

ADHS im Spannungsfeld von medizinischem Modell, Neurodiversität und Personzentriertem Ansatz

Schriftliche Arbeit im Rahmen der fachspezifischen
Ausbildung „Personzentrierte Psychotherapie“ im FORUM

Mag. Felix Linhart

2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Fallvignette Herr A	5
1. Das medizinische Modell – Was ist ADHS?	5
1.1. Diagnostik nach dem ICD-11	5
1.2. Beschreibung der Symptome	6
1.2.1. Die Kernsymptome	7
1.2.2 Weitere Symptome	8
1.3. Psychiatrische Diagnosen und Ätiologie	8
1.4. ADHS als Störung der Selbstregulation, der Exekutivfunktionen und des Neurotransmitterhaushalts	9
1.5. ADHS als Erbkrankheit/Genetik	10
1.6. Psychosoziale Faktoren (und das personzentrierte Entwicklungsmodell)	11
1.7. Prävalenz und Entwicklung über das Lebensalter	13
1.8. Medikamentöse Behandlung	14
2. Neurodiversität	15
2.1. Was ist normal? Welche Begriffe von Normalität gibt es?	15
Fallvignette Herr B	16
2.2. Neurodiversität/Neurodivergenz	16
2.3. Der Paradigmenwechsel – das Neurodiversitätsparadigma	19
3. Der Personzentrierte Ansatz	21
3.1. Der personzentrierte Ansatz und das medizinische Modell	21
3.2. PZA und ADHS/Neurodiversität	24
4. Fazit	29
5. Literaturverzeichnis	32

Abstract

In dieser Arbeit soll ADHS aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet und beschrieben werden. Einerseits aus der dem medizinischen Modell entsprechenden Sicht und andererseits aus jener, die sich aus dem Neurodiversitätsparadigma ergibt. Beide Sichtweisen werden hinsichtlich Passung und Abgrenzung zum Personzentrierten Ansatz geprüft bzw. darauf, wie sie mit meiner auf dem Personzentrierten Ansatz basierten Haltung und meiner psychotherapeutischen Praxis vereinbar sind – wo ergänzen sie sich, wo gibt es Konfliktlinien. Am Beispiel ADHS wird dabei das personzentrierte Verhältnis zu medizinischen Vorstellungen und dem Konzept von psychischen Störungen in Analogie zu körperlichen Erkrankungen reflektiert. Inwieweit lassen sich diese mit dem personzentrierten Streben nach persönlichem Wachstum und persönlicher Entwicklung in Einklang bringen.

Einleitung

In der medialen Öffentlichkeit ist ADHS seit einigen Jahren ein populäres und auch emotional diskutiertes Thema. Ein Teil des Diskurses beschäftigt sich mit den Ursachen, ein anderer mit einer vermeintlichen oder tatsächlichen Zunahme von ADHS. Oft wird darüber auch im Zusammenhang mit soziokulturellen Veränderungen, die mit der Verbreitung des Internets, Smartphones und sozialen Medien einhergegangen sind, gesprochen, und wie sich mit unseren Medien auch unsere Fähigkeit, uns zu konzentrieren und längere Zeit die Aufmerksamkeit zu halten, verändert hätte. Dabei taucht auch die Frage auf, inwieweit ADHS über unsere Gene in der Familie weitergegeben wird, oder ob ungünstige, traumatische Erfahrungen zu entsprechenden Symptomen führen würden.

Aber auch, wie soll ADHS gesellschaftlich gesehen, bewertet und eingeordnet werden? Ist es eine Krankheit bzw. eine Störung, wie die Bezeichnung nahelegt, deren Behandlung danach trachten sollte, einen Normalzustand herzustellen, oder diesem zumindest näher zu kommen? Oder handelt es sich um eine Variante der menschlichen Vielfalt, und die Forderung an die Gesellschaft läge darin, die Bedingungen zu schaffen, damit die betroffenen Personen ihre Potenziale ausleben und verwirklichen könnten?

Auch in meiner psychotherapeutischen Praxis begegnet mir das Thema in verschiedenartiger Weise. Neben Personen, die eine ADHS-Diagnose haben, suchen andere, die (noch) keine

haben, darin eine tiefergehende Erklärung für Schwierigkeiten. Etwa in Studium oder Beruf, wenn sie sich zu Aufgaben, die in sich nicht lustvoll, aber vielleicht mittelfristig wichtig sind, nicht oder nur dann, wenn die Konsequenzen eines weiteren Aufschubs als sehr bedrohlich erscheinen, motivieren können. Auch in meinem privaten Umfeld höre ich zunehmend, dass Personen in fortgeschrittenem Erwachsenenalter sich in der Diagnose zu erkennen glauben oder diese erst kürzlich bei einer psychologischen Testung bestätigt bekommen haben.

Bei diesen Personen geht es nicht um plötzlich aufgetretene Schwierigkeiten, sondern um Probleme, die schon das ganze Leben oder jedenfalls sehr lange schon bestanden haben und deshalb so zu deren Normalität gehören, dass sie bislang nicht hinterfragt wurden oder als Teil ihrer Persönlichkeit hingenommen wurden. Das legt für mich die Frage nahe, was eine psychische Störung eigentlich ist und wo wir die Grenze ziehen, an der nicht mehr von einer Variante der gesunden psychischen Entwicklung ausgegangen wird. Offenkundig hängt die Antwort von gesellschaftlichen Konventionen ab, die sich im Laufe der Zeit verändern können. Persönlichkeitsmerkmale, die in der Vergangenheit als Variante des Normalen oder jedenfalls nicht als krankheitswertig verstanden wurden, können in der Gegenwart zu einer Diagnose führen. Je nach Sichtweise kann das als eine zunehmende Pathologisierung der Gesellschaft oder aber auch als Ausdruck einer gestiegenen Toleranz gesehen werden – in dem Sinne nämlich, dass bestimmte Eigenschaften und Verhaltenstendenzen als Ausdruck einer Störung oder Erkrankung verstanden werden und damit nicht mehr in der individuellen Verantwortung liegen. Neigungen, Aufgaben aufzuschieben oder sich impulsiv zu verhalten, werden dann nicht mehr als Faulheit oder Unbeherrschtheit gewertet, sondern als Symptome einer veranlagten oder früh erworbenen Persönlichkeitsstruktur, die den Verhaltensspielraum einschränkt und psychisches Leid mit sich bringen kann.

Grund genug, das Phänomen näher zu betrachten und zu versuchen, es für mich fassbarer zu machen. Ich möchte zunächst die psychiatrisch-medizinische Sicht beschreiben und dieser dann das identitäts-politische Konzept der Neurodiversität entgegenstellen. Ziel dieser Arbeit ist es zu untersuchen, inwiefern medizinisches Modell und Neurodiversitätsparadigma mit dem personenzentrierten Ansatz vereinbar sind und welche Konsequenzen sich daraus für meine therapeutische Praxis ergeben.

Um die Thematik anschaulich zu machen, möchte ich kurz eine Person aus meiner Praxis vorstellen, auf die ich mich im weiteren Verlauf noch beziehen werde:

Fallvignette Herr A

aus Datenschutzgründen entnommen

1. Das medizinische Modell – Was ist ADHS?

Zunächst möchte ich die klassisch-medizinischen Herangehensweise an das Thema betrachten.

1.1. Diagnostik nach dem ICD-11

Schon lange gibt es Beschreibungen von ADHS, bzw. ähnlichen Symptombildern.

Die neueste Version der Klassifikation von Krankheiten der WHO, das ICD-11, das sich derzeit in der Implementationsphase befindet und mittelfristig auch in Österreich verwendet werden wird, ordnet ADHS bei den Neuromentalen Entwicklungsstörungen ein (neurodevelopmental disorders). Diese beinhalten kognitive und Verhaltensstörungen, die während der Entwicklungsphase entstehen und mit bedeutsamen Schwierigkeiten des Erwerbs und der Ausführung bestimmter intellektueller, motorischer, sprachlicher oder sozialer Funktionen verbunden sind.

Allgemein wird ADHS so beschrieben:

6A05 Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung ist durch ein anhaltendes Muster (mindestens 6 Monate) von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität-Impulsivität gekennzeichnet, das sich unmittelbar negativ auf das schulische, berufliche oder soziale Funktionsniveau auswirkt. Es gibt Anzeichen für bedeutsame Unaufmerksamkeits- und/oder Hyperaktivitäts-Impulsivitätssymptome vor dem 12. Lebensjahr, typischerweise in der frühen bis mittleren Kindheit, obwohl einige Personen erst später klinisch auffallen können. Das Ausmaß der Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität-Impulsivität liegt außerhalb der normalen Schwankungsbreite, die für das Alter und das intellektuelle Funktionsniveau erwartet wird. Unaufmerksamkeit beschreibt bedeutsame Schwierigkeiten, die

Aufmerksamkeit für Aufgaben aufrechtzuerhalten, die keine hohe Stimulation oder häufige Belohnung bieten, sowie Ablenkbarkeit und Probleme bei der Organisation. Hyperaktivität bezieht sich auf übermäßige motorische Aktivität und Schwierigkeiten mit dem Stillhalten, die vor allem in strukturierten Situationen auftreten, die eine Selbstkontrolle des Verhaltens erfordern. Impulsivität beschreibt die Tendenz, auf unmittelbare Reize hin zu handeln, ohne zu überlegen oder die Risiken und Folgen zu bedenken. Die jeweilige Symptomausprägung von unaufmerksamen und hyperaktiv-impulsiven Merkmalen sind von Person zu Person unterschiedlich und können sich im Laufe der Entwicklung verändern. Damit eine Diagnose gestellt werden kann, müssen die Symptomausprägungen von Unaufmerksamkeit und/oder der Hyperaktivität-Impulsivität in verschiedenen Situationen oder Umgebungen (z. B. zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz, bei Freunden oder Verwandten) zu beobachten sein, wobei sie je nach Gegebenheiten und Anforderungen der Umgebung variieren können. Die Symptome lassen sich nicht besser durch eine andere psychische, verhaltensbezogene oder neuromentale Entwicklungsstörung erklären und sind nicht auf die Wirkung einer Substanz oder eines Medikaments zurückzuführen.

