe 2022, (15. Gesamtauflage). Freiburg, Basel, Wien: Herder.

Abstract (deutsch)

Diese Masterthesis untersucht die Unzulänglichkeiten der Begriffe und der Forschung zu ADHS, insbesondere in Bezug auf Frauen. Traditionell wurde ADHS hauptsächlich bei Buben diagnostiziert und erforscht, was zu einer Vernachlässigung der spezifischen Bedürfnisse und Herausforderungen von Frauen mit ADHS geführt hat. Durch die Analyse der historischen und aktuellen Studienlage wird deutlich, dass eine Erweiterung und Präzisierung der Forschung dringend notwendig ist. Psychomotorik bietet ein vielversprechendes Feld, um praxisorientierte Unterstützung in Gruppenarbeiten anzubieten und Frauen mit ADHS Strategien an die Hand zu geben, um ihr ADHS zu verstehen und effektiv zu managen. Ein zentraler Bestandteil dieser Arbeit ist die Ausarbeitung von zehn konkreten praktischen Gruppenstunden, die als Leitfaden für eine psychomotorische ADHS-Gruppe für erwachsene Frauen gedacht sind. Diese Gruppenstunden bieten eine strukturierte und unterstützende Umgebung, in der die Teilnehmerinnen durch Bewegung, Spiel, Experimenten und gemeinsamen Austausch ihre ADHS verstehen und Strategien zur Bewältigung ihrer Symptome erlernen können. Die Ergebnisse dieser Arbeit unterstreichen die Notwendigkeit einer gezielten Forschung und therapeutischen Ansätze, die die spezifischen Bedürfnisse von Frauen mit ADHS berücksichtigen.

Abstract (english)

This master's thesis examines the inadequacies of the concepts and research on ADHD, particularly concerning women. Traditionally, ADHD has been primarily diagnosed and researched in boys, leading to a neglect of the specific needs and challenges faced by women with ADHD. By analyzing the historical and current state of research, it becomes clear that an expansion and refinement of research is urgently needed. Psychomotricity offers a promising field to provide practical support in group work and to equip women with ADHD with strategies to understand and effectively manage their condition. A central component of this work is the development of ten concrete practical group sessions designed as a guide for a psychomotor ADHD group for adult women. These group sessions provide a structured and supportive environment in which participants can understand their ADHD and learn strategies to cope with their symptoms through movement, play, experiments, and shared experiences. The results of this work underscore the need for targeted research and therapeutic approaches that consider the specific needs of women with ADHD.