Es werden 3 Subtypen beschrieben:

Der vorwiegende unkonzentrierte, der vorwiegend hyperaktiv-impulsive und der kombinierte Typ.

(ICD-11: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1516623224> (abgerufen am 16.2.2026)/ deutsche Entwurfsfassung des deutschen Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html (abgerufen am 16.2.2026))

1.2. Beschreibung der Symptome

In der medizinischen Diagnostik spielt die Symptomebene eine wichtige Rolle. Im Folgenden werden die Symptome, die mit ADHS typischerweise in Verbindung gebracht werden, dargestellt. Neben den Kernsymptomen, die sich auch in den Diagnoseschemata als Voraussetzung für eine Diagnose finden, gibt es viele weitere Symptome, welche bei ADHS-Personen beschrieben werden.

1.2.1. Die Kernsymptome

Es gibt also im ICD-11 (und auch in anderen Diagnoseschemata) die drei Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität, die für eine Diagnose ausschlaggebend sind.

Unaufmerksamkeit

Diese äußert sich oft durch schnelles Abschweifen bei längeren Texten, Filmen oder Gesprächen. Absprachen werden teils nicht registriert oder vergessen. Aufgaben werden flüchtig und fehleranfällig erledigt – besonders Routinetätigkeiten. Typisch ist auch die Schwierigkeit, Reize zu filtern und zu priorisieren. Viele Aufgaben werden begonnen, aber nicht beendet. Vorhaben werden zugunsten anderer im Moment interessanterer Tätigkeiten aufgeschoben. Zeitmanagement und Fähigkeit sich zu organisieren sind oft mangelhaft. Diese Schwierigkeiten können viel Zeit und Kraft kosten. Manches kann kompensiert werden, aber die Resilienz gegenüber Überlastung ist verringert. Wenn Interesse und Neugier sehr hoch sind, kann es auch vorkommen, dass es möglich ist, sich mit einer Thematik sehr intensiv zu beschäftigen und dabei die Zeit zu vergessen. Hier wird von Hyperfocus gesprochen. Dieses Phänomen macht klar, dass die Probleme nicht an generellen intellektuellen Mängeln liegen.

Hyperaktivität

ist durch eine quälende innere Unruhe gekennzeichnet, die es schwer macht, oder sogar verunmöglicht, zur Ruhe zu kommen. Ein Rauschen der Gedanken wird beschrieben. Längeres Stillsitzen kann eine Herausforderung sein, insbesondere, wenn auch eine Aufmerksamkeitsproblematik gegeben ist. Auch das Einschlafen kann schwierig sein. Die Betroffenen wirken oft sehr energiereich und lebendig, können von der Umgebung aber auch als laut empfunden werden. Oft sind sie beruflich an vielen verschiedenen Projekten gleichzeitig tätig. Nicht selten wird Nikotin oder THC als Selbstmedikation eingesetzt.

Impulsivität

kann sich in starker Ungeduld beim Warten äußern. Die Frustrationstoleranz ist verringert. Kritik, Widerspruch oder auch ein versehentliches Anrempeln können schnell als persönlicher Angriff verstanden werden, auf die mit unbedachten Äußerungen reagiert wird.

Oft wird risikoreiches Verhalten gezeigt. Typisch ist ein schnelles Begeistern für Aktivitäten, auf das ebenso schnell Langeweile folgt.

Herr A. (s. Fallvignette) würde dem vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ zugeordnet werden.

1.2.2 Weitere Symptome

Neben den drei Hauptsymptomen wird ADHS noch mit einer Reihe weiterer in Verbindung gebracht. Das emotionale Erleben betreffend, werden zwei gegensätzliche Typen beschrieben. Es gibt Betroffene, die Stimmungen sehr schnell erfassen und spontan jene von anderen Personen und Situationen übernehmen, also sehr einführend und verständnisvoll sind. Typisch wären auch schnell umspringende Stimmungen, die als Stimmungs labilität und Launenhaftigkeit empfunden werden. Bei einer anderen Subgruppe scheint das Einfühlungsvermögen deutlich eingeschränkt und die Gefühlslage eher monoton. Hier gehen die Symptome in Richtung Autismus.

Das Selbstwertgefühl ist oft vermindert. Es kann einen Unterschied machen, ob es eine Diagnose gibt, weil damit einhergehend manchmal mehr eigenes und fremdes Verständnis dafür vorhanden ist, dass die Fähigkeiten, sich eigenen und sozialen Vorstellungen entsprechend zu verhalten, deutlich eingeschränkt sein können.

Typische mit ADHS verbundene Schwierigkeiten können dazu führen, als dumm, faul, jähzornig oder oberflächlich bewertet zu werden, oder sich selbst so zu sehen. Oft wird auch das Gefühl erlebt, das eigene Potenzial nicht ausschöpfen zu können. All dies geht oft mit großer Scham einher.

Der Tag-Nachtrhythmus ist oft durcheinander. Viele Betroffene sind untertags müde und haben abends und nachts das Gefühl, klarer und leistungsfähiger zu sein.

1.3. Psychiatrische Diagnosen und Ätiologie

Da im medizinischen Zugang die Diagnose eine elementare Rolle spielt, finde ich es interessant, darauf zu schauen, was eine Diagnose eigentlich ist.

Die modernen Diagnosekataloge (ICD, DSM) beschränken sich bei der Beschreibung von psychischen Störungen auf eine Kategorisierung von häufig gebündelt auftretenden Symptomen, bleiben also auf Syndromebene, und enthalten sich bewusst soweit wie

möglich aller ätiologischen Aussagen und Annahmen, und bemühen sich um neutrale Begriffe, die nicht mit einem bestimmten Erklärungsansatz verbunden sind. Da die Einordnung nur aufgrund bestimmter Symptome vorgenommen wird, ist es durchaus vorstellbar und plausibel, dass unterschiedliche Ursachen und pathogenetische Verläufe zu selben Diagnosen führen können. Tebartz van Elst (2023) spricht deshalb bei Diagnosen, wie Schizophrenie oder Depression, von pseudokategorialen Begriffen, die 20 oder 30 unterschiedliche Ätiologien und Pathogenesen zusammenfassen würden. Problematisch ist, dass dies oft übersehen wird, und diese pseudokategorialen Begriffe analog zu körperlichen Krankheiten (etwa eine Viruserkrankung), mit klarer Ursache und klarem Verlauf, gedacht werden.

Auch bei ADHS ist es fast sicher so, dass die entsprechenden Symptome ganz unterschiedliche Ursachen haben können. (vgl. Nigg, 2006)

ADHS als Diagnose ist also ein kategoriales Konstrukt, das eine Sammlung von auf Verhaltensebene gehäuft gemeinsam auftretenden Phänomenen darstellt. Die möglichen Ursachen werden in den Klassifikationsschemata bewusst nicht thematisiert. Besonders an ADHS erscheint mir, wie unterschiedlich und teilweise entgegengesetzt die zusammengefassten Phänomene bzw. Verhaltensweisen sind.

1.4. ADHS als Störung der Selbstregulation, der Exekutivfunktionen und des Neurotransmitterhaushalts

Da die ADHS-Diagnose bei sehr unterschiedlichen, teils gegensätzlichen Symptomlagen gestellt wird (z. B. hyperaktiv vs. hypoaktiv, emotional mitschwingend vs. abgestumpft), stellt sich die Frage nach dem Gemeinsamen dieser Subtypen. Eine verbreitete Erklärung sieht dieses in einer Störung der Selbstregulation, also der Fähigkeit, Verhalten, Denken, Aufmerksamkeit und emotionale Prozesse zu steuern (Nigg, 2017). Entsprechende Beeinträchtigungen gehen typischerweise mit verminderter Produktivität, Ineffizienz, schlechter Planung, Fristversäumnissen sowie dem Verlieren oder Vergessen von Gegenständen einher (vgl. Solanto, 2015).

Eng damit verbunden wird ADHS als Störung exekutiver Funktionen verstanden, die unter anderem Zielsetzung, Impulskontrolle, Arbeitsgedächtnis, Emotionsregulation, Selbstmotivation sowie Planen und Problemlösen umfassen und vor allem im präfrontalen

Cortex lokalisiert werden (vgl. Barkley, 2021; Tebartz van Elst, 2023). Dopamin und Noradrenalin spielen hierbei eine zentrale Rolle (vgl. Roy, 2021a).

Eine weitere neurowissenschaftliche Perspektive beschreibt ADHS als Desynchronisierung des Default Mode Network und des Task Positive Network, die bei neurotypischer Funktion wechselseitig inhibiert sind, bei ADHS jedoch gleichzeitig und konkurrierend aktiv werden (vgl. Hallowell & Ratey, 2021).

1.5. ADHS als Erbkrankheit/Genetik

In wenigen Fällen besteht ein klarer genetischer Zusammenhang, etwa beim Fragilen-X-Syndrom (vgl. Tebartz van Elst, 2023). Für die meisten ADHS-Fälle lässt sich jedoch kein eindeutiger genetischer Marker identifizieren; stattdessen wird von einer polygenen Disposition ausgegangen, bei der viele Gene jeweils nur einen kleinen Varianzanteil erklären (vgl. Nigg, 2017).

Entsprechend fehlen belastbare biologische Marker wie Bluttests oder bildgebende Verfahren, sodass genetische Zusammenhänge meist nur indirekt aus familiären Häufungen und Zwillingsstudien erschlossen werden (vgl. Johnstone, 2014). So ist das Risiko bei Verwandten ersten Grades erhöht (vgl. Nigg, 2006), doch diese Befunde sind korrelativ, da genetische und Umweltfaktoren in Familien nicht trennbar sind. Gegen eine rein genetische Erklärung spricht zudem, dass eineiige Zwillinge nicht vollständig konkordant sind und Buben häufiger diagnostiziert werden, obwohl die Risikogene gleich verteilt sind (Döpfner et al., 2020).

Eine hohe Erbllichkeit schließt Umwelteinflüsse nicht aus, sondern verweist auf Gen-Umwelt-Interaktionen, die sich etwa epigenetisch darstellen lassen: reversible, teils vererbare Markierungen der DNA beeinflussen die Genexpression (vgl. Nigg, 2017). Gene bestimmen somit nicht allein die Entwicklung, sondern begründen eine Anfälligkeit, die erst im Zusammenspiel mit Umweltbedingungen wirksam wird.

Die familiäre Häufung zeigt sich bei Herrn A (s. Fallvignette): Mehrere Personen in nächster Verwandtschaft sind ADHS-Personen.

1.6. Psychosoziale Faktoren (und das personzentrierte Entwicklungsmodell)

Umweltfaktoren sind also – selbst, wenn eine starke genetische Komponente vermutet wird – von großer Bedeutung für die Entwicklung. Darunter fallen auch psychosoziale Einflüsse.

Wie schon angedeutet, können Eltern nicht nur genetisch, sondern auch durch ihr Verhalten etwas weitergeben oder evozieren. So wäre beispielsweise ein vorstellbarer Zusammenhang, dass ein zur Impulsivität neigender Elternteil durch schwer vorherzusehendes Verhalten zur Entwicklung von ADHS beiträgt. Ein anderer selbst-verstärkender Zusammenhang läge darin, dass betroffene Kinder in höherem Maße negative Reaktionen der Umwelt erfahren und dadurch die Symptome gefördert würden. Oder wenn der einzige - wenn auch negative Weg - Beachtung und Zuwendung zu bekommen, darin liegen würde, sich hyperaktiv und impulsiv zu verhalten.

Es könnte auch sein, dass aktive Kinder die Nähe anderer aktiver Kinder suchen und sie sich wechselseitig bei der Ausbildung dieses Merkmals unterstützen würden.

Neben dem familiären Umgang können auch biologische (etwa Mangelernährung) und toxische (z.B. Blei) Belastungen auf eine ADHS-Entwicklung wirken. (vgl. Döpfner, Holtmann, Steinhausen, 2020)

Nach dem personzentrierten Entwicklungsmodell, entsteht in Abhängigkeit von der unbedingt positiven Beachtung und dem empathischen Verstehen, das wichtige Bezugspersonen den kindlichen Erfahrungen entgegenbringen, in den ersten Lebensjahren ein Selbstbild. Sind Positive Beachtung und Empathisches Verstehen nur eingeschränkt, bzw. bedingt gegeben, können die kindlichen Erfahrungen nicht kongruent in das Selbstbild integriert werden (vgl. Rogers, 1959, S. 226). Sind die wichtigen Bezugspersonen hinsichtlich bestimmter Erfahrungen selbst inkongruent (Bsp.: sie können ihre eigene Aggression nicht unverzerrt wahrnehmen), wird es ihnen nicht möglich sein, das Kind in dieser Hinsicht unbedingt positiv wahrzunehmen und empathisch zu verstehen (vgl. Biermann-Ratjen, Eckert, Schwartz, 2016, S. 80). In diesem Verständnis kann also Inkongruenz intergenerational weitergegeben werden.

Im Beispiel am Beginn dieses Abschnitts, wäre es denkbar, dass ein impulsiver Elternteil für bestimmte kindliches Verhalten, bzw. Gefühlsäußerungen, nur wenig Geduld hat, und sich vom Kind und dessen Erfahrung rasch abwendet. Dem Kind wird vermittelt, dass es auf eine bestimmte Weise sein muss, um Positive Beachtung zu erfahren. Bestimmte kindliche

Erfahrungen können also nicht vollständig symbolisiert werden, ähnliche Erfahrungen werden in Folge gemieden, das Kind hat eine Bewertungsbedingung entwickelt (vgl. Rogers, 1959, S. 224f). Die Vermeidung der Erfahrungen - die Abwehr - kann sich auf verschiedene Weisen, wie Angst oder Depression, bemerkbar machen, die sich wiederum auf vielfältige Weise im Verhalten ausdrücken können - auch in Symptomen, die mit ADHS in Verbindung gebracht werden.

Nach Jürgens-Jahnert, Hollick, Gildhoff (2015, S. 86) bringt ein Teil der betroffenen Kinder biologische und/oder physiologische Faktoren mit auf die Welt, welche an sich nicht unbedingt als krankheitswertig zu betrachten sind. Wenn sie allerdings nicht ausreichend unbedingt positive Beachtung und empathisches Verstehen erfahren, können sich Inkongruenzen ergeben, die zu einer ADHS-Diagnose entsprechenden Merkmalen führen. Werden sie auch in diesen nicht unbedingt positiv beachtet und empathisch verstanden, kann dies in dieser Betrachtungsweise sekundär zu Angst, Depression und auch sozialen Problemen führen.

Im therapeutischen Kontext von besonderem Interesse sind die Einflüsse von Eltern-Kind-Interaktionen. Nach Deault (2010) führt - den elterlichen Umgang mit den Kindern betrachtend - ein Mangel an Wärme, positiver elterlicher Involvierung, bestrafendes Verhalten und Übergriffigkeit zu mehr und stärkeren Symptomen.

Döpfner et al. (2020) sehen besonders erzwingende Interaktionen als ungünstig. Mütter von Kindern mit ADHS würden an diese häufiger Aufforderungen richten, sich häufiger in negativer Weise äußern und sich weniger responsiv den Kindern gegenüber verhalten. Sie beschreiben folgende Spirale: Die Kinder zeigen auffälliges expansives Verhalten, und würden so (negativ getönte) Aufmerksamkeit erhalten, während angemessenes (sic) Verhalten kaum beachtet würde. Eltern drohen, Kinder reagieren nicht, Eltern geben entweder nach oder agieren impulsiv und aggressiv. Es würden sich gegenseitig erzwingende Interaktionen ergeben.

Die beschriebenen Mechanismen können auch als verschiedener Formen eines Mangels an unbedingt positiver Beachtung und empathischem Verstehen, bzw. einer an Bedingungen geknüpfte positive Beachtung, verstanden werden. Rogers (1959, S. 223) beschreibt ein Bedürfnis nach positiver Beachtung - das Bedürfnis im eigenen Erleben gesehen werden wollen, beachtet werden wollen, verstanden werden wollen als lebenswertes und

liebenswertes, nicht mit anderen zu verwechselndes, mit sich selbst identisches Individuum (vgl. Biermann-Ratjen, Eckert, Schwartz, 2016, S. 69). Dieses kann wichtiger werden, als die organismische Bewertung. Nicht beachtete Erfahrungen werden nicht ins Selbstbild integriert.

Schließlich können Deprivationserfahrungen, also massive emotionale Entbehrungen, zu bleibenden ADHS-Symptomen führen.

Wenn in den ersten Lebensmonaten und -jahren nicht in ausreichendem Maße emotionale Wärme, sowie empathisches Verstehen und unbedingt positive Beachtung gegeben sind, können die kindlichen Erfahrungen nicht ins Selbstbild integriert werden, sodass kein, bzw. nur eine sehr fragile Selbststruktur entwickeln kann. Daraus können sich diverse psychische Schwierigkeiten ergeben, auch solche die als ADHS-typisch kategorisiert werden.

1.7. Prävalenz und Entwicklung über das Lebensalter

Während ADHS früher nur als Störung im Kindesalter beschrieben wurde, gibt es mittlerweile eine große Zahl von Untersuchungen, die sich mit ADHS im Erwachsenenalter auseinandersetzen. Die Symptomatik kann remittieren, in einer beträchtlichen Zahl der Fälle bleibt sie aber auch im Erwachsenenalter bestehen.

Wenn in der frühen Kindheit Hinweise für ADHS erkannt werden, kann das Temperament von Kindern, das als Prädisposition verstanden wird, in Augenschein genommen werden. Dies beinhaltet das Aktivitätsniveau, Energie, die Aufmerksamkeitsspanne, die Stimmungslage, Adaptabilität und schon früh Selbstregulation und Selbstkontrolle. Die Entwicklung von Selbstkontrolle wird von Bezugspersonen durch die Beziehungs- und Umweltgestaltung beeinflusst. Während die Zusammenhänge zwischen Temperament im Kleinkindalter und einer späteren Diagnose bescheiden sind, zeigt sich Hyperaktivität bei ungefähr der Hälfte der betroffenen Kinder schon im Alter von drei Jahren, häufig auch in oppositionell-trotzigem Verhalten.

Schulische Anforderungen an Stillsitzen und Halten der Aufmerksamkeit führen schließlich häufig zur (Erst-)Inanspruchnahme von Hilfe.

Bei einem Teil der Kinder gibt es im Jugendalter eine vollständige Remission, ein großer Teil hat aber weiter Schwierigkeiten. Typisch sind in diesem Alter fortdauernde Unaufmerksamkeit, abnehmende Hyperaktivität, Planungs- und Organisationsdefizite, mit

dissozialem und delinquentem Verhalten assoziierte Probleme, emotionale Probleme, Substanzmissbrauch und Unfälle.

Anhaltende Symptomatik im Erwachsenenalter gehen häufig mit Beeinträchtigungen in Beruf, Partnerschaft und Freizeit einher. Hyperaktivität hat im Erwachsenenalter weniger Bedeutung, die Aufmerksamkeitsproblematik, die sich vor allen in Leistungsbereichen (in Ausbildung und Beruf) zeigt, aber sehr wohl. Hyperaktivität kann in Dysphorie bei Inaktivität, Unordnung der Gedanken und Unfähigkeit, sich zu entspannen, übergehen.

Grundsätzlich bleiben auch bei Remission auf Syndromebene (Symptome sind in Intensität und Anzahl nicht mehr ausreichend vorhanden, um eine Diagnose zu stellen) Symptome und die psychosozialen Schwierigkeiten in hohem Maße bestehen (vgl. Steinhausen und Sobianski, 2020).

1.8. Medikamentöse Behandlung

Die psychiatrische Behandlung von ADHS ist, wie auch bei anderen Diagnosen, oft zu Beginn, und manchmal ausschließlich, eine medikamentöse.

Typischerweise werden die Stimulanzien Methylphenidat und Lisdexamfetamin und der selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin verschrieben, aber Off-Label auch verschiedene Antidepressiva, wie etwa Bupropion (vgl. Roy, Edenhuizen, Dillo, 2021).

In einem populären Ratgeber von Barkley (2021) findet sich die Behauptung, dass Medikamente bei 50-65 % der Personen mit ADHS das Verhalten „normalisieren“ und bei weiteren 20-30 % substanzielle Verbesserungen bringen würden. In einem ebenfalls von Barkley herausgegeben Buch schreibt Murphey (2014) etwas weniger euphorisch, Medikation wäre zwar der „Goldstandard“ und Grundstein der Behandlung von ADHS, es sei aber zunehmend klar geworden, dass die meisten Erwachsenen mit ADHS zumindest ein gewisses Maß an Beratung bzw. Psychotherapie benötigen würden, um die mannigfaltigen Herausforderungen bewältigen zu können.

Bescheidener sind die Ergebnisse einer Metastudie von 2016 (vgl. Cunill et al.), die Ergebnisse von 44 Studien vergleicht: pharmakologische Behandlung bringe zwar leichte Symptombesserung, aber auch mehr unerwünschte Nebenwirkungen und häufigeren Behandlungsabbruch, vor allem dann, wenn keine begleitende Psychotherapie stattfindet. Der therapeutische Effekt von Medikamenten scheint mit der Zeit abzunehmen.

2. Neurodiversität

Der Blick in die beschriebenen Diagnoseschemata und die Befassung mit dem oben formulierten psychiatrischen Zugang zeigt, dass ADHS und psychische Störungen unter diesem Blickwinkel als Defizit begriffen werden, also ein Defizitmodell implizit zugrunde liegt. ADHS bedeutet demnach, dass in verschiedenen Bereichen (neurologisch, genetisch, ...) etwas „nicht in Ordnung“ ist, etwas „fehlt“, um einer Vorstellung von „gesund“ oder „normal“ zu entsprechen. Die Behandlung zielt folglich darauf ab, in Richtung dieser Vorstellung zu wirken, also eine Normalisierung anzustreben. Bertilsdotter et al. (2023, S. 3649) sprechen in diesem Zusammenhang von einem kognitiven Defizitansatz.

2.1. Was ist normal? Welche Begriffe von Normalität gibt es?

An dieser Stelle möchte ich darauf eingehen, was „normal“ eigentlich bedeutet und bedeuten kann – das erscheint mir relevant, weil implizite oder explizite Einordnungen in „normal“ oder „nicht normal“ eng mit der Konzeptualisierung von Störungen und Krankheiten verbunden sind. Tebartz van Elst (2023, S. 25 ff.) unterscheidet drei Kategorien von Normen, nämlich die statistische, die technische und die soziale. Alle drei können bei der Betrachtung und Einordnung von ADHS erhellend sein.

Bei der statistischen Norm wird die Verteilung eines bestimmten Merkmals in einer Population betrachtet. Je näher am Mittelwert jemand oder etwas hinsichtlich eines bestimmten Merkmals ist, desto statistisch normaler ist es. Typischerweise wird ein bestimmter Bereich um den Mittelwert als normal angesehen. Starke Abweichungen gelten als nicht normal.

Wenn eine Studie ergibt, dass 11,3 % der deutschen Buben zwischen 11 und 13 Jahren betroffen wären (vgl. Schlack et al., 2007), dann wäre ADHS in dieser Population nach der statistischen Norm ziemlich normal.

Die technische oder auch biologische Norm bezieht sich auf die Frage, ob das betrachtete Objekt in der erwarteten Weise funktioniert. Entspricht das Funktionieren nicht der Erwartung, wird die technische Norm nicht erfüllt. Ein Computer beispielsweise, der sich nicht einschalten lässt, funktioniert nicht normal. Viele körperliche Fehlfunktionen werden in der Medizin entsprechend diesem Modell betrachtet. Beispielsweise ist ein Herzinfarkt die Folge der Fehlfunktion von verengten Gefäßen. ADHS kann in dieser Denkweise, wie in der

Darstellung des medizinischen Ansatzes gesehen, als körperliche Fehlfunktion, etwa als Folge eines nicht richtig funktionierenden Neurotransmittersystems, gesehen werden.

Die soziale Norm, auch gesellschaftliche oder moralische Norm, schließlich bezieht sich auf Verhaltensvorstellungen, die in einer Gruppe implizit oder explizit vorhanden sind. Was in diesem Sinn normal ist, ist eine gesellschaftliche Konvention. Diese normativen Vorstellungen werden gesellschaftlich vermittelt. Nicht-Entsprechen oder auch nur die Angst, diese Vorstellungen nicht erfüllen zu können, kann Scham- und Schuldgefühle auslösen. Auf ADHS bezogen kann sich das etwa in der Erfahrung äußern, gesellschaftlich erwartete Leistungserwartungen nicht erfüllen zu können.

Auswirkungen auf das Selbstbild möchte ich an einem Beispiel zeigen.

Fallvignette Herr B

aus Datenschutzgründen entnommen

Dieses Fallbeispiel zeigt auch, dass es nicht leicht ist, primäre und sekundäre Problematik zu trennen. Ein möglicher kausaler Zusammenhang wäre: Herr B hat eine neurodivergente Veranlagung. Dieser wurde von seiner Umwelt nicht gut verstanden, er konnte sich folglich selbst nicht gut darin verstehen, und die Verhaltenstendenzen nicht gut ins Selbst integrieren. Die Depression könnte in diesem Modell als Ausdruck der Inkongruenz und als Komorbidität gesehen werden.

2.2. Neurodiversität/Neurodivergenz

Folgend möchte ich das Konzept der Neurodiversität erörtern. Während der medizinische Zugang Individuen und deren Beeinträchtigungen in den Fokus stellt, geht es hier darum wie gesellschaftliche Prozesse beeinträchtigend wirken können.

Bei Neurodiversität handelt es sich (vgl. McLennan et al., 2025, S. 1f) um ein Konzept der Variation der neurokognitiven Verarbeitung. Es ist auf Stärken fokussiert, identitätsbestätigend und typischerweise in Opposition zum medizinischen Modell. Es stellt einen Wandel in der Sichtweise von neurokognitiven „Entwicklungsstörungen“ (neurodevelopmental conditions) wie Autismus, Legasthenie, ADHS und anderen neurokognitiven Unterschieden dar.

Statt Normalisierung, wie es dem klassischen medizinischen Modell entsprechen würde, geht es hier um eine neurodiversitätsunterstützende Praxis, die den Fokus darauf legt, die Lebensqualität Betroffener zu fördern.

Der Begriff Neurodiversität wurde Ende der 1990er von Autismus-Aktivist:innen Judy Singer und Harvey Blume geprägt. Die Idee war, dass - analog zur Bedeutung von Biodiversität für die Stabilität in Ökosystemen - Neurodiversität wichtig für die kulturelle Stabilität wäre. Um unvorhersehbaren Herausforderungen in einer sich ständig verändernden Welt begegnen zu können, wäre es sinnvoll und notwendig, einen Vorrat, eine Breite an neuronaler Diversität („a repository“) zur Verfügung zu haben (vgl. Singer, 2017, S. 87). Blume (zitiert nach Singer, 2017, S. 87f) konstatiert, dass niemand sagen könne, welche neuronale Verdrahtung sich zu einem bestimmten Zeitpunkt als am besten erweisen würde. Cybernetics und Computerkultur könnten beispielsweise einen autistischen Geist bevorzugen. Evolutionär gedacht könnte es also für das Überleben der Menschheit sinnvoll sein, ein großes Reservoir an individueller Variation zu entwickeln und zu bewahren, um für möglichst viele nicht vorhersehbare Herausforderungen gewappnet zu sein.

So gedacht könnte die Frage gestellt werden, welchen evolutionären Sinn eine Normvariante ADHS für das Überleben der Menschheit hätte. Hartmann (1993), der erste oder einer der ersten, der ADHS nicht als Störung, sondern als Persönlichkeitsmerkmal begriff, sieht ADHS-Personen als „Jäger“, Non-ADHS-Personen hingegen würden den Anforderungen, die Ackerbau und Viehzucht stellen, gut erfüllen können. Landwirtschaft verlange die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub (Getreide wächst langsam), stete, gleichmäßige Arbeitsbemühungen (Viehzucht), langfristige Planung, nicht schnell gelangweilt zu sein, Geduld – also alles, was für ADHS-Personen herausfordernd sein kann. Jäger würden ständig die Umgebung nach Nahrung oder Gefahr scannen, könnten spontane, impulsive Entscheidungen treffen, würden vorübergehend extreme Energie und Fokus aufbringen, Risiken in Kauf nehmen und hohe Ansprüche an andere und sich selbst haben. Hier wären also ADHS-Merkmale gute Voraussetzungen (vgl. Schön, 2023).

Das Gebiet der Evolutionären Psychologie ist meiner Einschätzung nach zwar kritisch zu sehen, da jede Einstellung und jedes Verhalten als evolutionär sinnvoll in uns angelegt dargestellt werden kann, je nachdem, wie es in das eigene Weltbild gerade passt. Die eigenen Ansichten ergeben sich dann aus einer evolutionären Logik, abweichende

Überzeugungen wären hingegen wider die Natur. Aus humanistischer Sicht ist es aber meiner Meinung nach nicht notwendig, auf diese Weise das eigene Sein und die eigene Persönlichkeit zu rechtfertigen.

Nichtsdestotrotz scheinen mir in Hartmanns Zugang wichtige Ansätze zu liegen, nämlich erstens, dass eine ADHS-Persönlichkeit nicht per se „ungünstiger“ als eine neurotypische ist, sondern es von der Aufgabenstellung abhängt, welche Traits von Vorteil sind, und zweitens, dass ADHS-Personen nicht gestört sind, dass es ihnen die momentane Verfasstheit der Gesellschaft aber schwer macht, sich ihrer Persönlichkeit entsprechend zu entfalten. Damit einhergehend könnte vermutet werden, dass die Aufmerksamkeit, die das Thema ADHS, gerade auch ADHS bei Erwachsenen, in den letzten Jahren bekommen hat, damit zusammenhängt, oder vielleicht sogar darauf beruht, dass viele Menschen das Gefühl haben, den Anforderungen der kapitalistischen Leistungs-Gesellschaft nicht entsprechen zu können, weil diese nicht zu ihren Veranlagungen passt.

Singer (2017, S. 10) beschreibt, in ähnliche Richtung gehend, das soziale Modell der Behinderung, das dem medizinischen Modell entgegengestellt wird. Nach diesem sind es soziale Barrieren, exkludierende Praktiken und negative Einstellungen, die Menschen behindern. Anstatt Beeinträchtigungen im Individuum zu verorten und auf Heilung zu fokussieren, stehen hier notwendige gesellschaftliche Veränderungen im Zentrum. Bei ihr geht dies mit einer Kritik an psychodynamischen Psychotherapien einher, die fruchtlos versucht hätten, Traumata aufzudecken. Sie würden weder zu sozialer Akzeptanz verhelfen, noch soziale Fertigkeiten trainieren, die für Erwerbstätigkeit und damit verbunden Selbstverwirklichung notwendig wären. Singer beschreibt, wie sich bei ihr das Gefühl zu versagen in der Psychotherapie wiederholte, weil sie ihre ebenfalls (nicht diagnostizierte) autistische Mutter nicht aufgeben („dump and abandon“) wollte.

Der Begriff Neurodiversität ist also ursprünglich dem identitätspolitischen Einsatz für und von dem Autismus-Spektrum zugeordneten Personen entsprungen. Mittlerweile ist er ein „Umbrella-Term“ (vgl. Whelpley et al., 2023, S. 26), der unterschiedliche Formen der Neurodivergenz beinhalten kann. Er wird im Kontext von Autismus-Spektrum-Störung, AHDS, Dyspraxie, Dyslexie, Dyskalkulie und Tourettesyndrom verwendet, manchmal werden auch Persönlichkeitsstörungen inkludiert. Der Begriff steht im Zusammenhang mit angeborenen

oder früh erworbenen, jedenfalls stabilen und vielleicht lebenslang bestehenden Mustern der Verarbeitung von Reizen, dem Umgang mit Erfahrungen, dem Erleben und Verhalten. Das Anliegen besteht dabei einerseits darin, auf soziale Behinderungen und Marginalisierung hinzuweisen und entsprechende Anpassungen und gesellschaftliche Veränderungen zu fordern. Andererseits geht es aber auch um ein positiveres, Stärken betonendes, auf Vorteile bestimmter Eigenschaften aufmerksam machendes und identitätsaffirmierendes Bild, und zu konstatieren, dass es von Natur aus eine Variabilität in der neurokognitiven Verarbeitung gibt (vgl. Walker, 2021a, S. 54).

2.3. Der Paradigmenwechsel – das Neurodiversitätsparadigma

Walker (2021b, S. 12ff) fordert einen Paradigmenwechsel, weg vom Pathologie-Paradigma hin zum Neurodiversitätsparadigma. Dieser Paradigmenwechsel müsse mit einem radikalen Wandel der verwendeten Begriffe, der Sprache sowie einer Neuinterpretation von Daten und Neuformulierung grundlegender Konzepte und Ansätze einhergehen. Dem Wesen eines Paradigmas sei inhärent, dass es als so selbstverständlich angenommen werde, dass es den meisten Menschen gar nicht ins Bewusstsein komme, darüber nachzudenken. Dieses zu überwindende Paradigma nennt er das „pathology paradigm“. Ähnlich, in anderem Zusammenhang, sprechen Tolan und Sanders (2023, S. 17) von „medicalized counselling and psychotherapy“ als Bezeichnung für das vorherrschende System, welches, wie es dominanten Ideologien zu eigen wäre, niemals beim Namen genannt werden würde.

Das Pathologie-Paradigma würde sich folgend charakterisieren lassen:

- Es gibt eine richtige, normale, gesunde Art und Weise, wie menschliche Gehirne und die Psyche konfiguriert sind und funktionieren. Diese Konfigurationen und Funktionsweisen müssten sich in einem schmalen Bereich befinden, um als normal bezeichnet zu werden.
- Wenn Konfiguration und Funktion substanziell abweichen, dann stimmt etwas nicht mit der betreffenden Person (analog zu Blutdruck oder Körpertemperatur).

Walker (2021b, S. 15) fordert, dass das Pathologie-Paradigma durch das Neurodiversitäts-Paradigma abgelöst sei. Er charakterisiert dieses durch drei Grundsätze:

1. Neurodiversität ist eine natürliche, gesunde und wertvolle Form menschlicher Vielfalt.
2. Es gibt keinen richtigen oder normalen Stil der menschlichen Psyche, genauso wenig, wie es ein richtiges Geschlecht, eine richtige Kultur oder eine richtige Ethnizität gibt.
3. Die sozialen Dynamiken, die sich im Hinblick auf Neurodiversität zeigen, ähneln den sozialen Dynamiken, die sich im Hinblick auf andere Formen menschlicher Vielfalt (z. B. Vielfalt in Bezug auf Ethnie, Gender oder Kultur) zeigen – Dynamiken sozialer Machtunterschiede. Wird die Vielfalt hingegen angenommen, wirkt sie als Quelle kreativen Potenzials innerhalb einer Gruppe oder Gesellschaft.

Mit der Forderung nach einem Paradigmenwechsel geht die Forderung nach einer dem Neurodiversitätsparadigma entsprechenden Sprache einher. Weitere wichtige Begriffe sind Neurodivergenz, Neurotypisch und Neurominorität. Neurodivergent sind Personen, die neurokognitiv signifikant abweichend von dominanten sozialen Standards des Normalen, eben dem Neurotypischen, funktionieren. Neurominorität steht für eine Population von neurodivergenten Personen, die eine ähnliche Form der Neurodivergenz teilen. Diese wären größtenteils angeboren und nicht trennbar von der eigenen Identität. Dieser postulierte Teil der Identität geht auch mit dem Wunsch nach einer identity-first- im Gegensatz zu einer person-first-Bezeichnung einher, also z. B. autistische Person oder Autist und nicht Person mit Autismus (vgl. Walker, 2021c).

Da die Neurodiversitätsbewegung dem Autismus-Aktivismus entspringt, beziehen sich viele Überlegungen auf Autismus. Die Literatur zu ADHS im Neurodiversitätskontext ist viel weniger umfassend. So ist nicht klar, wie eine ADHS-bezogene identity-first-Bezeichnung lauten würde, ich versuche aber in und mit dieser Arbeit, dieses Denken zu würdigen, und verwende die Bezeichnung ADHS-Personen. In der Praxis respektiere ich selbstverständlich die individuellen Präferenzen der Klient:innen. Nach meinem Verständnis könnte in der psychotherapeutischen Praxis auch Thema sein, in welcher Weise ADHS Teil der Identität eines/einer Klient:in ist bzw. was dies für den/die Klient:in bedeutet. So begründet/ rechtfertigt beispielsweise Herr A (s. Fallvignette) seine Handlungen damit, dass er halt ADHS habe.

3. Der Personzentrierte Ansatz

3.1. Der personzentrierte Ansatz und das medizinische Modell

Der personzentrierte Ansatz (PZA) ist von Beginn an auch ein Gegenentwurf zum medizinischen Modell. Eine Kritik bezieht sich auf Diagnosen und das einfache Übertragen von Prinzipien, die sich bei körperlichen Krankheiten bewährt haben, auf psychische Phänomene.

Rogers möchte in *Client-Centered Therapy* (1951, S. 219 ff.) zwar nur eine vorläufige Beantwortung der Frage nach der Bedeutung einer Diagnose in der Psychotherapie geben, es scheint ihm aber schon offensichtlich, dass diese nicht im selben Maße wie in der Behandlung organischer Krankheiten gegeben sein kann. Er betont, dass Therapie mit dem ersten Kontakt beginnt und die Diagnose folglich nicht der Therapie vorausgehen kann. Die klientenzentrierte Therapie stünde der Ansicht nahe, dass eine Diagnose für die Therapie nicht wichtig wäre und dem therapeutischen Prozess sogar schaden könnte.

So meint Rogers: „In this general trend, client-centered therapy has been at the end of the continuum in stating, as its point of view, that psychological diagnosis, as usually understood, is unnecessary for psychotherapy, and may actually be a detriment to the therapeutic process.“ (ebd. S. 220).

Er führt dazu aus, dass Verhalten immer Ursachen hat und dass die psychologische Ursache von Verhalten in einer bestimmten Wahrnehmung oder Art der Wahrnehmung liegt. Die Klient:innen wären die einzigen, die die Möglichkeit hätten, vollständiges Wissen über die Dynamik ihrer Wahrnehmungen und ihres Verhaltens zu haben. Die Klient:innen wären die Diagnostiker:innen. Er führt weiter aus, dass, damit Verhalten sich ändern könne, eine Veränderung der Wahrnehmung erfahren werden müsse. Intellektuelles Wissen würde dafür nicht reichen. Darin läge auch ein Grund, warum Klient:innen nichts davon hätten, wenn ihnen eine Diagnose genannt werden würde. Vielmehr würden die konstruktiven Kräfte, die eine Veränderung der Wahrnehmung bzw. eine Reorganisation des Selbst und Neulernen ermöglichen, im/in der Klient:in liegen. Das Aufdrängen eines externen Bezugsrahmens durch Bewertung, Erklärung und Diagnose würde eine Selbststruktur, die vulnerabel

gegenüber psychischer Belastung ist, aufrechterhalten und stärken und würde somit antitherapeutisch wirken (vgl. Sanders, 2023, S. 87). Rogers erklärt, dass die Therapie selbst Diagnose sei. Nach meinem Verständnis scheint das Gesagte darauf hinauszulaufen, dass jede Person einzigartig ist und demzufolge auch nur eine einzig für sie bestimmte Diagnose, die sich im therapeutischen Prozess ergibt, der damit zugleich auch ein diagnostischer Prozess wäre, sinnvoll sein kann.

Diagnosen könnten nach Rogers schädlich sein, weil sie den Ort der Kontrolle außerhalb der Person verlegen und so einen Verlust des Selbstvertrauens nach sich ziehen würden.

Letztlich wäre problematisch, dass sie damit einhergehen würden, dass wenige, nämlich jene, die diagnostizieren und evaluieren, über viele die Macht hätten. Ihm aber würde es darum gehen, das unabhängige Wachstum und die Selbstaktualisierung von Personen und Gruppen zu fördern.

Auf den letzten Punkt bezieht sich auch Sanders (2023, S. 92), der betont, dass der PZA ein Wachstumsansatz ist. Das bedeutet, dass es nicht darum gehen würde, etwas, nämlich die Symptome, wegzubekommen oder zu reparieren. Dies würde einem beschriebenen Defizitmodell entsprechen. Der therapeutische Prozess gehe vielmehr mit persönlichem Wachstum einher. Die Aktualisierungstendenz würde in Richtung Autonomie weisen und weg von externer Kontrolle. Sie einzugrenzen wäre ungesund und lebensfeindlich. Es gälte, im Einklang mit der Aktualisierungstendenz kooperativ und phänomenologisch zu agieren. Shlien (2002, S. 402) weist darauf hin, dass Diagnosen ja nur einen Sinn hätten, wenn sie Einfluss auf die Therapie haben würden. Für personenzentrierte Psychotherapie (PZT) würde dies aber nicht zutreffen, weil es für alle Fälle nur eine Art der Behandlung geben würde. Diagnosen seien nicht gut und nicht einmal neutral, sondern schlecht. Sie würden nicht nur von einem anderen medizinischen Modell, sondern auch von einer Theorie der Psychotherapie, die antagonistisch zur PZT wäre, vorgegeben. Sanders & Tolen (2023, S. 34) generalisieren sogar, es gäbe nichts in den Theorien der psychodynamischen, behavioristischen, Entwicklungs-, systemischen oder humanistischen Therapien, das medizinische Prozeduren wie Diagnose, Symptomaufnahme, detaillierte Dokumentation, Zuweisungen mit Krankengeschichte oder diagnosegeleitete Interventionen vorschreiben, verlangen oder auch nur empfehlen würde.

Persönlich habe ich (Linhart) es in meiner Praxis, als noch in Ausbildung unter Supervision tätig seiend, bislang als angenehm empfunden, mich nur wenig mit dem Thema Diagnosen auseinandersetzen zu müssen. Ohne die Möglichkeit der Kostenübernahme und damit verbundenen Vorgaben der Krankenkassen, habe ich nicht das Bedürfnis gehabt, meine Klient:innen auf so eine Weise zu labeln oder gar eine Handlungsanleitung in einer Diagnose zu suchen. Insofern erscheint mir, Tolens und Sanders Zugang eine stimmige Fortführung von Rogers Denken und Menschenbild, mit der ich mich in weiten Teilen identifizieren kann. Auch in späteren Jahren, etwa 1981 in Wien, bekräftigte Rogers (1992, S. 22) „ganz deutlich“ seine Ablehnung des medizinischen Modells. Konkret: „ ..., daß dieser Ansatz ganz deutlich das medizinische Modell ablehnt, welches beinhaltet, nach einer Pathologie Ausschau zu halten , eine Diagnose zu entwickeln - eine spezifische Diagnose -, sowie ein behandlungsorientiertes Denken im Sinne einer Heilung.“ Ihm würde es darum gehen, persönliches Wachstum und Entwicklung freizusetzen und nicht darum, an eine Pathologie zu denken, die zu heilen sei (ebd.).

Sanders (2023, S. 95) führt jedoch aus, dass es sehr wohl pragmatische Gründe für eine Diagnose geben könne, im Besonderen, wenn sie Klient:innen finanzielle Vorteile bringe, etwa bei Bezuschussung einer Therapie durch eine Krankenkasse.

Aus meiner Sicht ein noch bedeutenderer Grund für eine klinische Diagnosestellung: der Wunsch mancher Klient:innen nach einer Diagnose und die damit verbundene erleichternde Wirkung, die sie in manchen Fällen haben kann. Erleichterung aus dem Gefühl heraus, dass es eine Erklärung für ihr Sein und ihre Probleme geben würde, sie nicht alleine mit ihren Problemen wären, und der Hoffnung, dass es eine passende Behandlung geben würde, wenn das erfahrene Leid einen Namen habe.

Toner, O'Donoghue und Houghton (2006) sprachen mit zehn Personen, die erst im Erwachsenenalter mit ADHS diagnostiziert wurden. Alle Teilnehmer beschrieben das Gefühl, sich seltsam, anders als die restliche Welt zu fühlen, nie wirklich dazu zu passen, und erlebten unfreiwillige soziale Isolation. Aufgrund häufig erlebten Versagens wurde oft der Schluss gezogen, dumm oder faul zu sein. Die meisten empfanden große Erleichterung, als sie die Diagnose bekamen, weil sie es gewohnt waren, dass sie für Verfehlungen verantwortlich gemacht wurden, und jetzt verstanden hätten, dass es tatsächlich außerhalb ihrer Kontrolle gestanden sei, sich anders zu verhalten. Mit der Diagnose wäre ein Mehr an

Verständnis und Akzeptanz für sich selbst einhergegangen. Dies macht deutlich, dass eine ADHS Diagnose einen Unterschied im Selbsterleben von Klient:innen evozieren kann. Es gibt auch Vertreter:innen des PZA, die sich in der radikalen Ablehnung des medizinischen Modells (oder der „medicalisation of distress“) nicht wiederfinden. Vor allem in Deutschland/ im deutschsprachigen Raum gibt es personzentrierte Therapeut:innen, die ein störungsspezifisches Vorgehen befürworten – ein auf Störungsbilder abgestimmtes Vorgehen und die Entwicklung von störungsspezifischen Inkongruenzmodellen. Die bekanntesten Vertreter sind Teusch und Finke. (s. etwa Finke, 2024, S. 184 ff.). Für mich (Linhart) ist es nicht schlüssig nachvollziehbar, wie versucht wird, diese Ideen mit dem personzentrierten Ansatz, wie er von Rogers und seinen Mitarbeiter:innen entwickelt und beschrieben wurde, in Einklang zu bringen. Schon seit Jahrzehnten gibt es zu diesem Thema einen kontroversen Diskurs, für dessen ausführlichere Darstellung hier nicht der Platz ist. Relativ aktuelle Pro- und Contra-Beiträge gibt es bei Behr, Finke, Gahleitner (2016) bzw. Schmid (2017). Über den deutschsprachigen Raum hinaus scheint diese Richtung wenig Bedeutung zu haben. In aktuellen Lehrbüchern, wie „The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling“ (DiMalta, Cooper, O’Hara, Gololob, Stephen, 2024) ist nichts darüber zu finden.

3.2. PZA und ADHS/Neurodiversität

Grundsätzlich hat der PZA eine lange Tradition, über die Therapie hinaus soziale Anliegen zu vertreten. Auch die oben beschriebene psychiatriekritische Haltung ist ja eine gesellschaftspolitische Haltung.

Nach Lago (2011, S. 241) ist es für die therapeutische Beziehung wichtig, Selbstreflexion und Wissen in spezifischen Bereichen der Diversität (eben auch der Neurodiversität) zu haben. Psychotherapeut:innen sind nicht weniger als andere Menschen davor gefeit, in der Gesellschaft implizite, diskriminierende Vorstellungen und Muster zu reproduzieren, wenn sie sich nicht mit der jeweiligen Thematik bewusst auseinandersetzen und ihre eigenen Einstellungen und Ansichten reflektieren.

Insofern wäre es nach Lago naiv, sich auf die Vorstellung, es würde reichen, die „Kernbedingungen“ (empathisches Verstehen, UPB, Kongruenz) zu verkörpern,

zurückzuziehen. Auch Therapeut:innen wären „living souls“ und hätten Einstellungen, Annahmen und Vorurteile.

Entsprechend der beschriebenen Ablehnung des Hantierens mit Diagnosen gibt es sehr wenig personzentrierte Literatur, die sich spezifisch mit ADHS bei Erwachsenen beschäftigt. Jürgens-Jahnert, Hollick & Fröhlich-Gildhoff (2015) haben sich mit der PZT bei mit ADHS diagnostizierten Kindern auseinandergesetzt. Einiges davon ist auf die Therapie mit Erwachsenen übertragbar, so etwa die „diagnostischen Leitfragen“: Welche Bindungserfahrungen hat die Person in ihrem Leben gemacht? Welche Auswirkungen hat das auf ihre individuelle Art der Beziehungsgestaltung? Welche Art von Empathie hat die Person erfahren bzw. vermisst? Was ergibt sich daraus für ihre individuelle Art des emotionalen Erlebens und wie kann der/die Therapeut:in darin mitschwingen? Welche primären und sekundären Inkongruenzen lassen sich konkretisieren? Inwiefern ist die Selbststeuerung bzw. Selbstregulationsfähigkeit ausgeprägt, wo macht die Person Erfahrungen der Selbstwirksamkeit? Über welche positiven, stabilisierenden Eigenschaften verfügt die Person? An welche Ressourcen kann sie (wieder) anknüpfen? Was ergibt sich daraus für ihre (Selbst-)Aktualisierungstendenz? Welche korrigierenden emotionalen Beziehungserfahrungen sind nötig und können Therapeut:innen anbieten? Was benötigt die Person für ihre weitere Entwicklung? Grundsätzlich können diese Fragen aber in jeder Therapie Beachtung finden, sie sind nicht nur ADHS-spezifisch.

Geht man bei dieser Personengruppe von einer früh angelegten Prädisposition für Impulsivität, erhöhte Aktivität und Schwierigkeiten der Aufmerksamkeitskontrolle aus, erscheint es plausibel, dass Bezugspersonen verstärkt vor der Herausforderung stehen, diesen Kindern empathisch und unbedingt positiv beachtend zu begegnen. Und im Umkehrschluss, dass dies bei so veranlagten Kindern tendenziell unzureichend passiert, und dies die Selbstentwicklung beeinträchtigt, und es zu negativen Selbstzuschreibungen, die im Widerspruch zur organismischen Erfahrung stehen, kommen kann. Diese würden folglich abgewehrt oder verzerrt, und insbesondere Affekte (die tendenziell zu Zurechtweisungen, Konflikten und Ablehnung führen) können dann nicht gut symbolisiert werden. Es ist also leicht vorstellbar, dass Kinder, die so eine Prädisposition haben, tendenziell häufiger ungünstige Erfahrungen machen - innere Unruhe führt zu Konflikten, die wiederum Stress

nach sich ziehen, der sich auch auf das dopaminerge System auswirken und zu mehr Unruhe führen kann. Es würde sich also um ein sich selbst negativ verstärkendes System handeln. Gerade weil ADHS-Personen so häufig mit Abwertung und Ablehnung konfrontiert werden, spricht vieles für PZT. In der Therapie kann es eine neue Erfahrung sein, mit Problemen wahrgenommen, aber nicht bewertet, sondern als Persönlichkeit akzeptiert und wertgeschätzt zu werden (vgl. Jürgens-Jahnert et al., 2015).

Bolton (2023) beschreibt, wie eine neurodiversitätsinformierte PZT aussehen könnte. Er reflektiert, wie implizite neuronormative Einstellungen in der Psychotherapie diskriminierend und marginalisierend wirken und wie, im Gegensatz, ein neurodiversitätsinformierter personenzentrierter Ansatz der Psychotherapie gestaltet sein sollte. Neuronormativ ist im Sinne des Neurodiversitätsparadigmas (siehe Abschnitt 2), die (auch bei Psychotherapeut:innen oft unreflektierte) Vorstellung, dass die neurotypische die „natürlichste“ Form der menschlichen Wahrnehmung und kognitiven Verarbeitung wäre. Mit dieser Vorstellung würde sowohl eine informelle als auch eine faktische Diskriminierung einhergehen – etwa in der Weise, dass neurotypische Personen typischerweise Machtpositionen besetzen würden.

Nach Bolton (2023, S. 29) sind folgende Forderungen an eine Psychotherapie mit neurodivergenten Personen zu stellen:

1. *Authentizität und Autonomie wären zu fördern.*

Dies scheint mir im personenzentrierten Ansatz und der zentralen Idee, dass Therapie zu einer Minderung von Inkongruenz zwischen Selbst und organismischer Erfahrung führen soll (vgl. Rogers, 1959, S. 215-221), fast selbstverständlich. Damit einhergehend würde nach Bolton auch „Masking“ seine Notwendigkeit verlieren. Unter „Masking“ wird im Kontext von ASS und ADHS die Imitation von neurotypischem Verhalten verstanden, um sich anzupassen und nicht als neurodivergent aufzufallen. Beispielsweise die erzwungene Aufrechterhaltung des Blickkontakts, auch wenn dieser impulsiv vermieden würde.

2. *Ein aktives Verbünden sei gefragt. Das bedeute auch, mit Klient:innen zu reden und nicht aus der Expertenposition zu ihnen zu reden. Und weiter darum, wirklich zuzuhören.*

Auch letzteres erscheint mir für personenzentrierte Therapeut:innen eigentlich klar. Nichtsdestoweniger ist es wichtig, sich immer wieder ins Bewusstsein zu rufen, dass auf die Aktualisierungstendenz in den Klient:innen vertraut werden kann, und dass das Zuhören mit echtem Verständnis, mit echter Empathie eine der stärksten Kräfte für Veränderung ist (vgl. Rogers, 1980, S. 116).

3. *Ein Einloggen in die Moment-zu-Moment-Erfahrung der Klient:innen.*

Das geht für mich mit der phänomenologischen Herangehensweise einher (vgl. Sanders, 2023, S. 90).

Außerdem eventuell eine Adaptierung der Praxis an hochsensible Menschen.

4. *Es ist wichtig, die systematische Diskriminierung, die mit Neurodivergenz einhergeht, anzuerkennen und darauf zu achten, wo systemische und persönliche Faktoren zusammenspielen.*

Um diese Forderung erfüllen zu können, ist nun schließlich ein Bewusstsein für das Thema Neurodiversität und ganz generell die Anerkennung, dass gesellschaftliche und psychische Prozesse zusammenhängen und gesellschaftliche Vorstellungen individuelle Erfahrungen prägen, notwendig. Nur durch die Explikation von diskriminierenden Vorstellungen und Mechanismen kann es vermieden werden, diese zu bedienen.

Proctor (2011, S. 233) sieht in der Konzeption von Diversität auch eine Gefahr. Wenn Menschen in Gruppen eingeteilt werden, evoziere dies die Vorstellung, diese seien homogen, und Machtunterschiede innerhalb von Gruppen würden fortgeschrieben. Nichtsdestoweniger wäre es wichtig, ein politisches Verständnis dahingehend zu haben, dass Menschen Gemeinsamkeiten haben, die sich aus einer geteilten gesellschaftlichen Position ergeben - auch wenn das Verständnis der Einzigartigkeit jedes Individuums ein Kern des PZA sei.

Mit der Ablehnung von Diagnosen im PZA, wie oben dargestellt, könnte ein Widerspruch zum Neurodiversitätsparadigma, das ja Unterschiede eigentlich betont, gesehen werden. Labels werden hier nun aber nicht, wie im medizinischen Denken, als Bezeichnung für eine pathologische Abweichung, als Kennzeichnung einer Differenz zum Normalzustand, sondern als affirmative Selbstbeschreibung verwendet. Im Sinne: Neurodivergente Personen

haben eine andere Normalität, die aber genauso gut und richtig ist wie eine neurotypische. Ein Verschweigen dieser Unterschiede würde Diskriminierung, Unterdrückung und gesellschaftliche Machtunterschiede verschleiern und nivellieren. Anerkennung und gesellschaftliche Partizipation dürfen verlangt und eingefordert werden.

Neurodivergenz, Autismus und ADHS sind hier keine Benennungen, die aus einem externen Bezugsrahmen aufgedrängt werden, sondern Selbstbezeichnungen, die eine Reaktion auf Erfahrungen der Stigmatisierung, Stereotypisierung und Pathologisierung sind.

Nach Sanders (2023, S. 91) fühlt sich der PZA Emanzipation, Freiheit, Selbstbestimmung, Wachstum, Selbstverwirklichung und Empowerment verpflichtet. All dies gilt auch für den Neurodiversitätsansatz, ein Konzept der Selbstakzeptanz und Selbstermächtigung.

4. Fazit

„Client-centred therapy has only one treatment for all cases.“ Shlien (2002, S. 402)

Aus dem in dieser Arbeit beschriebenen Verständnis des PZA erscheint es mir klar, dass hier kein Leitfaden, kein Manual für den Umgang mit ADHS-Klient:innen dargestellt werden kann. Nichtsdestoweniger ergibt sich für mich, dass die Personenzentrierte Psychotherapie mit der Betonung von Unbedingt Positiver Beachtung, Empathischen Verstehen und Kongruenz (und damit einhergehend kontinuierliche Selbstreflektion des/der Therapeut:in), sehr gut für neurodivergente Personen geeignet ist.

Als humanistischer Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision sehe ich einerseits die Einzigartigkeit jeder Person und gleichzeitig eine fundamentale Gleichheit. Diese Dialektik stellt sich für mich am Ende dieser Auseinandersetzung mit dem Thema ADHS/Neurodiversität folgendermaßen dar:

Das personenzentrierte Persönlichkeitsmodell umfasst universelle, also für alle Menschen gültige Konstrukte und Mechanismen (Selbstbild, Inkongruenz, Bewertungsbedingung, u.a.). Bei Klient:innen ist dies von den Wirkprinzipien her nicht anders als bei Therapeut:innen. Darin liegt meinem Verständnis nach die Basis dafür, dass ich als Therapeut mich in das Erleben der Klient:innen einfühlen kann.

Trotzdem ist es auch möglich, Menschen hinsichtlich bestimmter Merkmale, hinsichtlich bestimmter Verhaltens- und Erlebenstendenzen zu unterscheiden und zu kategorisieren. Zumal bestimmte Verhaltenstendenzen wie Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitskontrollschwierigkeiten häufig gesellschaftlichen Erwartungen entgegenwirken, und damit einhergehend für die Betroffenen zu mannigfaltigen Problemen führen können.

Anders ausgedrückt, im Sinne des Neurodiversitätsparadigmas betrachtet: Die Gesellschaft ist auf ADHS-Personen (und generell für unter Neurodivergenz subsumierte Personen) nicht ausgerichtet. Oder noch einmal aus einem anderen Blickwinkel: Ein erheblicher Teil der Gesellschaft kommt mit deren Verfasstheit nicht gut zurecht.

Im ersten Abschnitt dieser Arbeit wurde versucht, den medizinisch-psychiatrischen Zugang zu diesem Problem darzustellen, der am Individuum ansetzt und versucht, dieses mehr an die gesellschaftlichen Herausforderungen anzupassen. In diesem Abschnitt wurde auch der Frage nachgegangen, ob ADHS eine Disposition oder angeboren sei. Für die therapeutische

Praxis erscheint mir dies aber nur zweitrangig. Auch wenn die genetische Bedingtheit hundert Prozent wäre, könnte dennoch davon ausgegangen werden, dass sich Menschen mannigfaltige Herausforderungen stellen, die wiederum (in dieser Betrachtung sekundäre) psychisch belastende, zu Leid führende Auswirkungen haben können. Diese sekundären Folgen - oder auch Komorbiditäten - reichen bis zu einer erhöhten Suizidalität (Sun et al., 2019). In der Fallvignette B wurde dargestellt, wie ein von Bezugspersonen ungünstiger Umgang mit ADHS-typischen Problemen der Aufmerksamkeits-Kontrolle und Selbstorganisation sich im Selbstbild auswirken können.

Nichtsdestoweniger kann es, wie von neurodivergenten Autor:innen gefordert, manchmal auch wichtig sein, die biologische Komponente anzuerkennen, bzw. im Blick zu haben. So kann gegebenenfalls verhindert werden, dass es Therapeut:innen um die verkürzte Bestätigung eines eigenen psychogenen Modells geht, indem nach Traumata gesucht wird, die es vielleicht in der betroffenen Person gar nicht gibt. Für meine therapeutische Praxis bedeutet das, dass ein um empathisches Verstehen bemühtes und unbedingt positiv beachtendes Vorgehen wichtig ist, aber vor allem auch ein phänomenologisches, das sehr bedacht mit Verstehenshypothesen umgeht.

In der Sprache des Neurodiversitätsparadigmas, wie im zweiten Kapitel dargestellt, versucht der medizinische Zugang, neurodivergente Personen näher an ein neurotypisches Verhalten heranzuführen und damit ihrem eigentlichen, authentischen Sein entgegenzuwirken. Aus dieser Sicht müsste vielmehr an der Gesellschaft angesetzt werden, diese müsste mehr für neurodivergente Menschen passend gemacht werden, durch Anerkennung und Bewusstseinsbildung. Anerkennung, dass es verschiedene Normalitäten gibt, die gleichwertig sind, und vor allem keinen Einfluss auf den Wert der Personen haben.

Hier verorte ich eine Entsprechung zum PZA und humanistischen Weltbild. Alle Menschen sind grundsätzlich gleich viel wert, und das kann weder durch individuelle Unterschiede noch durch eine Zugehörigkeit zu einem bestimmten Neurotypen relativiert werden.

Nach Jürgens-Jahnert et al. (2015, S. 86), unterscheidet sich die PZT von anderen Zugängen dadurch, dass hier nicht versucht wird, von außen zu strukturieren. Aufgaben, Übungen und Vorgaben, wie es sie etwa in der Verhaltenstherapie gibt, bieten ja eine Grundlage für die

Wiederholung von Versagenserleben. PZT hingegen bietet die Möglichkeit, bewertungsfrei als Person wahrgenommen zu werden, was die Basis für Selbstexploration und in der Folge Selbstakzeptanz ist.

Der PZA und die PZT scheinen mir also sehr gut für neurodivergente Personen geeignet. Eine Voraussetzung ist aber, wie von Lago (2011, S. 241) gefordert, dass Selbstreflexion und Wissen in spezifischen Bereichen der Diversität (in diesem Kontext Neurodiversität, Anmerkung Linhart) vorhanden sind, um betroffene Personen und deren Herausforderungen und Probleme wirklich verstehen zu können, was wiederum Voraussetzung für eine wirklich therapeutische Beziehung ist.

Meinen Versuch, mir dieses Wissen und Klarheit im spezifischen Bereich ADHS/Neurodiversität anzueignen und zu verschaffen, ist in dieser Arbeit dargestellt. In meiner psychotherapeutischen Praxis merke ich außerdem, dass ich seit Beginn dieser gedanklichen Auseinandersetzung Klient:innen generell (nicht nur die als ADHS diagnostizierten) noch einmal besser in ihrem Sein akzeptieren kann und an Kongruenz gewonnen habe. In dem Sinne, dass ich in den Betreuungsbeziehungen das Gefühl habe, mehr Klarheit über eigene, bislang implizit vorhandene Vorstellungen, Einstellungen und Zielsetzungen den Klient:innen gegenüber erlangt zu haben. Ich habe das Gefühl, mich noch besser auf die therapeutischen Beziehungen einlassen zu können.

5. Literaturverzeichnis

- Barkley, R. A. (2021). Taking charge of adult ADHD: Proven strategies to succeed at work, at home, and in relationships (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Behr, M., Finke, J., Gahleitner S. B. (2016). Personzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft. 20 Jahre PERSON und 30 Jahre nach Rogers Tod. *Person*, 20(1) (2016) 14 – 30.
- Bertilsson R. H., Hultman L., Österborg W. S., Nygren A., Storm P., Sandberg G. (2023). Intensity and variable attention: Counter narrating ADHD, from ADHD deficits to ADHD difference. *British Journal of Social Work*, 53(8), 3647–3664.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2016). Gesprächstherapie: Verändern durch Verstehen (10. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bolton, M.J. (2023) Decentering Neuronormativity in Humanistic Psychotherapy: Towards a Neurodiversity-Informed, Person-Centered Approach. *The Person-Centered Journal*, 26(1), 1-36.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (o. J.). ICD-11 – Deutsche Übersetzung. Abgerufen am 16.2.2026, von https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- Cunill, R, Castells, X., Tobias A., Capellà D. (2016). Efficacy, safety and variability in pharmacotherapy for adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis and meta-regression in over 9000 patients. *Psychopharmacology*, 233(2), 187-97.
- Deault, L.C. (2010). A Systematic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairments in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity- Disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development*, 41(2), 168-92.
- DiMalta, G., Cooper, M., O'Hara, M., Gollob, Y. & Stephen, S. (Eds.). (2024). The handbook of person-centred psychotherapy and counselling (3rd ed.). London: Bloomsbury.
- Döpfner, M., Holtmann, M., Philipsen, A., Rothenberger, A. & Steinhausen, H. C. (2020a). Integrative ätiologische Modelle. In Steinhausen, H.-C. et al. (Hrsg.), *Handbuch ADHS* (2. Aufl., S. 164–172). Stuttgart: Kohlhammer.

- Döpfner, M., Holtmann, M., Philipsen, A., Rothenberger, A. & Steinhausen, H. C. (2020b).
 Psychosoziale Faktoren. In Steinhausen, H.-C. et al. (Hrsg.), *Handbuch ADHS* (2. Aufl., S. 155–163). Stuttgart: Kohlhammer.
- Finke, J. (2024). *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung. Störungstheorie – Beziehungskonzepte – Therapietechnik* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hallowell, E. M. & Ratey, J. J. (2021). *ADHD 2.0. New science and essential strategies for thriving with distraction – from childhood through adulthood*. New York, NY: Ballantine Books.
- Hartmann, T. (1993). *Attention deficit disorder: A different perception*. Nevada City, CA: Underwood Books.
- Johnston, L. (2014). *A straight-talking introduction to psychiatric diagnosis*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Jürgens-Jahnert, S., Hollick, U., & Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS): Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *Person*, 19(2), 81–103.
- Lago, C. (2011) Diversity, oppression, and society: Implications for person-centered therapists, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(4), 235-247.
- McLennan, H., Aberdein, R., Saggars, B., & Gillett-Swan, J. (2025). Neurodiversity: A scoping review of empirical search. *Neurodiversity*, 3, 1-17.
- Murphy, K. R. (2015). Psychological counseling of adults with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Nigg, J. T. (2006). *What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why*. New York, NY: Guilford Press.
- Nigg, J. T. (2017). *Getting ahead of ADHD*. New York, NY: Guilford Press.
- Proctor, G. (2011) Diversity: The depoliticization of inequalities. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10 (4), 231-234.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a*

- science (Vol. 3). *Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York, NY: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1980). The world of tomorrow and the person of tomorrow. In C. R. Rogers, *A way of being*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1992). Die beste Therapieschule ist die selbst entwickelte. In P. Frenzel, P. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 21–27). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Roy, M. (2021a). Was wir heute wissen: Ätiopathogenese und Neurobiologie der ADHS. In M. Ohlmeier & M. Roy (Hrsg.), *ADHS bei Erwachsenen – ein Leben in Extremen* (2. Aufl., S. 24–49). Stuttgart: Kohlhammer.
- Roy, M. (2021b). Die ADHS hat viele Gesichter. In M. Ohlmeier & M. Roy (Hrsg.), *ADHS bei Erwachsenen – ein Leben in Extremen* (2. Aufl., S. 50–80). Stuttgart: Kohlhammer.
- Roy, M., Edenuhuizen, C. & Dillo, W. (2021). Die ADHS ist behandelbar. In M. Ohlmeier & M. Roy (Hrsg.), *ADHS bei Erwachsenen – ein Leben in Extremen* (2. Aufl., S. 81–106). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sanders, P. (2023). A demedicalised approach to person-centred therapy. In P. Sanders & J. Tolan (Eds.), *People not pathology* (pp. 85–98). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schlack, R., Hölling, H., Kurth, BM. et al. (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl.* 50, 827–835.
- Schmid, P.F. (2017) Personzentriert sein – die Zukunft liegt nicht in der Vergangenheit. *Person*, 21 (1), 72-75
- Schön, K. (2023). *AD(H)S – Die versteckte Kraft in uns*. Gengenbach: Stopfer Verlag.
- Shlien, J. M. (2002). Response to Boy's symposium on psychodiagnosis. In D. J. Cain (Ed.), *Classics in the person-centered approach* (pp. 400–402). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Singer, J. (2017). *Neurodiversity: The birth of an idea* (Revised ed.). [Self-published]
- Solanto, M. V. (2015). Executive function deficits in adults with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). New York, NY: Guilford Press.

- Steinhausen, H.-C. & Schubert, I. (2020). Epidemiologie. In Steinhausen, H.-C. et al. (Hrsg.), *Handbuch ADHS* (2. Aufl., S. 38–49). Stuttgart: Kohlhammer.
- Steinhausen, H.-C. & Sobianski, E. (2020). Klinischer Verlauf. In Steinhausen, H.-C. et al. (Hrsg.), *Handbuch ADHS* (2. Aufl., S. 173–193). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sun S, Kuja-Halkola R, Faraone SV, et al. (2019) Association of Psychiatric Comorbidity With the Risk of Premature Death Among Children and Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA Psychiatry*, 76 (11), 1141–1149.
- Tebartz van Elst, L. (2023). *Autismus, ADHS und Tics: Zwischen Normvariante, Persönlichkeitsstörung und neuropsychiatrischer Krankheit* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer
- Tolan, J. & Sanders, P. (2023). The history of medicalisation of counselling and psychotherapy. In P. Sanders & J. Tolan (Eds.), *People not pathology* (pp. 30–45). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Toner, M.Toner, O'Donoghue, T. , Houghton, S. (2006) Living in Chaos and Striving for Control: How adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder deal with their disorder. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53 (2), 247-261
- Walker N. (2021a). Neurodivergence & Disability in Walker, N., *Neuroqueer heresies: Notes on the neurodiversity paradigm, autistic empowerment, and postnormal possibilities*. 50-61. Autonomous Press
- Walker N. (2021b). Throw Away the Master's Tools: Liberating Ourselves from the Pathology Paradigm in Walker, N., *Neuroqueer heresies: Notes on the neurodiversity paradigm, autistic empowerment, and postnormal possibilities*. 12-24. Autonomous Press
- Walker N. (2021c). Neurodiversity: Some Basic Terms & Definitions in Walker, N., *Neuroqueer heresies: Notes on the neurodiversity paradigm, autistic empowerment, and postnormal possibilities*. 27-39. Autonomous Press
- Whelpley, C.E., Holladay-Sandidge, H.D., Woznyj, H.M., Banks, G.C. (2023). The biopsychosocial model and neurodiversity: *A person-centered approach*. *Industrial and Organizational Psychology*, Volume 16 (1), 25 – 30.

World Health Organization. (2025). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th ed.). Abgerufen am 16.2.2026, von <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1516623224>